

XI LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XI Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XI Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación

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: 978-84-19560-99-5

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	ALTERNATIVAS PARA EL CONTROL DE LA MIOPIA VANESA RIVERO GUTIERREZ	1
2	¿ES LA HIPERTENSIÓN PORTAL UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL HEPATOCARCINOMA? ROCÍO FORNEIRO PÉREZ Y CELIA CABRERO RODRÍGUEZ	7
3	LA IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO	13
4	¿ES EFECTIVA LA VACUNA CONTRA EL VPH PARA HOMBRES? CRISTINA MEDINA MAROTO, ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	19
5	ÁMBITOS ESTRATÉGICOS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL NIÑO SANO VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO	23
6	MELATONINA: SU ROL EN EL ENVEJECIMIENTO Y POSIBLES BENEFICIOS PARA LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA. LIDIA BOBIS CHARCO	29
7	EXPLORACIÓN INTEGRAL DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: RIESGOS MÉDICOS, IMPACTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO LIDIA BOBIS CHARCO	33

8	ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS. MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, ANA GARCIA LUCAS, LORENA GOMEZ ESCOBAR, CRISTINA MEDINA MAROTO Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	37
9	TRATAMIENTO EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, ANA GARCIA LUCAS, LORENA GOMEZ ESCOBAR, CRISTINA MEDINA MAROTO Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	43
10	INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO ANA M ^a PÉREZ MIER	49
11	REVISIÓN SISTEMÁTICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA Y ANA NIETO CARRETERO	53
12	ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON AFECTACIÓN PULMONAR CON ELEVADO RIESGO INFECCIOSO MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA, CARMEN BARBA SANCHEZ Y MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ	57
13	LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA, CARMEN BARBA SANCHEZ Y MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ	61
14	CÓMO LLEVA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LOS PACIENTES MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA, CARMEN BARBA SANCHEZ Y MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ	65

15	ÚLCERAS POR PRESIÓN. CUIDADOS Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA Y ANA NIETO CARRETERO	69
16	UTILIDAD DE LA SUTURA CONTINUA PARA RECONSTRUIR LAS LESIONES GENERADAS EN EL PERINÉ TRAS EL PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NOEMÍ GARCÍA MUÑOZ	73
17	EFFECTOS POSITIVOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ	81
18	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO MARIA DEL CARMEN BERZOSA GONZÁLEZ, SILVIA MÁXIMO CABANILLAS, ALICIA MAYORAL ALMENARA, MARIA DOLORES AVILES SEVILLA Y MARIA DEL SEÑOR QUINTANILLA ORTIZ	85
19	LOS PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ, CECILIA HERNANDO MARÍN Y PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO	89
20	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CENTRADAS EN LA DISFAGIA TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ, CECILIA HERNANDO MARÍN Y PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO	93
21	ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES EN NEFROLOGÍA TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ, CECILIA HERNANDO MARÍN Y PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO	99
22	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL MARIA DONDARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	103

23 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DERIVACIONES URINARIAS	
SANDRA FERNÁNDEZ SUÁREZ	107
24 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE ICTUS	
MARIA DONDARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	113
25 ENFERMERÍA ANTE EL DUELO	
CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, BEATRIZ PEREZ SANCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA, RAÚL YELA SÁNCHEZ Y PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ	117
26 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA PROGRAMACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ESTUDIO DESCRIPTIVO	
ESTHER CAMPA MENENDEZ Y SARA GONZÁLEZ TERUEL	125
27 ENFERMERÍA Y FEMINISMO	
AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, MIRIAM SORIA GIL Y MARIA E. AGUILAR RICO	131
28 SUPLEMENTACION DE PROTEÍNAS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS	
FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, MARIA DONDARZA DIAZ, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	135
29 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	
MONICA VIVAR GALÁN	139
30 ENFERMERÍA Y ECOLOGÍA	
AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, MIRIAM SORIA GIL Y MARIA E. AGUILAR RICO	143
31 FUNCIONES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISFAGIA	
OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES, MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL Y MARTA MOYA GRIFO	149

- 32 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE**
OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES, MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL Y MARTA MOYA GRIFO **155**
- 33 ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL AL PACIENTE**
OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES, MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL Y MARTA MOYA GRIFO **161**
- 34 LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARTA ALONSO GONZÁLEZ **165**
- 35 ENFERMERÍA Y LOS TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES NEUMOLÓGICOS**
PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ **175**
- 36 ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**
PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ELENA BUENDÍA ORTIZ, KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ **179**
- 37 ENFERMERIA Y LOS MEDICAMENTOS QUE DISTRIBUYE EL SERVICIO DE FARMACIA**
PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ **183**
- 38 MÉTODO MADRE CANGURO PARA ENFERMERÍA**
CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR, LUCÍA MARRA MORALES Y MARINA GÓMEZ ALONSO **187**

39 - MANEJO DE ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBROS INFERIORES CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR, LUCÍA MARRA MORALES Y MARINA GÓMEZ ALONSO	191
40 PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON INTENTO AUTOLÍTICO CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR, LUCÍA MARRA MORALES Y MARINA GÓMEZ ALONSO	195
41 PACIENTE CON LINFEDEMA Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, MARTA TENDERO RUIZ, MARIA JOSE MARIN SANCHÁ, JESÚS RUIZ CIFUENTES Y ANA ISABEL MOLINA CLEMOT	199
42 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL TRABAJO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT, JESÚS RUIZ CIFUENTES, MARTA TENDERO RUIZ Y MARIA JOSE MARIN SANCHÁ	203
43 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, MARTA TENDERO RUIZ, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT, JESÚS RUIZ CIFUENTES Y MARIA JOSE MARIN SANCHÁ	207
44 ENFERMERÍA Y LA INTRAVENOSA CON LA BOMBA DE INFUSIÓN MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y IKER AÑIBARRO ARRIETA	211
45 ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y IKER AÑIBARRO ARRIETA	215

46 ENFERMERÍA EN EL DECÚBITO PRONO EN UNIDADES DE CRÍTICOS	
MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL, MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR Y IKER AÑIBARRO ARRIETA	219
47 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH	
ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	223
48 ENFERMERÍA Y ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LESIONES TRAUMÁTICAS	
ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO, SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ Y CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ	227
49 ENFERMERÍA Y LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	
ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO, SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ Y CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ	231
50 ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES CON Sonda NASOGÁSTRICA	
ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO, SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ Y CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ	235
51 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA DEPRESIÓN POSTPARTO	
BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ, LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	239
52 ENFERMERÍA EN BAROTRAUMA O TRAUMATISMO PULMONAR Y AUDITIVO	
BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ, LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	243

53 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL	
BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ, LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS Y ESTHER PILAR GARCIA LEÓN	247
54 IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA	
TAMARA PEREZ GARCIA, ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ Y ANA RODRIGUEZ QUESADA	251
55 ENFERMERÍA ANTE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO Y ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ	261
56 ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES DURANTE LAS TRANSFUSIONES DE LOS HEMODERIVADOS	
AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO Y ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ	267
57 POSTOPERATORIO EN UNA APENDICECTOMÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE POR ENFERMERIA	
AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO, CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO Y ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ	271
58 ENFERMERÍA: CIENCIA HUMANA	
AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ, MARIA E. AGUILAR RICO, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y MIRIAM SORIA GIL	275
59 EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ICTUS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	
ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO, VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES Y ALBA PINTADO DIAZ-BENITO	279

60	FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO, VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES Y ALBA PINTADO DIAZ-BENITO	283
61	LA ENFERMERA Y SU TRABAJO EN LA FARMACIA HOSPITALARIA ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO, VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES Y ALBA PINTADO DIAZ-BENITO	287
62	LA ENFERMERA EN EL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN	291
63	CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA MUCOSITIS CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN	295
64	PLAN DE ATENCIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NEONATO CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN	299
65	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA MENINGITIS EN EL ADULTO MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR, SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR Y MARTA MORENO CANALES	305
66	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE COVID MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR, SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR Y MARTA MORENO CANALES	309

67	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ROTURA DE CADERA MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR, SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR Y MARTA MORENO CANALES	313
68	INTERVENCIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR POR ENFERMERÍA EN URGENCIAS CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR Y TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN	317
69	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UNA UROSTOMÍA TIPO BRICKER CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR Y TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN	321
70	AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO Y PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU MANEJO CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR Y TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN	325
71	QUE HACE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL INGRESO Y EL ALTA DE LOS PACIENTES CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO, MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO Y PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ	331
72	ENFERMERÍA Y LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES	335

73	ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES EN LA DIÁLISIS PERITONEAL. DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES	341
74	ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA PUNCIÓN DE LA FÍSTULA. DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ, PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ Y NIEVES FERNÁNDEZ TORRES	345
75	IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CRÓNICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO	349
76	ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO	355
77	SÍNDROME MIEMBRO FANTASMA ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	359
78	UTILIZACIÓN DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO (CUIDADOS DE ENFERMERÍA) SILVIA LORENZO MARTIN, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ, IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO Y CECILIA NUÑEZ GARRIDO	363
79	ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERIA DEL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCION PRIMARIA SILVIA LORENZO MARTIN, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ Y IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO	367

80 ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN LOS TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	
SILVIA LORENZO MARTIN, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ Y IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO	371
81 ESTAFILOCOCO RESISTENTE A METICILINA (MRSA)	
ANA M ^a PÉREZ MIER	375
82 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE UNA COLOSTOMÍA EN LA INFANCIA	
MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ Y ISABEL MAROTO AVILÉS	379
83 CASO CLÍNICO SOBRE LA CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS	
MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ Y ISABEL MAROTO AVILÉS	383
84 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD	
MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, SARA LUQUE MILLÓN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARTA ABAD ABELLÁN Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE	387
85 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE EL ABORDAJE DE QUEMADURAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.	
MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ Y ISABEL MAROTO AVILÉS	391
86 ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	
MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, SARA LUQUE MILLÓN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARTA ABAD ABELLÁN Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE	397

87 LA ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISFAGIA.	
MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, SARA LUQUE MILLÓN, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, MARTA ABAD ABELLÁN Y MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES	401
88 AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES	
MARÍA LÓPEZ BERGILLOS, MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ, MARYAM BOUZARAD AIT BAHY Y MELODY TORIJA RESUELA	405
89 DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA	
ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	411
90 ENFERMERÍA, CANCER DE MAMA Y LINFEDEMA	
MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO, LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO Y ISABEL ANGORA PANTOJA	421
91 ENFERMERIA EN LA MONITORIZACION DE LA PRESION ARTERIAL INVASIVA.	
MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO, LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO Y ISABEL ANGORA PANTOJA	425
92 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LEGRADO POR ASPIRACIÓN	
MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO, LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO Y ISABEL ANGORA PANTOJA	429
93 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE	
LAURA SUAY ABARCA, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, RUBEN LEAL ARANDA, JESUS GONZALEZ CORCOLES Y MARIA GONZALEZ CORCOLES	435

94 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO	
LAURA SUAY ABARCA, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARIA GONZALEZ CORCOLES Y RUBEN LEAL ARANDA	439
95 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA	
LAURA SUAY ABARCA, RUBEN LEAL ARANDA, MARIA GONZALEZ CORCOLES, JESUS GONZALEZ CORCOLES Y MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO	443
96 COMO AFECTA LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A LA SALUD MENTAL	
MARYAM BOUZARAD AIT BAHÁ, MELODY TORIJA RESUELA, MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ Y MARÍA LÓPEZ BERGILLOS	447
97 EL CÁNCER DE MAMA A NIVEL MUNDIAL EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS	
MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ, MARYAM BOUZARAD AIT BAHÁ, MARÍA LÓPEZ BERGILLOS Y MELODY TORIJA RESUELA	453
98 SOBREPESO Y OBESIDAD: EL GRAN PROBLEMA DE SALUD A NIVEL MUNDIAL	
CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, MARÍA MUÑOZ CARRETERO, RAQUEL HERVÁS DÍEZ Y MERCEDES HONRADO PRADILLO	461
99 TUBERCULOSIS: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN	
MARTA LÓPEZ GARCÍA, LUCÍA LÓPEZ GARCÍA Y ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO	467
100 ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS	
ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA, GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ Y CARMEN BELEN GALVAN CABRERO	471

- 101 ENFERMERÍA EN LA PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA**
ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA, GERMÁN
APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ Y CARMEN
BELEN GALVAN CABRERO 477
- 102 ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENFOQUE
CENTRADO EN EL ERROR HUMANO**
ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA, GERMÁN
APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ Y CARMEN
BELEN GALVAN CABRERO 481
- 103 EL CUIDADO DE LA PIEL Y LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS
EN EL CAMPO DE LA MICROPIGMENTACIÓN ONCOLÓGICA**
VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ANA
TRUEBA GONZÁLEZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU Y ESPERANZA
CARCHANO ALCARAZ 485
- 104 FLIPPED LEARNING: ¿ES UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN EL
APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA?**
JORGE PÉREZ PÉREZ, LUCÍA MORENO BRIONES Y ALBERTO
MARTÍNEZ GARRIDO 489
- 105 ACTUALIZACIÓN EN REACCIONES ADVERSAS
MEDICAMENTOSAS**
MARIA ORTEGA ABENGOZAR, MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO,
DARÍO DEL RÍO MARTÍN Y NOELIA ANTÓN RUANO 499
- 106 MÉTODOS CORRECTOS PARA ADMINISTRACIÓN DE MÁS DE UN
FÁRMACO INTRAMUSCULAR.**
VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA
PÉREZ, ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ Y
LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ 507

107 RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA PARA DETECTAR ALTERACIONES AL REALIZAR UN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG).	
VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ, ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ Y LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ	511
108 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PRIMARIA.	
VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ, ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ Y LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ	515
109 LA INFLUENCIA DE LA ISOTRETINOÍNA EN LA PREVALENCIA DEL RIESGO DE DEPRESIÓN	
MARTA LÓPEZ GARCÍA, LUCÍA LÓPEZ GARCÍA Y ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO	519
110 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS	
CELIA ORTEGA ORTIZ	525
111 MANEJO DE LA ENFERMEDAD GONOCÓCICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
RAÚL YELA SÁNCHEZ, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ, BEATRIZ PEREZ SANCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA Y CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ	531
112 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE	
CARIDAD BELÉN HERNÁNDEZ CALERO	537
113 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CRIBADO NEONATAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
RAQUEL HERVÁS DÍEZ, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y MERCEDES HONRADO PRADILLO	541

- 114 SÍNDROME DE MARFAN**
ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO,
MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ
CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ 547
- 115 ESTRATEGÍAS DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO**
MARÍA MUÑOZ CARRETERO, MERCEDES HONRADO PRADILLO,
RAQUEL HERVÁS DÍEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ -
MEDINA Y ELENA CUENCA SÁNCHEZ 551
- 116 ACTUALIZACIÓN EN VACUNACIÓN ANTITETÁNICA Y USO DE INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA EN HERIDAS TETANÍGENAS**
BEATRIZ PEREZ SANCHEZ, RAÚL YELA SÁNCHEZ, PILAR
GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA Y CRISTINA
VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ 555
- 117 EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN POLITRAUMATISMO Y TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)**
VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ, LORENA LORENTE GARCÍA, IRENE
LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y
VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ 561
- 118 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADMINISTRACIÓN DE RADIOTERAPIA (LINFEDEMA)**
VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ, LORENA LORENTE GARCÍA, IRENE
LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y
VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ 565
- 119 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**
VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ, LORENA LORENTE GARCÍA, IRENE
LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ Y BEATRIZ
CASTILLO MONTEAGUDO 571

120 COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN HEMODINÁMICA: MANEJO DEL CANGRELOR EN ADULTOS MERCEDES HONRADO PRADILLO	577
121 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES LIDIA GARCÍA CHARRO, LAURA GARCIA CALVO, BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, NADIA CÁRCABA PÉREZ Y ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ	583
122 CASO CLÍNICO: CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR) ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y LUCÍA LÓPEZ GARCÍA	591
123 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. MIHAELA SIMONA LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ	595
124 PERSONAL DE ENFERMERIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA. MÓNICA PÉREZ GARCÍA, MIHAELA SIMONA LACOVICI, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ	599
125 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN QUIRÓFANO DE UN CENTRO HOSPITALARIO MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA, MIHAELA SIMONA LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ	603
126 LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES MELODY TORIJA RESUELA	607

127	LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN. PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD. EL TABACO EN LA CONSULTA Y SU PREVENCIÓN EN AP DAVID MORENO BERMEJO Y CORA SÁNCHEZ VALERO	613
128	EL IMPACTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD. ROCÍO SÁNCHEZ GONZÁLEZ	619
129	SEMAGLUTIDA: UN NUEVO ANTIDIABÉTICO LAURA ORTEGA INIESTA, SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO Y PATRICIA ESTRADA ESCUDERO	625
130	ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS VERSUS IMPLANTE SUBCUTÁNEO SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, LAURA ORTEGA INIESTA, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, PATRICIA ESTRADA ESCUDERO Y MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL	631
131	LA VESÍCULA BILIAR SU PAPEL EN LA PATOLOGÍA PEDRO PEREZ LOPEZ	637
132	CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS MARTA MONTEALEGRE PINARDO, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, GUSTAVO MUÑOZ MARIN Y MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA	641
133	ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE CÁNULA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, GUSTAVO MUÑOZ MARIN Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO	645

- 134 ENFERMERÍA Y SU ATENCION A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN**
MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, GUSTAVO MUÑOZ MARIN Y MARTA MONTEALEGRE PINARDO 651
- 135 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, NURIA GIL PEÑA, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, PIEDAD DE LOS REYES Y VERÓNICA CRESPO GINES 655
- 136 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO TERMINAL**
ALFONSO ORTEGA CORUÑA, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, NATALIA GIL RUIZ, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO 667
- 137 INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS**
MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, LAURA ORTEGA INIESTA, SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ Y PATRICIA ESTRADA ESCUDERO 671
- 138 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA CORRECTA ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
ALFONSO ORTEGA CORUÑA, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, NATALIA GIL RUIZ, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO 675
- 139 TU DEBER ES INFORMAR, SU DERECHO CALIDAD**
VERÓNICA CRESPO GINES, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, NURIA GIL PEÑA, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y PIEDAD DE LOS REYES 679

140	LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE PRESENTAN HEMORRAGÍAS DIGESTIVAS ALFONSO ORTEGA CORUÑA, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, NATALIA GIL RUIZ, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO	683
141	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADOS EN PLANTA. SONIA MENÉNDEZ GARCIA	687
142	PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS. SONIA MENÉNDEZ GARCIA	691
143	FUNCIONES Y PROTOCOLO PARA EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, MONICA RUFO PADILLA, LAURA RUFO PADILLA Y SAMAY PEREZ GOMEZ	695
144	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE CONSTANTES VITALES A PACIENTES LAURA RUFO PADILLA, MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, MONICA RUFO PADILLA Y SAMAY PEREZ GOMEZ	699
145	COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN A PACIENTES CON CORONAVIRUS 19 SAMAY PEREZ GOMEZ, LAURA RUFO PADILLA, MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ Y MONICA RUFO PADILLA	703
146	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TIPOS DE ESTERILIZACIÓN SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES	707

147	LA ATENCIÓN POR PARTE DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE DIABÉTICO MONICA RUFO PADILLA, MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, SAMAY PEREZ GOMEZ Y LAURA RUFO PADILLA	711
148	CUIDADOS DEL MUNDO DEL ALZHEIMER MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, VICENTA LARA HERREROS, MONTSERRAT PAULET NAVARRO Y M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ	715
149	IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO PABLO PÉREZ RANCAÑO	719
150	LA SALUD GLOBAL Y LOS DESAFÍOS DE LAS PANDEMIAS PABLO PÉREZ RANCAÑO	723
151	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES	727
152	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES	731
153	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE PALIATIVOS MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, GEMMA MUÑOZ TRIGO Y NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ	735
154	LAS PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, GEMMA MUÑOZ TRIGO Y NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ	739

- 155 LAS FUNCIONES QUE DEBE DE DESEMPEÑAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS**
MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA, MARÍA JESÚS BARRIOS
PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, GEMMA MUÑOZ TRIGO Y
NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ 743
- 156 ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PRIMER INFANTE DURANTE UNA URGENCIA, MANEJO Y CUIDADO DE SU ENTORNO FAMILIAR**
MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO, MONTSERRAT PAULET
NAVARRO, VICENTA LARA HERREROS, MARÍA ALMUDENA RUIZ
NOBLEJAS Y M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ 747
- 157 LOS CAMBIOS DE POSTURA A PACIENTES ENCAMADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, VICTOR MANUEL MELLINAS
MORALES, CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA, MARÍA DE LOS
SANTOS YUSTE RENTERO Y ALEJANDRO CORREAS PULIDO 751
- 158 EL PACIENTE CON NÁUSEAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, VICTOR MANUEL MELLINAS
MORALES, CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA, MARÍA DE LOS
SANTOS YUSTE RENTERO Y ALEJANDRO CORREAS PULIDO 755
- 159 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO**
ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, VICTOR MANUEL MELLINAS
MORALES, CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA, MARÍA DE LOS
SANTOS YUSTE RENTERO Y ALEJANDRO CORREAS PULIDO 759
- 160 LAS FUNCIONES QUE REALIZAN LAS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PALIATIVOS**
LETICIA MARTÍN GARCIA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO,
MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, DELIA CASTELLS ROCA Y CARLA
LÓPEZ VALENCIA 765

- 161 LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
LETICIA MARTIN GARCIA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, DELIA CASTELLS ROCA Y CARLA LÓPEZ VALENCIA 769
- 162 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO HOSPITALARIO DE ENDOSCOPIAS**
LETICIA MARTIN GARCIA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, DELIA CASTELLS ROCA Y CARLA LÓPEZ VALENCIA 773
- 163 TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (TID)**
ANABEL RODRIGUEZ FRANCO Y ELISABETH RODRÍGUEZ FRANCO 777
- 164 EL TRABAJO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA FUTURA MADRE.**
MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO, MONTSERRAT PAULET NAVARRO, VICENTA LARA HERREROS, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS Y M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ 783
- 165 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**
ANGELA GARCÍA GARCIA, CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ, ESTHER GARCÍA GARRIDO, ANTONIO FUENTES AYUS Y MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS 787
- 166 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA**
ANTONIO FUENTES AYUS, MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS, ESTHER GARCÍA GARRIDO, ANGELA GARCÍA GARCIA Y CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ 791
- 167 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA OBESIDAD**
LAURA ORTAS GONZÁLEZ Y AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA 795

- 168 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ENTORNO LABORAL**
LAURA ORTAS GONZÁLEZ Y AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA 799
- 169 LOS PACIENTES HOSPITALARIOS Y COMO PROCEDE EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA, SONIA LOZANO GARCIA Y LOIDA SERRANO LOPEZ 803
- 170 LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE APORTAN EL EQUIPO DE TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA, SONIA LOZANO GARCIA Y LOIDA SERRANO LOPEZ 807
- 171 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON UNA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA**
ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA, SONIA LOZANO GARCIA Y LOIDA SERRANO LOPEZ 811
- 172 PROTOCOLO PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS, ANTONIO FUENTES AYUS, ESTHER GARCÍA GARRIDO, ANGELA GARCÍA GARCIA Y CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ 815
- 173 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS TÉCNICAS AVANZADAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS DE PACIENTES EN LOS HOSPITALES**
LAURA SÁNCHEZ ABAD, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE Y MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ 819

- 174 EL PAPEL DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREPARACIÓN DE APARATOS MÉDICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
LAURA SÁNCHEZ ABAD, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ,
ALBA PEÑARANDA GARCIA, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE Y
MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ 825
- 175 DERMATITIS SEBORREICA**
MONTSE FERNANDEZ 829
- 176 EL VIRUS EL PAPILOMA HUMANO (VPH)**
CARLA FERNANDEZ CALVO 833
- 177 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)**
JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ
OLIVA, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ, MARÍA LEONOR LARA
BARBERO Y SONIA URDA GARCÍA 837
- 178 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD MENTAL**
MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR
ONRUBIA MONTOYA, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARIA
DEL CARMEN TORRES SANTIAGO Y MARÍA ÁNGELES LÓPEZ
VILLENA 843
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL AISLAMIENTO DE CONTACTO.**
MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA PINILLA SOTO, ALMUDENA
JEREZ DEL CERRO, IONELA VIORICA HUTULEAC Y SAGRARIO
ROJAS APARICIO 847
- 180 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.**
MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA PINILLA SOTO, ALMUDENA
JEREZ DEL CERRO, IONELA VIORICA HUTULEAC Y SAGRARIO
ROJAS APARICIO 851

- 181 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES QUE PROCEDEN A UNA CESÁREA.**
MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA PINILLA SOTO, ALMUDENA JEREZ DEL CERRO, IONELA VIORICA HUTULEAC Y SAGRARIO ROJAS APARICIO 855
- 182 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ, MARÍA LEONOR LARA BARBERO Y SONIA URDA GARCÍA 859
- 183 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA, MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ, NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS 863
- 184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA AYUDA EN EL HOSPITAL DE DIA AL PACIENTE ONCOLÓGICO**
MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA, MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ, NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS 867
- 185 LAS FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS ENCUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA**
MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA, MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ, NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS 871
- 186 ESTERILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y MATERIALES QUIRÚRGICOS**
MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO Y MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA 875

187	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: ACTUACIÓN Y CUIDADOS POR PARTE DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SONSOLES CARMONA CAMPOS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA Y ALICIA RISUEÑO GARCIA	879
188	GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS: MEJORES PRÁCTICAS Y PROTOCOLOS SEGUIDOS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SONSOLES CARMONA CAMPOS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA Y ALICIA RISUEÑO GARCIA	885
189	EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CRÓNICOS: EL PAPEL EDUCATIVO DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SONSOLES CARMONA CAMPOS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA Y ALICIA RISUEÑO GARCIA	893
190	LA EDUCACION INFANTIL MONTSE FERNANDEZ	899
191	ENFERMEDADES NOSOCOMIALES LORENA CANALEJO GALLARDO	905
192	PREVENCION BUCODENTAL. CARLA FERNANDEZ CALVO	909
193	LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR, MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ	913

194 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	
EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR, MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ	917
195 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS	
EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR, MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ Y MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ	921
196 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ELEVADA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL	
SARA GARCÍA DÍAZ Y AIDA PUERTAS LAVANDERA	925
197 PRIMEROS AUXILIOS	
CARLA FERNANDEZ CALVO	929
198 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES	
JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ, MARÍA LEONOR LARA BARBERO Y SONIA URDA GARCÍA	933
199 MANIPULACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON MUESTRAS BIOLÓGICAS	
CAROLINA BERNAL MUÑOZ, ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA	937
200 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA OFTALMOLOGÍA	
RAQUEL ESCUDERO, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS, CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA Y ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ	941

201	CONCEPTOS CLAVE DEL PAPEL DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	RAQUEL ESCUDERO, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS, CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA Y ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ	945
202	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	
	RAQUEL ESCUDERO, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS, CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA Y ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ	953
203	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE LA CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA PARA CITOSTÁTICOS	
	MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA Y MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO	957
204	DIABETES MELLITUS	
	CARLA FERNANDEZ CALVO	961
205	EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO: PROTOCOLOS, RESPONSABILIDADES Y MEJORES PRÁCTICAS	
	MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ	965
206	MANEJO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON EPOC: ESTRATEGIAS PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	
	ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ Y MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA	969

- 207 REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON LESIONES TRAUMÁTICAS: EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ Y MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA 975
- 208 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SANGRE EN ORINA**
MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA, VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ 981
- 209 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN LA UNIDAD DE MAMOGRAFÍAS**
MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA, VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ 985
- 210 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO**
MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA, VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ Y MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ 989
- 211 APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ 993
- 212 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE INTUBADO**
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE, ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO RAMOS Y MARIA PILAR ESCOBAR CONDE 999

- 213 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS,
JENNIFER CAMACHO RAMOS, MARIA PILAR ESCOBAR CONDE Y
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE 1003
- 214 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
CARLA FERNANDEZ CALVO 1007
- 215 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN EL PACIENTE
HOSPITALIZADO**
ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS,
JENNIFER CAMACHO RAMOS, MARIA PILAR ESCOBAR CONDE Y
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE 1011
- 216 PACIENTE NEUROLÓGICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN**
MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE, FRANCISCO ANTONIO GARCIA
REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ Y ALBA DOMINGO ALONSO 1015
- 217 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO**
MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE, FRANCISCO ANTONIO GARCIA
REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ Y ALBA DOMINGO ALONSO 1019
- 218 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES.**
MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE, FRANCISCO ANTONIO GARCIA
REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ Y ALBA DOMINGO ALONSO 1023
- 219 PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA ANCIANIDAD**
HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ 1027
- 220 LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
POST-MORTEM**
SHEILA VAQUERO ANDALUZ, MONICA PINEY PRIETO, LOURDES
ROMERO RAMIREZ Y ALBA MARIA MELCHOR TORRES 1031

- 221 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
HORACIO ALEX OVANDO VARGAS, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA,
AMPARO MORENO LÓPEZ, LAURA SELENE VILLENA GARCÍA Y
MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ 1035
- 222 **LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
HORACIO ALEX OVANDO VARGAS, MARIA JULIA GARCIA
JIMENEZ, LAURA SELENE VILLENA GARCÍA, AMPARO MORENO
LÓPEZ Y ANTONIA ALARCÓN GARCÍA 1039
- 223 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UCI PEDIÁTRICA**
HORACIO ALEX OVANDO VARGAS, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA,
AMPARO MORENO LÓPEZ, LAURA SELENE VILLENA GARCÍA Y
MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ 1043
- 224 **PACIENTES CON PROCESO DE CONVULSIÓN Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO,
MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO
PACHECO Y PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ 1047
- 225 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES Y COMO EVITAR LOS ERITEMAS QUE PRODUCE EL PAÑAL A LOS PACIENTES**
CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO,
MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO
PACHECO Y PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ 1051
- 226 **FUNCIONES DEL TCAE EN ESTERILIZACIÓN**
MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA JOSEFA HERREROS
CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, ROSA MONTERO
NÚÑEZ Y CAROLINA BERNAL MUÑOZ 1057
- 227 **TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ADULTOS**
MONTSE FERNANDEZ 1061

- 228** **TRISOMÍA 13 EN EL RECIÉN NACIDO: EL SÍNDROME DE PATAU**
LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA, NÉRIDA JOSEFINA
ZAMBRANO PIÑANGO, GLORIA FERNÁNDEZ MATE, GISSELA
CORNEJO EGOAVIL Y MARIS DANIA MONTERO MONTERO **1067**
- 229** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
PAPEL EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM**
LAURA ALFARO LOPEZ, FRANCISCA BARBERO LÓPEZ, MARÍA
JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN GOMEZ
LOPEZ Y SOLEDAD FITO MARTIN **1073**
- 230** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
COMETIDO ANTE EL PACIENTE EPILÉPTICO**
LAURA ALFARO LOPEZ, FRANCISCA BARBERO LÓPEZ, MARÍA
JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN GOMEZ
LOPEZ Y SOLEDAD FITO MARTIN **1077**
- 231** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LAS COMPETENCIAS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL.**
LAURA ALFARO LOPEZ, FRANCISCA BARBERO LÓPEZ, MARÍA
JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN GOMEZ
LOPEZ Y SOLEDAD FITO MARTIN **1081**
- 232** **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE PARITORIOS**
ALBA DÍAZ COGOLLUDO, MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ
AREVALO, MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, INMACULADA
CAÑAS PRIETO Y MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ **1085**
- 233** **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS
FUNCIONES CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
ALBA DÍAZ COGOLLUDO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ,
MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA
SOLEDAD MORENO GARCÍA Y INMACULADA CAÑAS PRIETO **1089**

- 234 EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO, FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALBA DÍAZ COGOLLUDO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ,
MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, MARIA DEL PRADO PERALTA
SANCHEZ AREVALO Y INMACULADA CAÑAS PRIETO **1093**
- 235 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE
CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI HUANQUI, LOURDES LILIA
HUANQUI CONDORI Y RAQUEL TELLO SANZ **1097**
- 236 HABILIDADES SOCIALES QUE DEBE TENER UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO**
IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ **1101**
- 237 LA DIABETES MELLITUS**
LAURA HERRAIZ FERNANDEZ, ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ Y
MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ **1105**
- 238 ACERCA DE LA TENSIÓN O PRESIÓN ARTERIAL**
MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ, ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ Y
LAURA HERRAIZ FERNANDEZ **1109**
- 239 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE AISLADO**
BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE
CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI HUANQUI, LOURDES LILIA
HUANQUI CONDORI Y RAQUEL TELLO SANZ **1113**
- 240 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**
LORENA CANALEJO GALLARDO **1117**
- 241 CUIDADOS DEL ÁREA OCULAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ, LAURA
INIESTO GOMEZ, MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE Y
MARISOL VILLALBA DEL MAZO **1121**

- 242EL DESEMPEÑO PSICOLÓGICO HACIA LA FAMILIA DEL
PACIENTE ENFERMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ, LAURA
INIESTO GOMEZ, MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE Y
MARISOL VILLALBA DEL MAZO 1125
- 243PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA Y EL TÉCNICO DE
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ, LAURA
INIESTO GOMEZ, MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE Y
MARISOL VILLALBA DEL MAZO 1129
- 244LOS DIFERENTES COMETIDOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS ENFERMOS DE
DISNEA**
DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE,
NURIA GALINDO CASADO, JUAN CARLOS RECIO
DELGADO-AGUILERA Y PATRICIA LOPEZ MERINO 1135
- 245EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
ASEO AL PACIENTE ENCAMADO**
MARIA JOSEFA HERREROS CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ
VALERA, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ, CAROLINA
BERNAL MUÑOZ Y ROSA MONTERO NÚÑEZ 1139
- 246EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE COVID PERSISTENTE**
MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, LORENA CANO LOPEZ,
ESTEFANÍA MERINO CARMONA, JULIA YUSTE GUTIÉRREZ Y ANA
GÓMEZ SORIANO 1143
- 247EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE LABORATORIO
CLÍNICO**
MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, LORENA CANO LOPEZ,
ESTEFANÍA MERINO CARMONA, JULIA YUSTE GUTIÉRREZ Y ANA
GÓMEZ SORIANO 1147

248	LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL DEL PACIENTE SONDADO INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI HUANQUI, LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI, RAQUEL TELLO SANZ Y BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO	1151
249	LOS CENTROS DE DIA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PATRICIA LOPEZ MERINO, JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE Y NURIA GALINDO CASADO	1155
250	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS INCONVENIENTES DEL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA, PATRICIA LOPEZ MERINO, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE Y NURIA GALINDO CASADO	1159
251	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD JOANA FERNÁNDEZ RUBIO	1163
252	ALIMENTACIÓN SEGURA DURANTE EL EMBARAZO. NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ	1167
253	EL RIESGO DE LAS CONSERVAS CASERAS: BOTULISMO NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ	1171
254	ESCOMBROIDOSIS, INTOXICACIÓN POR PESCADO AZUL NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ	1175
255	LOS CUIDADOS TERMINALES Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA NATALIA ALCAIDE MARTIN	1179

- 256 EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS**
LAURA SÁNCHEZ ABAD, MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA Y BERTA CARRASCO MONTEALEGRE 1183
- 257 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO Y AYUDA EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS**
EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR, ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ, JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ Y MARIA GONZALEZ CORCOLES 1187
- 258 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO**
EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR, ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MARIA GONZALEZ CORCOLES Y JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ 1191
- 259 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL LABORATORIO Y RECOGIDA DE MUESTRAS**
EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR, ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, MARIA GONZALEZ CORCOLES, JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1195
- 260 CUIDADOS DEL PACIENTE DEPRESIVO GRAVE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
JAVIER BONILLA GOMEZ, IRENE CONEJO VALERO, MARIANA VACARU, CARMEN DIAZ ROPERO Y ESTELA GARCIA MONTES 1199
- 261 PACIENTES CON RIESGO DE LESIONES POR PRESION: LO QUE DEBE HACER EL TCAE**
MARIA DEL ROCIO ESTEBANEZ GARCIA 1203
- 262 TERMOTERAPIA: APLICACIÓN DE CALOR COMO MEDIDA TERAPÉUTICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
CARMEN DIAZ ROPERO, MARIANA VACARU, JAVIER BONILLA GOMEZ, IRENE CONEJO VALERO Y ESTELA GARCIA MONTES 1207

- 263 EL PACIENTE DISFÁGICO Y SUS NECESIDADES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARIANA VACARU, IRENE CONEJO VALERO, JAVIER BONILLA GOMEZ, ESTELA GARCIA MONTES Y CARMEN DIAZ ROPERO 1211
- 264 COMO INFLUYE EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS**
RAUL CALZADO PRIETO, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, MERCEDES OLLERO CHAMORRO, NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO Y MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN 1215
- 265 LA RELACIÓN QUE SE ESTABLECE ENTRE EL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: BENEFICIOS Y PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR**
MERCEDES OLLERO CHAMORRO, MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, RAUL CALZADO PRIETO Y NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO 1219
- 266 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: MEDIDAS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).**
MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO, MERCEDES OLLERO CHAMORRO Y RAUL CALZADO PRIETO 1223
- 267 EL TURNO DE MAÑANA CON EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.**
M BEGOÑA JUNQUERA RODRIGUEZ 1227
- 268 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA.**
MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ, MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ, JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, ANA LOPEZ PEREZ Y AMAYA CABRERA RUIZ 1231
- 269 EL PROFESIONAL TCAE Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN SHOCK**
JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO Y AMAYA CABRERA RUIZ 1235

- 270 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)
Y SUS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO
SANITARIO.**
AMAYA CABRERA RUIZ 1239
- 271 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS**
MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, MANUEL JESÚS
ZAMUDIO NAVARRO, RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR, MARÍA
JOSÉ MARTÍNEZ REINA Y CANDIDA TRUJILLO CORONEL 1243
- 272 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN**
MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, RAQUEL DE LA
CABALLERÍA VIVAR, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO,
CANDIDA TRUJILLO CORONEL Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA 1247
- 273 OPTIMIZANDO LA CALIDAD DE VIDA: EL ROL INTEGRAL DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
GERIATRÍA**
MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ
REINA, CANDIDA TRUJILLO CORONEL, MANUEL JESÚS ZAMUDIO
NAVARRO Y RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR 1251
- 274 APLICACIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO MEDIANTE IONTOFORESIS EN
EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA TENDINITIS
CALCIFICANTE DE HOMBRO**
CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, MARIO GARCÍA MARTÍN,
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y
LAURA DE PABLO MARTÍNEZ 1255
- 275 EFICACIA DEL PROGRAMA FIFA 11+ PARA LA PREVENCIÓN DE
LESIONES EN JUGADORES DE FÚTBOL**
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA
CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1259

- 276 **ESCALAS DE EVALUACIÓN EN FISIOTERAPIA GERIÁTRICA**
GLORIA OTERO CORTIJO, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT
GALDÓN MÁRQUEZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ
MILLA 1265
- 277 **TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.**
HIPERINSUFLACIÓN MANUAL
GLORIA OTERO CORTIJO, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ Y JUDIT
GALDÓN MÁRQUEZ 1269
- 278 **PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DE LA REEDUCACIÓN POSTURAL**
GLOBAL (RPG)
GLORIA OTERO CORTIJO, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, AVELINA
CUBILLO DE LA CRUZ Y PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO
LÓPEZ MILLA 1273
- 279 **TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL BRUXISMO**
DIEGO MEDINA CRESPO, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO
PORTUGUÉS Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS
FERNÁNDEZ 1277
- 280 **¿ES EFECTIVO AÑADIR KINESIO TAPING AL TRATAMIENTO**
REALIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LUMBALGIAS
INESPECÍFICAS? COMPARACIÓN EN DOS GRUPOS DE
INTERVENCIÓN
MARTA BAYO AGUSTÍN, BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS,
JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ Y MARINA LEYVA
ALARCÓN 1287
- 281 **EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MAGNETOTERAPIA EN**
PACIENTES CON LA OSTEOARTROSIS
LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO
CORONA, MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA
Y SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA 1305

- 282 EFECTIVIDAD DEL USO DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES CON TENDINITIS DE D'QUERVAIN**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, MARIO GARCÍA MARTÍN Y SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA 1309
- 283 EFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN PACIENTES POST-COVID CON THRESHOLD**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, MARIO GARCÍA MARTÍN Y SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA 1313
- 284 LA FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA ESCOLIOSIS EN LA PATOLOGÍA NEUROMUSCULAR: RECURSOS PARA SU PREVENCIÓN**
NATALIA MORAL MORAL, SANDRA AGUDO CABAÑAS Y ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR 1317
- 285 EL EJERCICIO TERAPÉUTICO: HERRAMIENTAS DE FISIOTERAPIA PARA EL MANEJO DEL LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA**
NATALIA MORAL MORAL, SANDRA AGUDO CABAÑAS Y ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR 1327
- 286 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO: PRÁCTICAS Y EJERCICIOS RECOMENDADOS**
NATALIA MORAL MORAL, SANDRA AGUDO CABAÑAS Y ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR 1339
- 287 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MARIO GARCÍA MARTÍN, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ Y JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA 1347

- 288 ESTIMULACIÓN DE LA MOTRICIDAD GRUESA EN BEBÉS Y NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR**
 JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y DIEGO MEDINA CRESPO 1351
- 289 ¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE EJERCICIO DE MARCHA NÓRDICA EN LAS MUJERES?**
 ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO 1357
- 290 FISIOTERAPIA EN PACIENTES ENCAMADOS**
 CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE 1365
- 291 NUTRICIÓN, EJERCICIO Y SALUD. EFICACIA DEL AYUNO INTERMITENTE EN DIABETES MELLITUS TIPO II**
 CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ 1369
- 292 ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL EN LA LUMBALGIA MECÁNICA DENTRO DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA**
 CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ 1375
- 293 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA**
 MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y CÉSAR FRANCISCO VERDEJO 1381
- 294 FISIOTERAPIA EN LA FASCITIS PLANTAR: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO**
 ADRIÁN ORLANDI TORIELLI, RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ, VIRGINIA VELASCO ISUSI Y RUBÉN RUIZ REDONDO 1387
- 295 IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON NEUROPATÍA DIABÉTICA**
 MARINA LEYVA ALARCÓN, BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS, JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ, ALONSO SÁNCHEZ CARABIAS Y MARTA BAYO AGUSTÍN 1393
- 296 EFICACIA DE LOS EJERCICIOS RESISTIDOS APLICADOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**
 JOAQUÍN CASAS CARRASCO Y RAFAEL GUZMÁN ASOLAS 1397

297	STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA DAVID SIERRA RUIZ, SUSANA PUENTE CANALEJAS, SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ Y MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER	1401
298	MASAJE INFANTIL Y SALUD DEL NIÑO MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA	1407
299	PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN EL EMBARAZO. SONIA GUIJARRO MORENO, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FRANCISCA GONZÁLEZ Blesa Y NEREIDA CABEZAS BELTRÁN	1411
300	PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA APLICACIÓN DE SELLADORES DENTALES SONIA GUIJARRO MORENO, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, NEREIDA CABEZAS BELTRÁN Y FRANCISCA GONZÁLEZ Blesa	1415
301	IMPORTANCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA PREVENCIÓN DE CARIES SONIA GUIJARRO MORENO, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, NEREIDA CABEZAS BELTRÁN Y FRANCISCA GONZÁLEZ Blesa	1419
302	LA EDUCACIÓN SANITARIA: UNA HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD ALICIA RODRÍGUEZ-BORLADO GONZÁLEZ	1423
303	PACIENTE POLIMEDICADO: SITUACIÓN ACTUAL Y ABORDAJE DESDE LA OFICINA DE FARMACIA. EVA ROCÍO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ	1429
304	EL PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DURANTE LAS PAAF (LA BIOPSIA CON ASPIRACIÓN DE AGUJA FINA) MARÍA MORENO PALOMINO, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ	1435

- 305 LA MONONUCLEOSIS Y LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO
SANITARIO**
ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ 1439
- 306 ANEMIA Y SUS TIPOS**
EVA LLANO SORDO, CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, ZAIDA RUIZ
MARTÍN, ELVIRA GONZALEZ RUIZ Y LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ 1443
- 307 GESTIÓN SEGURA DE OBJETOS PUNZOCORTANTES EN EL
ÁMBITO SANITARIO.**
ANDREA FERNANDEZ SAIZ, ANA MELENDRERAS COVIELLA Y
ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ 1447
- 308 HISTORIA, CRONOLOGÍA Y PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL
ÉBOLA**
MÓNICA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL 1451
- 309 PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA
UTILIZACIÓN DE MACROBLOQUES.**
JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, MARÍA MORENO
PALOMINO, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, ROSA MARÍA
CAMUÑAS IMEDIO Y MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ 1457
- 310 LA TÉCNICA ELISA (ENSAYO DE INMUNOADSORCIÓN LIGADO A
ENZIMAS)**
LAURA PIÑERA SAN JUAN 1461
- 311 TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU
IMPORTANTE PAPEL EN LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS.**
ROCIO GARCIA HEREDIA, KAREN MILENA MOLINA DAGUER,
LAURA BARRIGA CALLE Y MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ 1465
- 312 TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL
USO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL ESTUDIO DE LA
ANOREXIA NERVIOSA**
MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ, ROCIO GARCIA HEREDIA,
KAREN MILENA MOLINA DAGUER Y LAURA BARRIGA CALLE 1469

- 313 DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIH**
CRISTINA ARÉVALO MAÑAS, MARTA CRUZ QUESADA, VANESSA
SERRANO LOMA, INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO Y ÁNGELA
ESCRIBANO CUARTEROS 1473
- 314 EL PAPEL DE LA DIETA CETOGÉNICA EN EL TRATAMIENTO
INTEGRAL DEL CÁNCER**
ELVIRA GONZALEZ RUIZ, CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, LUCÍA
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, ZAIDA RUIZ MARTÍN Y EVA LLANO
SORDO 1479
- 315 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA.
DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES POR ENTEROBIUS
VERMICULARIS CON EL TEST DE GRAHAM**
SELENE HERVÁS CODES, NOELIA CARRERO DEL FRESNO, MANUEL
MUÑOZ REDONDO, ISABEL FERNÁNDEZ PECES Y ALBA
HERNÁNDEZ PEREA 1487
- 316 DETECCIÓN DE METÁSTASIS TUMORAL MEDIANTE SPECT**
ELVIRA GONZALEZ RUIZ, CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, LUCÍA
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, ZAIDA RUIZ MARTÍN Y EVA LLANO
SORDO 1491
- 317 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL
CRIBADO DEL VPH**
MARÍA MORENO PALOMINO, JULIÁN DEL OLMO MORENO
ARRONES, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, ROSA MARÍA
CAMUÑAS IMEDIO Y MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ 1503
- 318 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LA MEDICINA
PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS**
MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ, ANGELA LEÓN
DÍAZ, FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ, ELENA SAAVEDRA
GALLEGO Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO 1509

- 319 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y EL DIAGNÓSTICO
MICROBIOLÓGICO DE LA FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA**
MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ, ELENA
SAAVEDRA GALLEGU, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO Y
ANGELA LEÓN DÍAZ 1513
- 320 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LAS TÉCNICAS
INMUNOQUÍMICAS**
MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ, ELENA
SAAVEDRA GALLEGU, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO,
ANGELA LEÓN DÍAZ Y FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ 1519
- 321 LESIONES MALIGNAS DE MAMA: UN ANÁLISIS PROFUNDO DEL
CARCINOMA INFILTRADO**
OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ 1525
- 322 ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DEL CAMPYLOBACTER**
CRISTINA ARÉVALO MAÑAS, MARTA CRUZ QUESADA, VANESSA
SERRANO LOMA, ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1529
- 323 ESTUDIO DEL SEDIMENTO DE ORINA POR EL TÉCNICO DE
LABORATORIO**
ISABEL FERNÁNDEZ PECES, NOELIA CARRERO DEL FRESNO,
MANUEL MUÑOZ REDONDO, ALBA HERNÁNDEZ PEREA Y SELENE
HERVÁS CODES 1535
- 324 LOS CONTRASTES EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA**
PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA,
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1539
- 325 LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN UN SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO**
PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA,
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1543
- 326 LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA**
PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA,
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1549

327	CÁNCER DE HUESOS ESTUDIADO POR RADIODIAGNÓSTICO LAURA PIÑERA SAN JUAN	1555
328	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y PLAQUETOPENIA: CAUSAS Y EFECTOS ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA, CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ISABEL DELGADO GONZALEZ Y EVELIA CUÉLLAR MERINO	1559
329	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LÍQUIDO PLEURAL. DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS Y CONTAJE CELULAR ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA, CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ISABEL DELGADO GONZALEZ Y EVELIA CUÉLLAR MERINO	1565
330	TIPOS DE CORTE HISTOLÓGICO REALIZADOS POR EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO, MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES Y RUBÉN VELA VELA	1571
331	AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDO NUCLEICO EN ANATOMIA PATOLÓGICA ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO, MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES Y RUBÉN VELA VELA	1575
332	EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL CONTACTO CON XILOL ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO, MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES Y RUBÉN VELA VELA	1579
333	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y CATECOLAMINAS: METABOLISMO Y DETERMINACIONES ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA, CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ISABEL DELGADO GONZALEZ Y EVELIA CUÉLLAR MERINO	1583

334¿CÓMO IDENTIFICAR A LOS PACIENTES? SONIA ANUNCIBAY RODRIGUEZ	1589
335EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA. TEST DE ANTÍGENOS DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE MANUEL MUÑOZ REDONDO, NOELIA CARRERO DEL FRESNO, ALBA HERNÁNDEZ PEREA, SELENE HERVÁS CODES Y ISABEL FERNÁNDEZ PECES	1593
336EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL DIAGNÓSTICO Y LA PRUEBA DE ARTERIOGRAFÍA JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA, ROCIO MALDONADO MOLINA Y JUAN MARTORELL SANCHEZ	1597
337LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL QUIRÓFANO JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA, ROCIO MALDONADO MOLINA Y JUAN MARTORELL SANCHEZ	1601
338LOS TÉCNICOS DE RAYOS Y FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LOS RAYOS X JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA, ROCIO MALDONADO MOLINA Y JUAN MARTORELL SANCHEZ	1605
339BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS EN EL CRIOSTATO DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ Y MARÍA MORENO PALOMINO	1609
340EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, LAURA VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA Y SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ	1615

- 341 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA TELETERAPIA**
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, LAURA
VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA Y SALVADOR
ANSON RODRÍGUEZ 1619
- 342 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA BRAQUITERAPIA**
LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, LAURA
VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA Y SALVADOR
ANSON RODRÍGUEZ 1623
- 343 EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS ESPECIALES REALIZADAS POR
EL TÉCNICO DE RAYOS**
ANA BELÉN RAYO OJEDA, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA
LADERA ROJAS, SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ Y
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1627
- 344 LOS PRINCIPIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA QUE TODO
TÉCNICO DE RAYOS DEBE CONOCER**
ANA BELÉN RAYO OJEDA, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA
LADERA ROJAS, SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ Y
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1631
- 345 LOS TRANSDUCTORES USADOS POR EL TÉCNICO DE RAYOS**
ANA BELÉN RAYO OJEDA, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA
LADERA ROJAS, SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ Y
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1637
- 346 TELEMEDICINA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIO PICAZO GALLEGO 1645
- 347 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE
HOMBRO.**
MARTA TIRADO MORENO, BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO Y LAURA
HERREROS JEREZ 1649
- 348 LOS DESAFÍOS ÉTICOS A LOS QUE SE ENFRENTA EL TECNICO DE
IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO**
BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO, MARTA TIRADO MORENO Y LAURA
HERREROS JEREZ 1653

- 349TELERRADIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES , EL PAPEL DEL TECNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO**
LAURA HERREROS JEREZ, MARTA TIRADO MORENO Y BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO 1657
- 350RESONANCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA**
CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ MADEJON 1661
- 351ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL SISTEMA BILIAR: PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS PARA SU ESTUDIO Y PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO.**
BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ 1669
- 352ICTUS Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
ALICIA BALLESTEROS AMORES, ALBA BRISA RAMÍREZ, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ MADEJON 1673
- 353PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TAC Y FUNCIONAMIENTO DEL CONTRASTE EN EL MISMO: MODO DE ADMINISTRACIÓN Y REACCIONES ADVERSAS**
JULIA CASANUEVA ORIA, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ 1679
- 354PATOLOGÍA DEL TRACTO URINARIO Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL LABORATORIO**
YOLANDA MANSILLA FUNEZ, VICTORIA AGUDO SANCHEZ Y MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ 1687

- 355 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN EL RECIBIMIENTO Y EMPATÍA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO**
SARAY HERVÁS COTA, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES Y PABLO GÓMEZ HERRERO 1691
- 356 EFECTOS BIOLÓGICOS DE LAS RADIACIONES**
MIRIAM FONT ALONSO, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ 1695
- 357 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**
MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES, SARAY HERVÁS COTA Y PABLO GÓMEZ HERRERO 1699
- 358 RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA**
PABLO GÓMEZ HERRERO, SARAY HERVÁS COTA Y MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES 1703
- 359 EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA PREPARACIÓN DE LA EXTENSIÓN SANGUÍNEA**
MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA MANSILLA FUNEZ Y VICTORIA AGUDO SANCHEZ 1707
- 360 PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y EL ANÁLISIS EN EL LABORATORIO**
MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ, VICTORIA AGUDO SANCHEZ Y YOLANDA MANSILLA FUNEZ 1711
- 361 MEDICIÓN DE TA-GT (TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR – GARGANTA DE LA TROClea) MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA**
ROCÍO MORALES PINAR, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, JENNIFER SALCEDO LOZANO Y CARMEN MARÍN FLORES 1715
- 362 ANEMIA FERROPÉNICA. IMPORTANCIA DE LA DETERMINACIÓN DE HIERRO EN SANGRE.**
TAMARA HERRERO VALERO Y MARIAM BLANCO NOVILLO 1719

- 363 CODIGO ICTUS: PROTOCOLO, SÍNTOMAS Y MODO DE ACTUACIÓN**
ANA LUISA MORA VICARIO, BÁRBARA PERIANES MENDOZA,
JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO Y MARTA
COGOLLUDO GONZÁLEZ 1723
- 364 ESTUDIO DE ARTERIAS CORONARIAS POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA**
MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ, BÁRBARA PERIANES
MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO Y
ANA LUISA MORA VICARIO 1729
- 365 LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA DE CUELLO EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS TIROIDEOS**
MARIA PANIZO CORCHERO, ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA
BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS Y TAMARA
RUIZ MADEJON 1733
- 366 INTRODUCCIÓN A LA ELASTROGRAFÍA: AVANCES Y DIAGNÓSTICO DE LOS TEJIDOS**
TAMARA RUIZ MADEJON, ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA
BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS Y MARIA
PANIZO CORCHERO 1739
- 367 RIESGOS BIOSANITARIOS EN EL ÁREA DE LA SALUD**
MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA,
MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ Y MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ 1745
- 368 OVARIO POLIQUÍSTICO EN ECOGRAFÍA**
CARMEN MARÍN FLORES, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO
DÍAZ, JENNIFER SALCEDO LOZANO Y ROCÍO MORALES PINAR 1751
- 369 RADIOGRAFIA DE TÓRAX EN PACIENTE CON COVID-19**
MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, JENNIFER SALCEDO
LOZANO, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1755

- 370 EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDÍACA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
DANIEL DE LUCA NEGRETE 1763
- 371 DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, ROCÍO MORALES PINAR, MARTA MONTERO DIAZ, CARMEN MARÍN FLORES Y JENNIFER SALCEDO LOZANO 1767
- 372 LAS PRINCIPALES FUNCIONES ENTRE LA FLUOROSCOPIA DIGITAL Y LA ANALÓGICA. LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR
ANTONIO PÉREZ LOZANO 1773
- 373 LUPUS. DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO. MANIFESTACIONES ORALES
SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES 1779
- 374 TÉCNICAS DE REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL GUIADAS POR RX
JENNIFER SALCEDO LOZANO, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1785
- 375 TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: TINCIÓN NEGATIVA: TINCIÓN DE TINTA CHINA FUNDAMENTO, TÉCNICA Y USOS
MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS 1791
- 376 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL RECuento CELULAR DE LA SANGRE
MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 1799
- 377 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ORINA
MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 1805

- 378 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS BACTERIAS AEROBIAS**
MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ,
ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y
MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 1809
- 379 LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LOS PACIENTES PALIATIVOS**
NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ Y LORENA COBO GONZÁLEZ 1815
- 380 MEDICINA NUCLEAR Y PROCESOS RADIATIVOS**
BEATRIZ MURILLO MUÑOZ, JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA Y
SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO 1819
- 381 INTRODUCCIÓN A LOS EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR Y SUS
ELEMENTOS**
BEATRIZ MURILLO MUÑOZ, SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO Y
JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA 1823
- 382 FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
EN RADIATIVIDAD Y RADIACIÓN**
BEATRIZ MURILLO MUÑOZ, JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA Y
SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO 1827
- 383 MAMOGRAFÍA DE CRIBAJE PARA EL CÁNCER DE MAMA PARA
PACIENTES PORTADORAS DE PRÓTESIS MAMARIA**
ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA
BUJÁN GRANADOS, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ
MADEJON 1831
- 384 PLAN ESTRATÉGICO DE AYUDA A LA FAMILIA DE CASTILLA-LA
MANCHA. ATENCIÓN HOLÍSTICA E INTEGRAL DEL PACIENTE Y
LA FAMILIA**
JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ 1835
- 385 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS**
KAREN MILENA MOLINA DAGUER, ROCIO GARCIA HEREDIA,
MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ Y LAURA BARRIGA CALLE 1841

386	EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL SCREENING DE MAMA VERONICA POZO ALCAIDE	1845
387	ESTUDIO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA POR EL LABORATORIO CRISTINA ARÉVALO MAÑAS, MARTA CRUZ QUESADA, VANESSA SERRANO LOMA, ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS Y INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO	1849
388	PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS. MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO Y ISABEL PONTÓN ALLENDE	1853
389	EL PERSONAL TÉCNICO EN ANATOMIA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES EN LAS AUTOPSIAS. TIPOS DE AUTOPSIAS ISABEL PONTÓN ALLENDE Y MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO	1857
390	EL CRIBADO DE SANGRE OCULTA EN HECES EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. MARIA LOPEZ HERRERO	1861
391	EL PERSONAL DE HIGIENISTA DENTAL Y EL USO DEL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN EN LA CONSULTA DÉBORA MOYA ROGER	1867
392	LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN Y DÉBORA MOYA ROGER	1871
393	PROCEDIMIENTOS EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y REDUCCIÓN DE DOSIS NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ Y LORENA LOPEZ SÁEZ	1875

- 394DOSIMETRÍA EN RADIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA Y ESTIMACIÓN DE DOSIS A LOS PACIENTES**
MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LORENA LOPEZ SÁEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ Y NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS 1879
- 395SISTEMAS DE ADQUISICIÓN DE LA IMAGEN DIGITAL EN RADIODIAGNÓSTICO**
LAURA CALERO SÁNCHEZ, NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ Y LORENA LOPEZ SÁEZ 1883
- 396EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE PEDIATRÍA.**
LORENA COBO GONZÁLEZ 1887
- 397PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS**
VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ 1891
- 398TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: APLICACIONES SOFTWARE, INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE DATOS, IMPACTO DE SU USO PARA LA GESTIÓN SANITARIA Y DEL PACIENTE**
ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS 1895
- 399TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: SOFTWARE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA Y ADMINISTRATIVA**
ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS 1901
- 400OPTIMIZACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN ELÉCTRICA EN HOSPITALES**
FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ Y GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO 1905
- 401SISTEMAS DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN EN CASO DE FALLAS ELÉCTRICAS EN HOSPITALES**
FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ Y GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO 1911

- 402EVALUACIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD EN TRABAJOS ELÉCTRICOS HOSPITALARIOS**
FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ,
CARLOS GARCÍA OLIVAS, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ Y
GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO 1917
- 403TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: ESTÁNDARES DIGITALES EN LA INFORMÁTICA MÉDICA QUE INTERVIENEN Y FACILITAN LA INTEROPERABILIDAD EN EL PROCESO SANITARIO.**
ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS 1923
- 404TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: PRINCIPALES ESTÁNDARES DIGITALES UTILIZADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS 1927
- 405TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: OPCIONES DE TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES CON NUEVAS HERRAMIENTAS SOFTWARE Y DE COMUNICACIÓN A PARTIR DEL BIG DATA**
ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS 1933
- 406FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA, JESÚS GARCÍA BARRANCO, ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 1937
- 407FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA, JESÚS GARCÍA BARRANCO, ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 1941
- 408FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LAS UNIDADES O PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA, JESÚS GARCÍA BARRANCO, ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS Y ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS 1945

- 409 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA MEDICACIÓN VÍA ELECTRÓNICA.**
 ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ, PILAR
 GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS
- 410 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA SECRETARÍA DE PLANTA.**
 ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ, PILAR
 GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS
- 411 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS GESTIONES QUE REALIZA EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.**
 ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ, PILAR
 GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS
- 412 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA**
 ANDREA ARENAS VILLALTA, SALUD CANO LOPEZ, MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA Y ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES 1961
- 413 RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVO**
 ANDREA ARENAS VILLALTA, SALUD CANO LOPEZ, MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA Y ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES 1965
- 414 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES QUE PUEDE SUFRIR EN UN CENTRO SANITARIO**
 ANDREA ARENAS VILLALTA, SALUD CANO LOPEZ, MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA Y ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES 1971
- 415 SALUD AMBIENTAL**
 IZASKUN LOPEZ REDONDO 1975

- 416 INFORMACION, COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO
DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A.**
MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ, ISABEL CATALINA LOPEZ
VIEDMA, SONIA PARRILLA ARENAS, MARÍA PILAR MARTÍNEZ
HERNÁNDEZ Y MANUEL VEGAS RAMOS 1979
- 417 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL MONTOYA,
ALICIA CAÑADAS RIVAS, MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ
GONZALEZ Y RAQUEL GARCIA ALFARO 1983
- 418 EL CELADOR Y SU PAPEL ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO**
M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ
MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ AMORAGA, ISABEL GALLARDO
ALÍA Y CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO 1987
- 419 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE FARMACIA**
M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ
MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ AMORAGA, ISABEL GALLARDO
ALÍA Y CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO 1991
- 420 EL CELADOR EN CONSULTAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ
MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ AMORAGA, ISABEL GALLARDO
ALÍA Y CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO 1995
- 421 ALCANZAR LA EXCELENCIA PROFESIONAL POR EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL MONTOYA,
ALICIA CAÑADAS RIVAS, MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ
GONZALEZ Y RAQUEL GARCIA ALFARO 1999
- 422 LA ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA EN LOS CENTROS
SANITARIOS**
ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL MONTOYA,
ALICIA CAÑADAS RIVAS, MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ
GONZALEZ Y RAQUEL GARCIA ALFARO 2005

- 423**LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
WILLIAMS CORDOVES CUEVAS, RAUL VALERO GOMEZ Y AMPARO TIRADO GALLEG0
2009
- 424**EL CELADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**
ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ, MARIA SATUE GABALDON, ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA
2015
- 425**CELADOR: CONOCIMIENTO DE LAS POSTURAS DE MOVILIZACIÓN**
CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ
2019
- 426**FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**
ROSARIO MORENO GALLETERO, ISABEL ARNEDO ALCAUT, ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA LUISA LARA MUÑOZ Y MARIA DOLORES HURTADO MOYA
2023
- 427**SEGURIDAD LÓGICA EN EL TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA ANTONIA ANTUÑA SUÁREZ
2027
- 428**LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA ANTONIA ANTUÑA SUÁREZ
2031
- 429**FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA, PARA LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRESENCIAL**
ROSARIO MORENO GALLETERO, ISABEL ARNEDO ALCAUT, ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA DOLORES HURTADO MOYA Y MARIA LUISA LARA MUÑOZ
2035

- 430DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN LOS AUXILIARES
ADMINISTRATIVOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA TARJETA
SANITARIA PARA EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR.**
ROSARIO MORENO GALLETERO, ISABEL ARNEDO ALCAUT,
ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA DOLORES HURTADO MOYA Y
MARIA LUISA LARA MUÑOZ 2041
- 431EL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
MIGUEL ÁNGEL ALCAIDE MOTA 2045
- 432EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TARJETA SANITARIA PARA
EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR**
MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL GARCIA
MARTINEZ, ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA, SONIA PARRILLA
ARENAS Y MANUEL VEGAS RAMOS 2049
- 433RIESGOS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN TU PUESTO DE
TRABAJO COMO CELADOR**
RAUL VALERO GOMEZ, AMPARO TIRADO GALLEGO Y WILLIAMS
CORDOVES CUEVAS 2053
- 434INNOVACIONES EN LA COCINA HOSPITALARIA Y LAS
PREPARACIONES DE COMIDA POR EL COCINERO DE HOSPITAL.**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, ISABEL SAUCEDO MOLINA,
ABEL DEL AMO UTRILLA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA Y MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO 2059
- 435LA PROMOCIÓN DE UNA ALIMENTACIÓN SOSTENIBLE POR
PARTE DEL COCINERO DE HOSPITAL.**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, ISABEL SAUCEDO MOLINA,
ABEL DEL AMO UTRILLA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA Y MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO 2063
- 436ADAPTACIÓN DE LAS COMIDAS DE HOSPITAL A DIFERENTES
GRUPOS DE EDAD REALIZADOS POR EL COCINERO DE HOSPITAL**
MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN, ISABEL SAUCEDO MOLINA,
ABEL DEL AMO UTRILLA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA Y MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO 2067

- 437**LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN
INTERDEPARTAMENTAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
ÁREA DE EMERGENCIAS**
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO,
YOLANDA JIMENEZ CARMONA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 2071
- 438**EL EQUIPO PROFESIONAL DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA.
FUNCIONES DEL CELADOR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**
MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO
GALAFATE, PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO, GEMA SORIA
LOZANO Y MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA 2075
- 439**EL CELADOR Y SU ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO**
MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO
GALAFATE, PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO, GEMA SORIA
LOZANO Y MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA 2079
- 440**LAS FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE LOS TRASLADOS EN
EL CENTRO SANITARIO**
PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO, GEMA SORIA LOZANO,
MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA, MARÍA DOLORES GARCÍA
GALAFATE Y ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE 2083
- 441**EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL**
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, MARÍA CERRO GARCÍA Y
JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO 2087
- 442**EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS
FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE UN
HOSPITAL**
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO, MARÍA CERRO
GARCÍA Y CARLOS MARTÍNEZ DOLZ 2091

- 443LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS**
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, MARÍA CERRO GARCÍA Y
JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO 2095
- 444LOS DISTINTOS MEDIOS DE TRASLADO DEL PACIENTE Y SU
MANEJO POR EL CELADOR**
MARTIN ROMERO ANDUJAR, ELENA ROMERO ANDUJAR, LIDIA
LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS Y MARIA
BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO 2099
- 445LAS DIFERENTES CLASES DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
TRASLADADAS POR EL CELADOR**
MARTIN ROMERO ANDUJAR, ELENA ROMERO ANDUJAR, LIDIA
LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS Y MARIA
BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO 2103
- 446TRASLADOS DE MATERIAL Y APARATOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS POR EL CELADOR**
MARTIN ROMERO ANDUJAR, ELENA ROMERO ANDUJAR, LIDIA
LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS Y MARIA
BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO 2107
- 447FUNCIONES DE CELADOR EN MATERNIDAD Y PARITORIO**
PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ, MARIA
LOZANO PEREZ, ANTONIO GIL MORENO Y JORGEN DANERYS
PEGUERO MENDEZ 2111
- 448EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL ÁMBITO
SANITARIO Y EL CELADOR**
MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL,
CARLOS TORRES ATIENZA, JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO, CARLOS
ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ Y VÍCTOR DEL RIO MONTES 2115

- 449EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA POR DROGODEPENDENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS**
CARLOS TORRES ATIENZA, MANUEL SANTIAGO
SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, JAVIER GUTIÉRREZ
VELASCO, CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ Y VÍCTOR DEL
RIO MONTES 2119
- 450EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL.**
YOLANDA JIMENEZ CARMONA, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO,
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 2123
- 451EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIOS**
MARIA SATUE GABALDON, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ, ROSA
MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA
JOSÉ GONZÁLEZ VALERA 2127
- 452EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANOS**
IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ, MACARENA GARCÍA POVEDA,
MILAGROS SAIZ BELINCHON, SANDRA QUINTANILLA
BALLESTEROS Y ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO 2131
- 453PRINCIPALES FUNCIONES DE UN TELEFONISTA RECEPCIONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO, MAGDALENA SALAZAR
CANO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ 2135
- 454LA CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA**
LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO, YOLANDA JIMENEZ CARMONA,
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 2139

455	EL CELADOR Y SUS DIFERENTES COMETIDOS EN LA RECOGIDA DE RESIDUOS SANITARIOS VÍCTOR DEL RIO MONTES, MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, CARLOS TORRES ATIENZA, JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO Y CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ	2143
456	LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL POR PARTE DEL CELADOR MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN, MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO MARTIN Y SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ	2147
457	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN, MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO MARTIN Y SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ	2153
458	EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA GUARDIA Y VIGILANCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN, MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO MARTIN Y SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ	2157
459	EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL EN EL ARREGLO DE LA MAQUINARIA DE GASES MEDICINALES FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA Y JUAN GIJÓN MERCHAN	2161
460	EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA, CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ, ISMAEL GARCIA OCAÑA, AURORA ALMENDROS GARCÍA Y YOLANDA HUECAS HERAS	2165
461	EL ROL DEL DEL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA, YOLANDA HUECAS HERAS, AURORA ALMENDROS GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA Y CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ	2169

- 462 LAS FUNCIONES PRINCIPALES DEL MECÁNICO EN SISTEMAS DE VENTILACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO
GARCIA Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2173
- 463 FUNCIONES ESENCIALES DEL CELADOR EN EL MORTUORIO: CUIDADO Y RESPETO EN MOMENTOS DIFÍCILES**
JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA, AURORA ALMENDROS
GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, CRISTINA LUCÍA BRULL
RODRÍGUEZ Y YOLANDA HUECAS HERAS 2177
- 464 EL MECÁNICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO Y SU ACTUACIÓN ANTE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS**
FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO
GARCIA Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2181
- 465 LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CRISIS SANITARIA DEL COVID**
SONIA PARRILLA ARENAS, MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ,
ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA, MARÍA PILAR MARTÍNEZ
HERNÁNDEZ Y MANUEL VEGAS RAMOS 2185
- 466 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA**
JENIFER CONDE VALENCIA, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ,
MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO, MARÍA PAZ JIMÉNEZ
ROJAS Y LOURDES ANGEL ANGEL 2189
- 467 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS**
JENIFER CONDE VALENCIA, MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO,
MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ, LOURDES ANGEL ANGEL Y MARÍA
PAZ JIMÉNEZ ROJAS 2193

- 468EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO**
JENIFER CONDE VALENCIA, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ,
LOURDES ANGEL ANGEL, MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS Y MIGUEL
ÁNGEL CIFUENTES GALINDO 2197
- 469LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS LABORALES DEL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO**
BELEN LÓPEZ FERNÁNDEZ 2201
- 470EL PINCHE DE COCINA Y EL ENVASADO DENTRO DE UNA
COCINA HOSPITALARIA**
LAALIA ROUAB PIQUERAS, VICTOR SANTOS PLASENCIA, LUIS
FERNANDEZ-POLANCO MESAS, SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ
Y MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN 2207
- 471EL PINCHE Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE
ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, LAALIA ROUAB PIQUERAS,
MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN, VICTOR SANTOS PLASENCIA
Y LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS 2211
- 472EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU PAPEL EN LAS
DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**
MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS, VICTOR SANTOS PLASENCIA, LAALIA ROUAB PIQUERAS Y
SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ 2215
- 473¿CÓMO DEBE ACTUAR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE
PACIENTES EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA?**
ALVARO GRANADINO CHICA Y DAVID PRADILLO CARPIO 2219
- 474ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE MATERIALES
Y MUESTRAS EN EL QUIRÓFANO**
MARIA DEL MAR HERNÁN CHOQUE Y NATALIA BOLAÑOS
LOARCES 2223

- 475 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS DE URGENCIAS
NATALIA BOLAÑOS LOARCES Y MARIA DEL MAR HERNÁN
CHOQUE 2227
- 476 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE LAS URGENCIAS
PEDIÁTRICAS
ROBERTO VILLORA GÓMEZ Y MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS 2231
- 477 LAS TAREAS DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LAS
INYECCIONES INTRAVÍTREAS DEL SERVICIO DE
OFTALMOLOGÍA
MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS Y ROBERTO VILLORA GÓMEZ 2235
- 478 ¿QUÉ LABOR DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA PLANTA DE
UROLOGÍA?
JESUS PRADILLO CALCERRADA Y MANUEL JESÚS GRANADINO
CHICA 2239
- 479 ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE
OJOS?
MANUEL JESÚS GRANADINO CHICA Y JESUS PRADILLO
CALCERRADA 2243
- 480 EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DE
LAVANDERÍA
LORENA SEGUIDO PANTOJA, PABLO HERRERO POZUELO, ANA
BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON, DIANA CRISTINA GARZON
CORTES Y JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO 2247
- 481 EL CELADOR ANTE LA ACEPTACIÓN DE LA PÉRDIDA Y LA
MUERTE.
PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ, MARIA
LOZANO PEREZ, ANTONIO GIL MORENO Y JORGEN DANERYS
PEGUERO MENDEZ 2251

- 482 COMUNICACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO
SANITARIO DEL CELADOR**
JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO, DIANA CRISTINA GARZON
CORTES, LORENA SEGUIDO PANTOJA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ
IMBERNON Y PABLO HERRERO POZUELO 2255
- 483 PLANES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA: ACTUACIÓN DEL
CELADOR**
PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ, MARIA
LOZANO PEREZ, ANTONIO GIL MORENO Y JORGEN DANERYS
PEGUERO MENDEZ 2259
- 484 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DE LA
CAMILLA A LA CAMA**
ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO, MACARENA GARCÍA POVEDA,
MILAGROS SAIZ BELINCHON, SANDRA QUINTANILLA
BALLESTEROS Y IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ 2263
- 485 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL
LABORATORIO**
ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARI CARMEN CORCOLES
MOROTE Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 2267
- 486 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE INFECCIOSO
HOSPITALIZADO**
ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARI CARMEN CORCOLES
MOROTE Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 2271
- 487 FUNCIONES DEL CELADOR EN LAVANDERÍA Y
CARACTERÍSTICAS DE ESTE SERVICIO**
ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARI CARMEN CORCOLES
MOROTE Y MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA 2275
- 488 EL EMPLEO Y LA CARGA MENTAL**
ISRAEL LINARES BAO 2279

489	CONDUCTAS ANTISOCIALES EN CENTROS HOSPITALARIOS ISRAEL LINARES BAO	2283
490	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS MARIA ISABEL RICHART MELLADO, MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, RAQUEL ISIDORO CARMONA, SONIA CORONADO RUBIO Y CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ	2287
491	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD MARIA ISABEL RICHART MELLADO, CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, SONIA CORONADO RUBIO, RAQUEL ISIDORO CARMONA Y MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA	2291
492	TURNOS DE TRABAJO Y TRABAJO NOCTURNO ISRAEL LINARES BAO	2295
493	COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS MARIA ISABEL RICHART MELLADO, CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, SONIA CORONADO RUBIO, RAQUEL ISIDORO CARMONA Y MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA	2299
494	LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN PSIQUIATRÍA: MODO DE ACTUAR ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL MÓNICA MÉNDEZ IBIAS	2303
495	EL PAPEL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INTERVENCIONES EXITOSAS GLORIA MARTINEZ ASIN Y MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ	2307
496	EL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS MILAGROS SAIZ BELINCHON, MACARENA GARCÍA POVEDA, ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO, SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS Y IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ	2313

497	FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO, KEVIN PEREZ MARTIN, FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS	2317
498	FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA DE PEDIATRÍA INFANTIL. BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO, KEVIN PEREZ MARTIN, FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS	2321
499	EL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON BALA DE OXÍGENO BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO, KEVIN PEREZ MARTIN, FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO Y JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS	2325
500	SERVICIO DE HEMODIÁLISIS. LAS FUNCIONES DEL GRUPO DE CELADORES PABLO HERRERO POZUELO, LORENA SEGUIDO PANTOJA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON, DIANA CRISTINA GARZON CORTES Y JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO	2329
501	LA FUNCIÓN DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO	2333
502	EL EMPLEO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ, EVANGELINA SUAREZ GARCIA, SANDRA PEREIRA GARCÍA Y LORENA ARECES FERNÁNDEZ	2339
503	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS NAZARET LÓPEZ GARCIA	2343

- 504 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE POST-CIRUGÍA**
ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ
SIMÓN, ALBA MORALES RUIZ, PEDRO MANUEL CASERO
FERNANDEZ Y DIANA PADURARU 2349
- 505 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y REPARTO DE CORREO**
ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ
SIMÓN, DIANA PADURARU, PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ
Y ALBA MORALES RUIZ 2353
- 506 EL CELADOR DE UN HOSPITAL Y SU SERVICIO EN EL ALMACÉN**
ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ
SIMÓN, ALBA MORALES RUIZ, PEDRO MANUEL CASERO
FERNANDEZ Y DIANA PADURARU 2357
- 507 EL TELEFONISTA QUE TRABAJA EN UN CENTRO SANITARIO ,
PRINCIPALES SISTEMAS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD DE LAS
CENTRALITAS**
MAGDALENA SALAZAR CANO, MARIA DEL CARMEN ALONSO
ROMERO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ 2361
- 508 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA
HOSPITALARIA.**
MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA, PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO,
AZAHARA JÁVEGA PALENCIA, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ Y
LAURA CABELLO DE LA ROSA 2365
- 509 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
DEPARTAMENTO DE PERSONAL HOSPITALARIO.**
MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA, AZAHARA JÁVEGA PALENCIA,
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, LAURA CABELLO DE LA ROSA Y
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO 2369
- 510 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO
DE SUMINISTROS Y ALMACÉN HOSPITALARIO**
MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA, AZAHARA JÁVEGA PALENCIA,
LAURA CABELLO DE LA ROSA, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ Y
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO 2373

- 511 EL PINCHE DE COCINA Y SUS FUNCIONES EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. REVISION BIBLIOGRÁFICA**
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO, MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS Y BLANCA DÍAZ ZAMORA 2379
- 512 LOS ALIMENTOS DE QUINTA GAMA DE UNA COCINA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO, MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS Y BLANCA DÍAZ ZAMORA 2383
- 513 EL PINCHE DE COCINA Y LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN COCINAS HOSPITALARIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO, MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS Y BLANCA DÍAZ ZAMORA 2387
- 514 LAS ETAPAS DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA ZONA LIMPIA Y LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL**
MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO ALBA, KAROL FERNANDA TORRES OMEN Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA 2391
- 515 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JOSEFA ANDRÉS PARRA, AITOR LISA ALMANSA, CARLOS MARTINEZ CORCOLES, ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2395
- 516 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA**
JOSEFA ANDRÉS PARRA, JUAN GIJÓN MERCHAN, AITOR LISA ALMANSA, CARLOS MARTINEZ CORCOLES Y ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ 2399

517	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL GIMNASIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN JOSEFA ANDRÉS PARRA, ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, CARLOS MARTINEZ CORCOLES, JUAN GIJÓN MERCHAN Y AITOR LISA ALMANSA	2403
518	AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS CÉSAR PÉREZ ÁLVAREZ	2407
519	EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO ALBA, KAROL FERNANDA TORRES OMEN, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA Y MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ	2411
520	EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS TIPOS DE MÁQUINAS DE LAVANDERÍA JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO ALBA, KAROL FERNANDA TORRES OMEN, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ Y MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA	2415
521	LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO YOLANDA CAMPOS ALVAREZ	2419
522	POLÍTICAS DE IGUALDAD EN SANIDAD YOLANDA CAMPOS ALVAREZ	2423
523	MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CARMEN OLMOS PEINADO, SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ Y PIEDAD GARCÍA LEON	2427
524	EL TRABAJADOR EN LA ZONA LIMPIA POR LA PLANCHADORA DE LOS HOSPITALES CARMEN OLMOS PEINADO, SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ Y PIEDAD GARCÍA LEON	2431

- 525 PROCESOS DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO EN LOS CENTROS DE PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, PIEDAD GARCÍA LEON Y CARMEN OLMOS PEINADO 2435
- 526 TRABAJO SOCIAL Y MENORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL**
MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y GLORIA MARTINEZ ASIN 2439
- 527 EL TRABAJO SOCIAL ANTE: LA ADOPCIÓN Y EL ACOGIMIENTO DE MENORES**
MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y GLORIA MARTINEZ ASIN 2443
- 528 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA, JAIME MERINO HERVAS, MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO Y REBECA GONZÁLEZ MARTÍN 2447
- 529 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALIZACIÓN**
ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA, REBECA GONZÁLEZ MARTÍN, MERCEDES LATORRE DELGADO, MIRIAN GARCIA GARCIA Y JAIME MERINO HERVAS 2451
- 530 LA RELEVANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL ENTORNO LABORAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD**
ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA, MERCEDES LATORRE DELGADO, REBECA GONZÁLEZ MARTÍN, MIRIAN GARCIA GARCIA Y JAIME MERINO HERVAS 2455
- 531 LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LARA PUÑAL RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL, VANESA RODRÍGUEZ ELENA Y MARISA HIGUERUELA MARTINEZ 2459

- 532 EL ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN LA FACTURACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES, MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR Y MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA 2463
- 533 EL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES: COMPETENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES, MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR Y MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA 2467
- 534 EL ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES, MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR Y MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA 2471
- 535 EL ÁREA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TRABAJO DEL CELADOR**
INMACULADA CARO CORDERO, SERGIO RUBIO PLANCHAS, CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA Y IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA 2475
- 536 EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA Y EL TRABAJO DEL CELADOR**
INMACULADA CARO CORDERO, IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA, MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO Y SERGIO RUBIO PLANCHAS 2479
- 537 EL TRASLADO DE LOS PACIENTES QUE SUFREN PARKINSON POR PARTE DEL CELADOR SANITARIO**
INMACULADA CARO CORDERO, CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, SERGIO RUBIO PLANCHAS, IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA Y MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA 2483

- 538 LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA RENAL**
CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ
ALCANTUD, SANDRA GARCÍA MONTILLA, CARLOS MARTÍNEZ
AGUSTÍN Y ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO 2489
- 539 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL PERIODO DE PANDEMIA**
CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ
ALCANTUD, SANDRA GARCÍA MONTILLA, CARLOS MARTÍNEZ
AGUSTÍN Y ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO 2493
- 540 EL CELADOR, TÉCNICAS DE DECÚBITO LATERAL Y COLOCACIÓN DE ALMOHADAS EN EL PACIENTE INGRESADO**
SANDRA GARCÍA MONTILLA, CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN,
ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA
JALDO Y JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD 2497
- 541 EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, DOLORES
MOROTE BONIFACIO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA Y ALEJANDRO
MARÍN FERNANDEZ 2501
- 542 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LOS ACOMPAÑANTES**
SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS,
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO, ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS
HERAS Y BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR 2505
- 543 EL CELADOR Y LOS DISTINTOS MEDIOS DE TRASLADO DEL PACIENTE**
SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS,
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO, ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS
HERAS Y BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR 2509
- 544 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA**
SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS,
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO, ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS
HERAS Y BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR 2513

- 545EL CELADOR DENTRO DE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MATERNIDAD**
LUIS NAVARRO DE LA VEGA, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, DOLORES MOROTE BONIFACIO Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ 2517
- 546ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE NEONATOLOGÍA**
JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, DOLORES MOROTE BONIFACIO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ 2521
- 547HERRAMIENTAS Y SOFTWARE UTILIZADOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
ARANZAZU FERNÁNDEZ GARCÍA 2525
- 548EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARISA HIGUERUELA MARTINEZ, LARA PUÑAL RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL Y VANESA RODRÍGUEZ ELENA 2529
- 549EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU APORTACIÓN A LA DIGITALIZACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, LARA PUÑAL RODRIGUEZ, MARTA SANTANA GIL, VANESA RODRÍGUEZ ELENA Y MARISA HIGUERUELA MARTINEZ 2533
- 550PREPARACIÓN Y FORMACIÓN DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO**
MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO Y MAGDALENA SALAZAR CANO 2537
- 551LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. LA FUNCIÓN DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO**
MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO 2541

- 552 LUMBOCIÁTICA: INCIDENCIA ENTRE EL COLECTIVO DE LOS CELADORES**
LIDIA MIGUEL VEGA, ALBA MARTÍN GARCÍA, JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES Y MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ 2545
- 553 TELEFONISTA EN SANIDAD: BARRERAS Y FALLOS EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO**
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO 2549
- 554 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS**
ALBA MARTÍN GARCÍA, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES, MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, LIDIA MIGUEL VEGA Y JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS 2553
- 555 EL CELADOR EN EL GIMNASIO DEL AREA DE REHABILITACIÓN.**
IÑAKI TORREJON ALIRANGUES, MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS, LIDIA MIGUEL VEGA Y ALBA MARTÍN GARCÍA 2557
- 556 COMPROMISO AMBIENTAL POR PARTE DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
JOSE IVAN VALDES NUÑEZ 2561
- 557 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS**
PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2565
- 558 FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN CENTROS HOSPITALARIOS**
VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ Y PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN 2569

- 559 FUNCIONES DEL CELADOR FRENTE A UN PACIENTE TERMINAL**
VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, NEREA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR
MARTIN BUITRAGO DIAZ Y PABLO FERNANDEZ PANIAGUA
GALAN 2573
- 560 LUZ DE GAS ABUSO PSICOLÓGICO SUTIL**
EVA MARIA PULIDO VIDAL 2577
- 561 TELEFONISTA EN SANIDAD: NOCIONES BÁSICAS EN
INFORMÁTICA: PRUEBA DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS**
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA
CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO 2581
- 562 FUNCIONES DEL CELADOR EN REHABILITACIÓN**
ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ, MARIA SATUE GABALDON, ROSA
MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA
JOSÉ GONZÁLEZ VALERA 2585
- 563 GOBERNANTA/E EN SANIDAD: CALIDAD EN EL SERVICIO DE
COCINA: TABLAS DE NUTRIENTES DE LOS ALIMENTOS**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO, JOSE MARÍA
CASARRUBIOS MAROTO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO
CALATAYUD 2589
- 564 VIOLENCIA DE GÉNERO VERSUS VIOLENCIA DOMÉSTICA: EL
DEBATE EN LA ACTUALIDAD.**
EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ, LUCIA FIDALGO MIGOYA, JAVIER
SUÁREZ GONZÁLEZ Y MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR 2593
- 565 EL CELADOR, INFECCIONES NOSOCOMIALES: FASES Y
EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD**
MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO 2597
- 566 LAS INMOVILIZACIONES REALIZADAS POR EL CELADOR POR
SUJECCIÓN MECÁNICA**
MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN, VICTOR MARTIN SILVA
CARRASCO, VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, CLAUDIA PATRICIA
REALES GELVES Y JULIO SÁNCHEZ SERRANO 2601

567	LOS CONOCIMIENTOS DEL CELADOR ACERCA DE LA MOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN, VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO, VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES Y JULIO SÁNCHEZ SERRANO	2605
568	FUNCIONES DEL CELADOR: ATENCIÓN EN PSIQUIATRÍA. MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN, VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO, VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES Y JULIO SÁNCHEZ SERRANO	2609
569	PLANES DE EMERGENCIA Y EVALUACION DE RIEGOS NURIA CASTIELLO FERNÁNDEZ	2613
570	EL CELADOR EN QUIRÓFANO RICARDO BRENES SAUCEDA, MARIA TERESA GARCIA RODRIGO Y ANTONIO BRENES SAUCEDA	2617
571	EL CELADOR EN LA UNIDAD CARDÍACA RICARDO BRENES SAUCEDA, MARIA TERESA GARCIA RODRIGO Y ANTONIO BRENES SAUCEDA	2621
572	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: RÉGIMEN DISCIPLINARIO NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, MIRIAM MEGÍAS RUÍZ, GONZALO RUÍZ GARCÍA Y PATRICIA RUÍZ GARCÍA	2625
573	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: PRINCIPALES FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA MIRIAM MEGÍAS RUÍZ, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, GONZALO RUÍZ GARCÍA Y PATRICIA RUÍZ GARCÍA	2629
574	FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA MARTA GÓMEZ MASERA Y ROCIO ANDRADE GUTIÉRREZ	2633
575	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT: FACTORES Y EFECTOS PATRICIA RUÍZ GARCÍA, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, GONZALO RUÍZ GARCÍA Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ	2637

576	EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL ASEO DEL PACIENTE ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN, AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES Y MARÍA JOSE ARROYO RIVERA	2641
577	EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES PRINCIPALES ANTE UNA EVACUACIÓN. AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES, MARÍA JOSE ARROYO RIVERA Y ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN	2645
578	EL CELADOR HOSPITALARIO: UTILLAJE Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES Y ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN	2649
579	EL PINCHE DE COCINA: MENÚS EN COCINA DE LÍNEA FRÍA EVA DÍAZ DÍAZ Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ	2653
580	LA SEPTICEMIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO MARTA PULIDO SÁNCHEZ, MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA Y VIRGINIA SERRANO BECERRA	2657
581	LA FERRITINA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO MARTA PULIDO SÁNCHEZ, MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA Y VIRGINIA SERRANO BECERRA	2661
582	MONONUCLEOSIS Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO MARTA PULIDO SÁNCHEZ, MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA Y VIRGINIA SERRANO BECERRA	2665
583	EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA VIA BILIAR Y EL TÉCNICO DE RAYOS JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, SONIA OVEJERO GALLO Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO	2669
584	EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA DACRIOCISTOGRAFÍA JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, SONIA OVEJERO GALLO Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO	2673

- 585EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA FISTULOGRAFÍA**
JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA, LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO
LEANDRO MAIZ SANTOS, SONIA OVEJERO GALLO Y ROSA ANA
GAMBIN LORENZO 2677
- 586LA COMPETENCIA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
LAVANDERÍA.**
DAVID MORENO GÓMEZ, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, DAVID MECINAS CASAS Y MANUEL PALACIOS
GARCÍA-CHINCHILLA 2681
- 587EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES**
DAVID MORENO GÓMEZ, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, DAVID MECINAS CASAS Y MANUEL PALACIOS
GARCÍA-CHINCHILLA 2685
- 588EL TELEFONISTA Y LAS COMUNICACIONES DE EMERGENCIA**
OLGA MARTÍNEZ ORTEGA, ELENA ORTEGA GOMEZ Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2689
- 589EL TELEFONISTA Y LA TELEFONÍA IP**
OLGA MARTÍNEZ ORTEGA, ELENA ORTEGA GOMEZ Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2693
- 590PRINCIPALES FUNCIONES DE LA CATEGORÍA TELEFONISTA EN
EL ÁMBITO SANITARIO**
OLGA MARTÍNEZ ORTEGA, ELENA ORTEGA GOMEZ Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2697
- 591LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO
SANITARIO.**
SOFÍA LAFUENTE MENÉNDEZ, AROA PELÁEZ CANO Y
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 2701
- 592EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
DAVID MORENO GÓMEZ, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, DAVID MECINAS CASAS Y MANUEL PALACIOS
GARCÍA-CHINCHILLA 2705

- 593 **CÓMO AFECTA A LA COMUNICACIÓN LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
JOSE ANGEL PALACIO PRESA 2709
- 594 **FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA**
RUBÉN LÓPEZ PROPÍN, DAVID AGUERO OTERO Y JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO 2713
- 595 **UNA VISIÓN DETERMINANTE: DESGASTE FÍSICO Y EMOCIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (SECRETARIAS) EN CENTROS DE SALUD (HOSPITALES)**
MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ, ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA 2717
- 596 **MANTENIMIENTO DE LA CALEFACCIÓN EN EL ÁREA DE FARMACIA**
RUBÉN LÓPEZ PROPÍN, DAVID AGUERO OTERO Y JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO 2723
- 597 **FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN Y ALARMAS EN EL SISTEMA DE CALEFACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**
RUBÉN LÓPEZ PROPÍN, DAVID AGUERO OTERO Y JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO 2727
- 598 **UNA REALIDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO: PACIENTES CON RASGOS AGRESIVOS Y SU RELACIÓN “NO AFECTIVA” CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ, ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA 2731
- 599 **EL CELADOR Y SU LABOR EN EL SERVICIO DE ANIMALARIO**
DALILA CATALÁN CORDERO, CRISTINA TORRES ASENSIO Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 2737

- 600“ARMONÍA Y SALUD”: ASERTIVIDAD Y COHERENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (RRHH) Y LA SELECCIÓN DE PERSONAL**
ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ
Y MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA 2741
- 601EL CELADOR EN PLANTA DE PSIQUATRÍA: FASES DE LA CURVA DE HOSTILIDAD.**
DALILA CATALÁN CORDERO, CRISTINA TORRES ASENSIO Y
ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 2747
- 602EL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: TIPOS DE CONTENCIÓN**
DALILA CATALÁN CORDERO, CRISTINA TORRES ASENSIO Y
ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 2751
- 603LA IMPORTANCIA DEL USO DE GUANTES EN INSTITUCIONES DE SALUD: PREVENCIÓN DE RIESGOS**
ANA BELÉN PÉREZ GALLEGO, MERCEDES OLOJO, ANA DIAZ,
CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO Y ANDREA POMBO FERNÁNDEZ 2755
- 604FUNCIONES DEL CELADOR CON LA PACIENTE EMBARAZADA.**
ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ
CHIQUITO, MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ
FERNÁNDEZ Y FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ 2759
- 605EL CELADOR QUE DESEMPEÑA SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA HOSPITALARIA**
ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ
CHIQUITO, MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ
FERNÁNDEZ Y FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ 2763
- 606EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE PRIMARIA**
ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ
CHIQUITO, MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ
FERNÁNDEZ Y FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ 2767

- 607 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE
CRIBADO DE CÁNCER DE COLON**
AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ, MARÍA DEL
CARMEN GÓMEZ SORIANO Y JONATAN RUIZ MORALES 2771
- 608 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA**
AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ, MARÍA DEL
CARMEN GÓMEZ SORIANO Y JONATAN RUIZ MORALES 2775
- 609 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE
NEUROLOGÍA**
AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ, MARÍA DEL
CARMEN GÓMEZ SORIANO Y JONATAN RUIZ MORALES 2779
- 610 EL SERVICIO DEL CELADOR EN LAS AMBULANCIAS**
LOURDES VICENTE VALENCIA, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE,
MARA GARCIA GARRIDO, HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO Y
MAR BELDA MARCO 2783
- 611 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL**
LOURDES VICENTE VALENCIA, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE,
MARA GARCIA GARRIDO, HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO Y
MAR BELDA MARCO 2787
- 612 EL SERVICIO DE QUIRÓFANO Y FUNCIONES DE LOS CELADORES**
LOURDES VICENTE VALENCIA, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE,
MARA GARCIA GARRIDO, HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO Y
MAR BELDA MARCO 2791
- 613 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DEL NEONATO
PREMATURO.**
MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, ANA GÓMEZ SORIANO, JULIA
YUSTE GUTIÉRREZ, ESTEFANÍA MERINO CARMONA Y LORENA
CANO LOPEZ 2795

- 614 EL CELADOR EN LAS PUERTAS DE LAS INSTITUCIONES
SANITARIAS**
MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, JAVIER
FERNÁNDEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 2799
- 615 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE
NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO**
ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA, MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ Y
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL 2803
- 616 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE
UROLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO**
ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA, MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ Y
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL 2807
- 617 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE
TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO**
ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA, MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ Y
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL 2811
- 618 TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN CENTROS HOSPITALARIOS
COMO TÉCNICO ESPECIALISTA DE TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN**
ISMAEL CARRETERO AMORES 2817
- 619 SERVICIOS DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE**
MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, JAVIER
FERNÁNDEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 2821
- 620 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CITA PREVIA**
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA,
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ Y
MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO 2827

- 621 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA,
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ Y
MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO 2833
- 622 ATENCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES Y EXTRANJEROS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: EL ROL DEL ASISTENTE ADMINISTRATIVO**
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA,
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ Y
MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO 2839
- 623 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO**
JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ, LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR Y CASANDRA GONZALEZ FUENTES 2845
- 624 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO**
JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ, LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR Y CASANDRA GONZALEZ FUENTES 2851
- 625 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**
JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ, LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR Y CASANDRA GONZALEZ FUENTES 2857
- 626 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE LA SALUD MENTAL**
MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, EDITA CUETO GONZALEZ,
LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ Y EMILIA VIZCAYA LOPEZ 2861

- 627 CUIDADOS Y MANEJO DE UNA COLOSTOMÍA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA**
BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ,
GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO, PILAR BARQUERO LINDO Y
PAULA MORENO CIVANTOS 2871
- 628 CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA**
BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ,
GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO, PILAR BARQUERO LINDO Y
PAULA MORENO CIVANTOS 2877
- 629 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE TERMINAL Y DUELO**
BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ,
GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO, PILAR BARQUERO LINDO Y
PAULA MORENO CIVANTOS 2883
- 630 TAREA DEL CELADOR DE BOXES**
PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO 2889
- 631 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL PROTOCOLO INFARTO**
FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ, MARIA RAMIREZ BUITRAGO,
ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA, VIOLETA
CARRETERO RODRIGUEZ-REY Y MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ
BUITRAGO 2893
- 632 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL BOX DE URGENCIAS**
FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ, MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ
BUITRAGO, MARIA RAMIREZ BUITRAGO, ÁNGELA GÓMEZ DEL
MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA Y VIOLETA CARRETERO
RODRIGUEZ-REY 2899
- 633 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL LABORATORIO CLÍNICO**
FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ, MARIA RAMIREZ BUITRAGO,
ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA, VIOLETA
CARRETERO RODRIGUEZ-REY Y MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ
BUITRAGO 2903

- 634 LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN SALA DE AUTOPSIA**
MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, JAVIER
FERNÁNDEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 2907
- 635 LA GESTIÓN DE RESIDUOS BIOPELIGROSOS EN LA COCINA
HOSPITALARIA: RESPONSABILIDADES DEL PINCHE DE COCINA**
PATRICIA ROJAS MORENO, AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR,
MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE Y JAVIER MARTINEZ
VALIENTE 2913
- 636 LA FORMACIÓN CONTINUA DEL PINCHE DE COCINA EN LA
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR
ALIMENTOS**
AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR, MARÍA ANGELES
CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE Y PATRICIA
ROJAS MORENO 2919
- 637 EL DESAFÍO DE LA COCINA SALUDABLE: ESTRATEGIAS PARA EL
PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ
VALIENTE, PATRICIA ROJAS MORENO Y AGUSTÍN MIGUEL ACERO
DORADOR 2925
- 638 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA DE LA
COCINA HOSPITALARIA**
ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ, DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y
GEORGETA MIORITA BALAS 2931
- 639 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA ANTE LA RECEPCIÓN DE
MATERIAS PRIMAS EN LA COCINA**
ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ, DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y
GEORGETA MIORITA BALAS 2937
- 640 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE
LAS BANDEJAS DE COMIDA PARA LOS PACIENTES INGRESADOS**
ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ, DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y
GEORGETA MIORITA BALAS 2941

- 641 COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LA POBLACIÓN EXTRANJERA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO**
MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, EDITA CUETO GONZALEZ,
LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ Y EMILIA
VIZCAYA LOPEZ 2945
- 642 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS**
DAVID TERCERO BLANCO, ELENA SARRIA PEREA, MARTA
JIMENEZ LOPEZ, PATRICIA ALFARO ROA Y GRACIA SANCHEZ
SAEZ 2951
- 643 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE AL PACIENTE AGRESIVO**
DAVID TERCERO BLANCO, PATRICIA ALFARO ROA, GRACIA
SANCHEZ SAEZ, ELENA SARRIA PEREA Y MARTA JIMENEZ LOPEZ 2955
- 644 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIA**
DAVID TERCERO BLANCO, MARTA JIMENEZ LOPEZ, PATRICIA
ALFARO ROA, GRACIA SANCHEZ SAEZ Y ELENA SARRIA PEREA 2961
- 645 LA LIMPIEZA, SANITIZACIÓN Y DESINFECCIÓN**
YESICA FERNANDEZ RUBIO 2967
- 646 EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA DEL CÁLCULO DE LOS SEGUROS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL SESCOAM**
LAURA JERÓNIMO OLAYA, JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO
Y ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL 2971
- 647 EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA BOLSA DEL SESCOAM**
LAURA JERÓNIMO OLAYA, ANGEL MODESTO RODRIGUEZ
VILLASEVIL Y JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO 2975

- 648EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA SUSPENSIÓN ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL SANITARIO**
LAURA JERÓNIMO OLAYA, JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO Y ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL **2979**
- 649CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VASCULARES**
PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON, MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ Y FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS **2983**
- 650CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO (34-37 SEMANAS)**
PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON, MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ Y FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS **2989**
- 651CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN ETAPA CLIMATÉRICA**
PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON, MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ Y FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS **2995**
- 652EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL ESENCIAL PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD**
MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, EDITA CUETO GONZALEZ, LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ Y EMILIA VIZCAYA LOPEZ **3001**
- 653ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR SANITARIO**
PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS **3009**

Capítulo 1

ALTERNATIVAS PARA EL CONTROL DE LA MIOPIA

VANESA RIVERO GUTIERREZ

1 Introducción

La miopía es un defecto refractivo, que se produce cuando la forma del ojo, o la forma de determinadas partes del ojo, como la córnea o el cristalino, hace que los rayos de luz se desvíen (refracten) de forma incorrecta y se proyecten por delante de la retina.

Su corrección se realiza con lentes divergentes que desvían la imagen para hacerla llegar de forma correcta a la retina.

Es causa común de pérdida de agudeza visual, que si no es corregida con gafa, produce una disminución en la visión lejana.

Su incidencia se sitúa alrededor de un 30% de la población mundial.

Pero se prevé que un 50% de afectados en 2050 (10% mundial tendrá miopía alta), siendo la raza asiática la más afectada. Por lo tanto, estamos ante una epidemia mundial que emerge de forma progresiva y debemos atajar, ya que puede tener consecuencias nefastas para la visión.

Las principales complicaciones, sobre todo en miopías elevadas, serían cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina o degeneración macular miópica que pueden causar pérdida irreversible de la agudeza visual.

Entre los signos y síntomas de la miopía que se pueden ver en los niños encontramos:

- Necesidad de entrecerrar los ojos para ver con claridad
- Dolores de cabeza
- Fatiga ocular
- Parpadear mucho
- Frotarse los ojos con frecuencia
- Sentarse cerca de la televisión
- No distinguir objetos lejanos

2 Objetivos

- Determinar los factores de riesgos de la miopía en edad infantil con el fin de poder actuar sobre los que pudieran ser modificables.
- Dar a conocer los diferentes tratamientos a los oftalmólogos y médicos de familia o pediatras de área para poder ofrecérselos 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

Se establecen como factores de riesgo:

- ☑ Genética.
- ☑ Factores ambientales.
- ☑ Edad.
- ☑ Grado de miopía.
- ☑ Altos niveles de educación.
- ☑ Menor tiempo al aire libre.

Los antecedentes de uno o dos progenitores miopes multiplica el riesgo de padecer miopía en su descendencia, sobre si ambos están afectados.

Cuanto menor sea la edad del niño, más probabilidad de progresión de la miopía con el crecimiento, pudiendo presentar una miopía magna.

Se relacionan altos niveles educativos con un mayor grado de miopía, debido a un mayor trabajo de cerca con el esfuerzo acomodativo que implica y una disminución de las actividades al aire libre.

La privación de la luz natural induce una alteración en los niveles de dopamina que, a su vez, interfiere en la inhibición del crecimiento de la longitud axial ocular. En la actualidad, debido a la epidemia emergente, se han desarrollado nuevos tratamientos médicos y orto ópticos para enlentecer la evolución de la patología.

☒ Atropina.

☒ Orto-k.

☒ Lentes de contacto blandas multifocales.

☒ Lentes oftálmicas: tecnología DIMS y HALT.

Infra corregir la miopía en gafa es una medida controvertida, ya que diferentes estudios abogan porque dicha pauta disminuyó en pequeña medida la progresión de la miopía y otros determinan que carece de importancia en el tratamiento de la miopía.

El uso de colirio de Atropina se inició con el estudio ATOM-1 donde se administraba atropina al 1% vs. placebo a pacientes asiáticos con miopía. Los resultados aportaban una disminución de la miopía durante el tratamiento, pero un efecto rebote importante tras su suspensión. Motivo por el cual surgió el estudio ATOM 2 donde los niveles de atropina utilizados disminuyeron (atropina 0,5% vs. 0,1% vs. 0,01%) con el fin de evitar ese efecto rebote tras suspensión. Finalmente, se dictaminó que la concentración de 0.01% era la más idónea para el control de la miopía.

El estudio más reciente sobre la atropina hiperdiluida en colirio es el LAMP que utiliza concentraciones de atropina 0,05% vs. 0,025% vs. 0,01% y encuentra la de 0,05% como la más efectiva, y a la vez con un efecto rebote tolerable, y por ello la define como la idónea.

La ortoqueratología usa lentes de contacto rígido permeables al gas (RPG) de geometría inversa, para corregir:

Miopía hasta -6.00 dp.

Hipermetropía hasta +4.00 dp.

Astigmatismo hasta 4.00 dp.

Se utilizan por las noches y por el día, debido a las modificaciones que inducen en la córnea, permiten una buena agudeza visual con un ligero beneficio sobre el enlentecimiento de la miopía.

Las lentes multifocales para el control de la miopía se basan en anillos concéntricos. Un metaanálisis llevado a cabo de en 2022, formado por 7 estudios, donde se comparan lentes monofocales con multifocales en 805 niños de entre 6 y 18

años, concluye que una adición alta en las lentes es más efectiva en estabilizar el control de la miopía.

Y finalmente hablar de las lentes de diseño especial con las DIMS “Defocus Incorporated Multiple Segments” tanto en formato gafa como en lente de contacto. Constan de un doble foco que alterna zonas de desenfoque periférico y zonas de refracción. Dichas lentes se han demostrado ser eficaces en controlar tanto el equivalente esférico como el aumento de la longitud axial en miopes.

Otro tipo de tecnología usado en gafa es el HALT “Highly Aspherical Lenslet Targe” cuyo objetivo sería similar al de las lentes tipo DIMS.

Finalmente, recalcar que los tratamientos farmacológicos como la atropina se pueden combinar con tratamientos orto ópticos como las lentes multifocales, Orto K o de tecnología especial.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de esta patología, por su aumento exponencial en las últimas décadas y por las consecuencias nefastas asociada a la miopía elevada o miopía magna, han surgido diferentes estudios encaminados a determinar los factores de riesgo modificables. Entre ellos cabe destacar la importancia de la disminución de trabajo de cerca innecesario, tablets o móviles, así como la necesidad de 2 horas día del niño al aire libre.

La combinación de tratamientos para enlentecer/detener la evolución de la miopía puede ser una medida útil, pero cabe destacar que el tratamiento farmacológico con atropina hiperdiluida en concentraciones de 0,01 a 0,05% es la medida más efectiva seguida por las lentes de desenfoque periférico y las ortoK.

6 Bibliografía

Bao J, Yang A, Huang Y, Li X, Pan Y, Ding C, Lim EW, Zheng J, Spiegel DP, Drobe B, Lu F, Chen H. One-year myopia control efficacy of spectacle lenses with aspherical lenslets. *Br J Ophthalmol*. 2022 Aug;106(8):1171-1176.

Vasudevan, B., Esposito, C., Peterson, C., Coronado, C., & Ciuffreda, K. J. (2014). Under-correction of human myopia—is it myopigenic?: a retrospective analysis of clinical refraction data. *Journal of optometry*, 7(3), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.optom.2013.12.007>

Holden, B. A., Fricke, T. R., Wilson, D. A., Jong, M., Naidoo, K. S., Sankaridurg, P., Wong, T. Y., Naduvilath, T. J., & Resnikoff, S. (2016). Global Prevalence of Myopia

and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*, 123(5), 1036–1042. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.01.006>

Baird, P. N., Saw, S. M., Lanca, C., Guggenheim, J. A., Smith Iii, E. L., Zhou, X., Matsui, K. O., Wu, P. C., Sankaridurg, P., Chia, A., Rosman, M., Lamoureaux, E. L., Man, R., & He, M. (2020). Myopia. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 99. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00231-4>

Pärssinen, O., & Kauppinen, M. (2019). Risk factors for high myopia: a 22-year follow-up study from childhood to adulthood. *Acta ophthalmologica*, 97(5), 510–518. <https://doi.org/10.1111/aos.13964>

Pan, C. W., Ramamurthy, D., & Saw, S. M. (2012). Worldwide prevalence and risk factors for myopia. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 32(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2011.00884.x>

He, X., Sankaridurg, P., Wang, J., Chen, J., Naduvilath, T., He, M., Zhu, Z., Li, W., Morgan, I. G., Xiong, S., Zhu, J., Zou, H., Rose, K. A., Zhang, B., Weng, R., Resnikoff, S., & Xu, X. (2022). Time Outdoors in Reducing Myopia: A School-Based Cluster Randomized Trial with Objective Monitoring of Outdoor Time and Light Intensity. *Ophthalmology*, 129(11), 1245–1254. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2022.06.024>

Morgan, I. G., French, A. N., Ashby, R. S., Guo, X., Ding, X., He, M., & Rose, K. A. (2018). The epidemics of myopia: Aetiology and prevention. *Progress in retinal and eye research*, 62, 134–149. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2017.09.004>

Fu, T., Xiang, Y., & Wang, J. M. (2023). Progression of myopia among undergraduate students in central China. *International journal of ophthalmology*, 16(2), 274–279. <https://doi.org/10.18240/ijo.2023.02.15>

Li, F. F., & Yam, J. C. (2019). Low-Concentration Atropine Eye Drops for Myopia Progression. *Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.)*, 8(5), 360–365. <https://doi.org/10.1097/APO.0000000000000256>

Chia, A., Lu, Q. S., & Tan, D. (2016). Five-Year Clinical Trial on Atropine for the Treatment of Myopia 2: Myopia Control with Atropine 0.01% Eyedrops. *Ophthalmology*, 123(2), 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.07.004>

Yam, J. C., Li, F. F., Zhang, X., Tang, S. M., Yip, B. H. K., Kam, K. W., Ko, S. T., Young, A. L., Tham, C. C., Chen, L. J., & Pang, C. P. (2020). Two-Year Clinical Trial of the Low-Concentration Atropine for Myopia Progression (LAMP) Study: Phase 2 Report. *Ophthalmology*, 127(7), 910–919. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2019.12.011>

Cho, P., & Cheung, S. W. (2012). Retardation of myopia in Orthokeratology (ROMIO) study: a 2-year randomized clinical trial. *Investigative ophthalmology*

& visual science, 53(11), 7077–7085. <https://doi.org/10.1167/iovs.12-10565>

Yu, Z., Zhong, A., Zhao, X., Li, D., & Duan, J. (2022). Efficacy and Safety of Different Add Power Soft Contact Lenses on Myopia Progression in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ophthalmic research*, 65(4), 398–416. <https://doi.org/10.1159/000523675>

Ruiz-Pomeda, A., & Villa-Collar, C. (2020). Slowing the Progression of Myopia in Children with the MiSight Contact Lens: A Narrative Review of the Evidence. *Ophthalmology and therapy*, 9(4), 783–795. <https://doi.org/10.1007/s40123-020-00298-y>

Chamberlain, P., Peixoto-de-Matos, S. C., Logan, N. S., Ngo, C., Jones, D., & Young, G. (2019). A 3-year Randomized Clinical Trial of MiSight Lenses for Myopia Control. *Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry*, 96(8), 556–567. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000001410>

Ruiz-Pomeda, A., Pérez-Sánchez, B., Valls, I., Prieto-Garrido, F. L., Gutiérrez-Ortega, R., & Villa-Collar, C. (2018). MiSight Assessment Study Spain (MASS). A 2-year randomized clinical trial. *Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie*, 256(5), 1011–1021. <https://doi.org/10.1007/s00417-018-3906-z>

Lam, C. S. Y., Tang, W. C., Tse, D. Y., Lee, R. P. K., Chun, R. K. M., Hasegawa, K., Qi, H., Hatanaka, T., & To, C. H. (2020). Defocus Incorporated Multiple Segments (DIMS) spectacle lenses slow myopia progression: a 2-year randomised clinical trial. *The British journal of ophthalmology*, 104(3), 363–368. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2018-313739>

Tan, Q., Ng, A. L., Choy, B. N., Cheng, G. P., Woo, V. C., & Cho, P. (2020). One-year results of 0.01% atropine with orthokeratology (AOK) study: a randomised clinical trial. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 40(5), 557–566. <https://doi.org/10.1111/opo.12722>

Jones, J. H., Mutti, D. O., Jones-Jordan, L. A., & Walline, J. J. (2022). Effect of Combining 0.01% Atropine with Soft Multifocal Contact Lenses on Myopia Progression in Children. *Optometry and vision science : official publication of the American Academy of Optometry*, 99(5), 434–442. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000001884>

Capítulo 2

¿ES LA HIPERTENSIÓN PORTAL UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL HEPATOCARCINOMA?

ROCÍO FORNEIRO PÉREZ

CELIA CABRERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El hepatocarcinoma (CHC) es el tumor primario más frecuente del hígado. Existen diferentes tipos de tratamiento según el estadio de la enfermedad en el que nos encontremos. En este manuscrito vamos a centrarnos en explicar las opciones quirúrgicas, sobre todo en el caso de un hígado cirrótico con hipertensión portal. La última actualización del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) publicada en 2022, divide a la enfermedad en cinco estadios: 0, A, B, C y D1.

Es primordial tener en mente que toda cirugía debe conseguir una resección oncológica, dejando siempre un remanente hepático suficiente para no producir un fallo hepático.

Antes de indicar un tratamiento quirúrgico, debe tenerse en cuenta la presencia de hipertensión portal (HTP), la cual puede ser conocida mediante medidas directas a través del gradiente de presión de venas suprahepáticas (HVPG) y medidas indirectas (número de plaquetas menor a 100.000, presencia de varices esofágicas, presencia de esplenomegalia y la fibrosis hepática).

El gradiente de presión de venas suprahepáticas es la mejor opción para estimar riesgo de presencia de HTP, ya que se logra una medición más precisa. Además, no podemos confiar solo en los criterios indirectos, pues las varices se forman

con presión portal ≥ 10 mmHg, suficientes para diagnosticar hipertensión portal clínicamente significativa (CSPH), pero solo las plaquetas y el tamaño del bazo no son suficientemente precisos para descartarla, porque únicamente están presentes en el 60% de los casos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explicar las diferentes opciones quirúrgicas del hepatocarcinoma asentado sobre un hígado cirrótico en caso de la presencia de hipertensión portal.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de la literatura actual, recopilando información en las principales bases de datos como Pubmed, para conocer las posibilidades quirúrgicas de un hepatocarcinoma asentado sobre un hígado cirrótico en presencia de hipertensión portal clínicamente significativa. De este modo, se muestran además las posibles complicaciones postoperatorias y su incidencia.

4 Resultados

Con CSPH, la mortalidad a 90 días alcanza el 6%, aumenta el riesgo de éxitus a 3 y 5 años (odds ratio [OR] 2.09 y 2.07, $p < 0.001$) y aumenta el riesgo de descompensación hepática (OR 3, $p < 0.001$), las complicaciones postcirugía alcanzan el 67% disminuyendo claramente si se realiza la cirugía por vía laparoscópica (2,3).

Otro estudio (4), identificó posibles factores predictores de riesgo de DESCOMPENSACION HEPÁTICA tras la cirugía:

1. Presencia de HTP (OR = 2.9, $p < 0.01$)
2. Hepatectomía mayor con y sin HTP (OR = 2.7, $p < 0.001$)
3. Model for End-stage Liver Disease (MELD) mayor a 9 (OR = 1.8, $p < 0.001$)
4. Cirugía abierta (OR = 8.7, $p = 0.03$)
5. Aumento preoperatorio de los niveles séricos de albúmina total ($p = 0.02$)

Por ello, la hipertensión portal ya no debe ser considerada contraindicación para la cirugía laparoscópica.

A mayores, existen dos publicaciones recientes que compararon la cirugía abierta versus laparoscópica, corroborando que esta última presentaba mejores resultados (5,6):

- ☒ Mortalidad: un descenso del 16-26% en CHC y cirróticos, $p=0.01$
- ☒ Tiempo quirúrgico: - 26 min
- ☒ Menos complicaciones postoperatorias (OR 0.49, $p<0.001$)
- ☒ Mayores 26.7% abierta frente al 7.3% laparoscopia ($p = 0.01$)
- ☒ Menor estancia hospitalaria (-3 días, $p<0.001$)
- ☒ Similares resultados oncológicos $p=0.18$.
- ☒ Misma supervivencia a 1-3-5 años (91%-80%-75%, $p=0,06$)

A parte, otro estudio (7) destacó las mejoras técnicas de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta con disminución de las adherencias, menor movilización del hígado (disminuye la salida de células madre del cáncer e interleucinas inflamatorias), menor disrupción de circulación colateral pared abdominal y flujo linfático y una mayor preservación de vasos colaterales perihepáticos. Todo ello conduciendo a una menor tasa de fallo hepático y menos ascitis de difícil control.

5 Discusión-Conclusión

El predecir y adelantarse a las complicaciones quirúrgicas, siempre ha sido un tema sustancial a tener en cuenta. Por ello, recientemente han surgido dos modelos de predicción de complicaciones tras la cirugía en pacientes con hepatocarcinoma. Uno de ellos, fue publicado por Serenari et al. en 2020 (8), consistiendo en un nomograma de predicción de complicaciones severas que emplea la albúmina, la rigidez hepática medida mediante fibroScan, la edad y el MELD. Cada ítem tiene una puntuación que a posteriori se suman, dando una puntuación total que se corresponde con una probabilidad determinada de padecer complicaciones severas en el postoperatorio.

Al siguiente año, Marasco et al. (9), evaluaron el valor diagnóstico del grado albúmina - bilirrubina (ALBI) para predecir el fallo hepático en pacientes con CHC que eran sometidos a resección hepática. Llegaron a la conclusión de que los individuos con grados ALBI de 2 y 3 mostraron mayores tasas de fallo hepático en comparación con los pacientes con grado ALBI 1.

Para terminar, añadimos las siguientes conclusiones del presente capítulo:

- Hipertensión portal no es contraindicación de cirugía.
- Pacientes con cirrosis, CHC y HVPG ≥ 10 mmHg pueden operarse con aceptables buenos resultados.
- Investigar presencia de CSPH mediante HVPG

- Laparoscopia obtiene mejores resultados con menores complicaciones.

6 Bibliografía

1. Reig M, Forner A, Rimola J, Ferrer-Fàbrega J, Burrel M, Garcia-Criado Á, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update [Internet]. Vol. 76, *Journal of Hepatology*. 2022 [cited 2022 Dec 24]. p. 681–93. Available from: <https://doi.org/>
2. Berzigotti A, Reig M, Abraldes JG, Bosch J, Bruix J. Portal hypertension and the outcome of surgery for hepatocellular carcinoma in compensated cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Hepatology* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Aug 9];61(2):526–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25212123/>
3. Azoulay D, Ramos E, Casellas-Robert M, Salloum C, Lladó L, Nadler R, et al. Liver resection for hepatocellular carcinoma in patients with clinically significant portal hypertension. *JHEP Reports* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Aug 9];3(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33294830/>
4. Citterio D, Facciorusso A, Sposito C, Rota R, Bhoori S, Mazzaferro V. Hierarchic interaction of factors associated with liver decompensation after resection for hepatocellular carcinoma. *JAMA Surg* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2023 Aug 9];151(9):846–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27248425/>
5. Berardi G, Morise Z, Sposito C, Igarashi K, Panetta V, Simonelli I, et al. Development of a nomogram to predict outcome after liver resection for hepatocellular carcinoma in Child-Pugh B cirrhosis. *J Hepatol* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Aug 9];72(1):75–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499131/>
6. Kabir T, Tan ZZ, Syn NL, Wu E, Lin JD, Zhao JJ, et al. Laparoscopic versus open resection of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: Meta-Analysis [Internet]. Vol. 109, *British Journal of Surgery*. Br J Surg; 2022 [cited 2023 Aug 9]. p. 21–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34757385/>
7. Ivanics T, Claasen MP, Patel MS, Rajendran L, Shwaartz C, Raschzok N, et al. Long-term outcomes of laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma: A propensity score matched analysis of a high-volume North American center. *Surg (United States)* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2023 Aug 9];171(4):982–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34742570/>
8. Serenari M, Han KH, Ravaioli F, Kim SU, Cucchetti A, Han DH, et al. A nomogram based on liver stiffness predicts postoperative complications in patients with hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Aug 12];73(4):855–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32360997/>

9. Marasco G, Alemanni LV, Colecchia A, Festi D, Bazzoli F, Mazzella G, et al. Prognostic value of the albumin-bilirubin grade for the prediction of post-hepatectomy liver failure: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 10, Journal of Clinical Medicine. J Clin Med; 2021 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34066674/>

Capítulo 3

LA IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA

ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad ampliamente extendida y devastadora a nivel global, y España también se ve afectada por ella. Este problema impacta a muchas mujeres en esta nación, teniendo consecuencias importantes tanto en su salud como en su calidad de vida. La detección temprana es crucial en la lucha contra esta enfermedad, ya que contribuye a mejorar las tasas de supervivencia y reducir la carga de la enfermedad. Los programas para detectar el cáncer de mama juegan un papel esencial en este contexto, ya que proporcionan un enfoque estructurado y sistemático para identificar tempranamente tumores malignos.

El propósito de esta revisión sistemática es analizar la relevancia de los programas de detección de cáncer de mama en España. Con el objetivo de mejorar la detección temprana y, en consecuencia, el pronóstico de las mujeres afectadas, se han llevado a cabo programas de cribado de cáncer de mama en diferentes comunidades autónomas de España. Estos programas incluyen la realización regular de mamografías y, en ocasiones, la realización de estudios clínicos como la palpación mamaria.

La relevancia de esta revisión consiste en realizar una evaluación crítica acerca del efecto de estos programas en la detección temprana del cáncer de mama, así como en la participación de las mujeres y los resultados de salud en el contexto

de España. En las siguientes páginas, se analizarán datos y descubrimientos significativos que brindarán una comprensión más completa sobre la efectividad y los beneficios de estos programas en relación con la salud de las mujeres en España.

Esta revisión tiene como objetivo destacar la importancia de los programas de detección en la prevención y el tratamiento del cáncer de mama en España, ya que esta enfermedad representa una carga significativa para la sociedad y la salud pública. La información proporcionada en este estudio es de gran importancia para la toma de decisiones políticas y clínicas que buscan promover la salud de las mujeres y garantizar la detección temprana del cáncer de mama en el país examinando su impacto en la detección temprana, el tratamiento y los resultados de salud.

2 Objetivos

Esta revisión sistemática tiene como objetivo evaluar la importancia de los programas de detección de cáncer de mama en España, examinando su impacto en la detección temprana, el tratamiento y los resultados de salud.

3 Metodología

Se llevó a cabo una exhaustiva investigación en diversas bases de datos científicas, como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando palabras clave relacionadas con el "cáncer de mama", la "detección", los "programas de cribado" y "España". Se tomaron en cuenta investigaciones publicadas en español e inglés desde el año 2000 hasta la actualidad. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar estudios sobre los programas de detección de cáncer de mama en España.

Se recopilaron datos sobre la eficacia de los programas en términos de detección temprana, tasas de participación, tratamiento oportuno y resultados de salud en mujeres sometidas a detección. Se realizó una evaluación de la calidad metodológica de los estudios que fueron incluidos.

4 Resultados

Después de realizar una revisión cuidadosa y detallada de estudios y datos relacionados con los programas de detección de cáncer de mama en España, se han

encontrado resultados que resaltan la relevancia de estos programas en la prevención y el tratamiento del cáncer de mama en el país. Los descubrimientos incluyen diferentes temas, como la importancia de la detección temprana, la participación activa de las mujeres, la prontitud en el tratamiento y los efectos en la salud. A continuación, se presentarán los resultados más sobresalientes.

Se ha observado un impacto positivo en la detección temprana de tumores malignos en España, de acuerdo a la revisión de estudios epidemiológicos y datos de seguimiento de programas de detección de cáncer de mama. Hacer mamografías regularmente ha facilitado la detección temprana de lesiones, lo cual se refleja en un tratamiento más eficaz y en una disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama. Los datos muestran que las mujeres que participan en estos programas tienen más posibilidades de recibir un diagnóstico temprano (en estadios in situ o localizados), lo que resulta en una mayor tasa de supervivencia.

Incremento de la participación:

Uno de los hitos destacados de los programas de detección de cáncer de mama en España es el incremento continuo de la participación de las mujeres. A medida que se ha difundido la importancia de detectar problemas de salud de manera temprana y se han llevado a cabo campañas informativas, se ha observado un aumento en la participación en los programas de evaluación. La importancia de incrementar la participación radica en la posibilidad de maximizar el impacto de los programas y asegurarse de que más mujeres se benefician de la detección temprana.

Enfoque de Tratamiento Más Temprano y Menos Invasivo:

El uso de programas de detección temprana ha mejorado la prontitud en el tratamiento para las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Como resultado, ha habido una tendencia hacia el uso de estrategias de tratamiento menos agresivas en numerosos casos, lo que ha disminuido la necesidad de tratamientos intensivos y, en definitiva, ha mejorado la calidad de vida de las pacientes. La identificación temprana también ha permitido detectar tumores que responden mejor a la terapia personalizada, lo que ha resultado en una mayor efectividad de los tratamientos.

Mejorando los Resultados de Salud:

En España, se ha observado un notable progreso en los resultados de salud de las mujeres que se someten a los programas de detección de cáncer de mama. Las tasas de supervivencia a largo plazo han experimentado un incremento significativo, lo que ha mejorado las perspectivas de recuperación total de las pacientes.

Adicionalmente, se ha notado una disminución en la cantidad de enfermedades asociadas con tratamientos invasivos, como la extirpación de la mama. La importancia de la detección temprana en la mejora de los resultados de salud en mujeres con cáncer de mama es respaldada por estos datos.

Retos y Aspectos a Superar:

A pesar de que se obtuvieron resultados positivos, la revisión también señaló algunos desafíos. Se identificaron disparidades en la participación en los programas de detección en distintas regiones de España, lo cual resalta la importancia de abordar las desigualdades en el acceso y la concienciación. Adicionalmente, se han detectado áreas en las que se pueden perfeccionar las estrategias de comunicación y educación con el objetivo de fomentar una mayor participación de las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

La investigación sistemática de los programas de detección de cáncer de mama en España ha evidenciado su efecto positivo en la detección precoz, la participación femenina, el tratamiento y los resultados médicos. En el país, estos programas desempeñan un papel fundamental al mejorar la calidad de vida y las tasas de supervivencia de las mujeres que padecen cáncer de mama. Los resultados respaldan la importancia de mantener y fortalecer los programas, así como abordar desafíos específicos para asegurar un acceso equitativo y una participación óptima. La detección temprana del cáncer de mama en España juega un papel crucial en la atención oncológica y ayuda a mejorar la salud futura de las mujeres en el país.

6 Bibliografía

1. Ascunce, N. (2006). La importancia del diagnóstico precoz como forma de control del cáncer de mama. *Rev Senología Patol Mam*, 19(2), 56-61.
2. Diaz-Santos, M. A., Marcos-Delgado, A., Amiano, P., Ardanaz, E., Pollán, M., & Alguacil, J. (2023). Perfil sociodemográfico y descripción del síntoma de presentación en mujeres con cáncer de mama en un estudio de base poblacional: implicaciones y papel de las enfermeras. *Enfermería Clínica*.
- Pons-Rodriguez, A., Marzo-Castillejo, M., Cruz-Esteve, I., Galindo-Ortego, G., Hernández-Leal, M. J., & Rué, M. (2022). Avances hacia el cribado personalizado

del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria. *Atención Primaria*, 54(5), 102288.

3. Remiro, S. & Puig, N. (2019). Programa de salud para la detección precoz del cáncer de mama adaptado a mujeres nmigrantes. ZAGUAN, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. ESPAÑA. <https://zaguan.unizar.es/record/85839>

4. Nieto Romero de Ávila, G. M. (2021). Cáncer de intervalo frente al cáncer de mama detectado en screenig: características clínicas, radiológicas, anatomopatológicas y evolución (Bachelor's thesis).

5. Carballo Piris, A. M., & Vázquez Ávila, S. (2021). Estudio de la evidencia científica en relación con la autoexploración y el cribado en el cáncer de mama.

6. Alcaraz, M., Lluch, A., Miranda, J., Pereiro, I., & Salas, M. D. (2002). Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 230-235.

Capítulo 4

¿ES EFECTIVA LA VACUNA CONTRA EL VPH PARA HOMBRES?

CRISTINA MEDINA MAROTO

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se contagian mediante el contacto sexual (vaginal, anal u oral). Existen factores de riesgo que se relacionan con estas enfermedades guardando una estrecha relación respecto al comportamiento sexual de la población, ya sean hombres o mujeres. Los factores de riesgos que presentan mayor relevancia para adquirirlas son las siguientes: edad de inicio de la vida sexual, cambio de parejas sexuales de forma frecuente, múltiples parejas sexuales, sexo comercial asociado con la migración y el consumo de drogas, baja escolaridad, baja cultura, déficit de educación para la salud, entre otros F.R. que promueven la aparición de ETS.

Se incluyen en este grupo la infección por el virus del papiloma humano (VPH), considerada como la infección de transmisión sexual más frecuente en hombres y mujeres.

Los efectos de la vacuna masculina contra el VPH pueden ser beneficiosos en términos de promoción de la salud y prevención primaria, esto daría lugar a una disminución de enfermedades e infecciones de transmisión sexual relacionadas con las mismas, tanto en hombres como mujeres.

Actualmente, existe cobertura vacunal de VPH en mujeres a edades tempranas, pero no en hombres, por lo que si existiese un programa de cobertura vacunal en hombres disminuiría la prevalencia, ya que el riesgo de infecto-contagio es similar en ambos sexos.

2 Objetivos

- Sintetizar e identificar la efectividad de la vacunación masculina contra el VPH en relación con la prevalencia femenina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 la obtención de estos resultados, se han localizado un total de 7 estudios, eliminando aquellos que han sido duplicados y aplicando los criterios de inclusión y de exclusión, quedando finalmente en un total de 3 artículos, seleccionando únicamente los que se han analizado para la obtención de los resultados. El análisis del primer estudio, según Galdos Kajatt, O. (2018), de Perú, con un total de 18.280 sujetos, 4.065 varones y 14.215 mujeres, en edades comprendidas entre 16-26, el resultado obtenido es que se debe proporcionar la cobertura vacunal en niños para sanar y disminuir la incidencia.

El análisis del segundo estudio, el cual se subdivide a su vez en 3, de un grupo de investigadores de Brasil, USA y México (2008), con un total de 1958 sujetos varones de edades comprendidas entre 18-70 años, el resultado obtenido es el VPH global en hombres: 65.2%

- Oncogénicos (desarrollan enfermedad o tumor): 12%

- No oncogénicos (no desarrollan enfermedad o tumor): 20.7%
- Infecciones no clasificadas: 14.7%

Según la información recogida y datos obtenidos, existe mayor prevalencia en Brasil.

Por último, el análisis del tercer estudio, según Aranda Flores, C. (2015) de México, con un total de 1732 sujetos varones, en edades comprendidas entre 16-26 años, el resultado obtenido es que la vacuna de VPH es preventiva tanto en niños, como hombres y mujeres si se aplica como promoción de la salud o prevención primaria.

Los resultados han sido consistentes, dado que sí que existe una alta incidencia en la aparición de nuevos casos de ETS en hombres y que dicha cobertura vacunal disminuiría la misma.

Se considera que la calidad de los estudios utilizados para la realización de esta revisión son de calidad media-alta.

5 Discusión-Conclusión

Dado esta revisión sistemática de los tres artículos mencionados, se puede concluir de que si se ofrece la cobertura vacunal contra el VPH a edades tempranas en varones disminuiría la aparición de nuevos casos, pero en la actualidad esta cobertura es extremadamente baja o nula en hombres mientras que en las mujeres sí que presentan cobertura, cuando la vacuna representa una mejora considerable en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual relacionadas y su prevención.

La aparición de esta enfermedad (VPH) también se ve asociada a factores de riesgo dependiendo de la sociedad y cultura en la que nos encontremos.

6 Bibliografía

1. HPV Study group in men from Brazil, USA and Mexico. Human Papillomavirus infection in men residing in Brazil, Mexico, and the USA. salud pública de México / vol. 50, no. 5, septiembre-octubre de 2008.
2. Galdos Kajatt O. Vacunas contra el virus papiloma humano. Rev Peru GinecolvObstet. 2018;64(3):437-443. DOI: [https:// doi.org/10.31403/rpgo.v64i2109](https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2109).
3. Aranda-Flores CE. Infección por el virus del papiloma humano en varones. Ginecol Obstet Mex 2015;83:697-706.

Capítulo 5

ÁMBITOS ESTRATÉGICOS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL NIÑO SANO

VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO

1 Introducción

Las conductas no saludables pueden estar presentes en personas de cualquier edad, cobrando especial importancia en las edades tempranas. Desde el punto de vista evolutivo y madurativo, las primeras etapas de la vida son fundamentales en la adquisición de hábitos saludables y en el desarrollo de conductas beneficiosas para la salud, que permanezcan durante toda su vida. Es por ello que la Educación para la Salud es prioritaria durante la infancia y la adolescencia.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se han convertido en ámbitos de mejora prioritarios en las poblaciones. La Educación para la Salud permite realizar ambas acciones, teniendo como eje al individuo y su contexto social e interpretando la construcción social e histórica del proceso salud- enfermedad. No obstante, las iniciativas aisladas han demostrado no ser suficientes y ningún sector de la sociedad puede lograr avances significativos en materia de salud si trabaja en solitario. Existe una relación directamente proporcional entre el número de actores que trabajan de forma coordinada en una iniciativa y la efectividad de la misma. En la segunda conferencia Europea sobre “Escuelas Promotoras de Salud”, celebrada en Egmond aan Zee, Holanda (2002), se destacó la relevancia de la colaboración entre los sectores educativo y sanitario.

2 Objetivos

- Exponer las bases y claves para el desarrollo de la Educación para la Salud en la infancia y adolescencia.
- Identificar a la familia, la escuela y el sistema sanitario como ámbitos estratégicos de intervención en la Educación para la Salud en el niño sano.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se llevó a cabo una revisión de la bibliografía disponible relacionada con la “Educación para la salud del niño sano”. Se utilizaron algunas de las bases de datos en ciencias de la salud más relevantes: Dialnet, Lilacs, Pubmed y la Biblioteca Cochrane Plus; y se revisaron las últimas publicaciones de asociaciones de referencia en materia de salud infantil como la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la National Association of School Nurses (NASN) o la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE).

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla por primera vez de Educación para la Salud en 1983, describiéndola como “el conjunto de oportunidades para mejorar la alfabetización sanitaria de la población en relación con su bienestar y el aprendizaje de hábitos y habilidades personales que conduzcan a una mejor salud individual y de la comunidad” (1). La OMS considera a la educación como una herramienta capaz de romper el círculo de pobreza, enfermedad, miseria y su permanencia entre generaciones emparejado al bajo nivel socioeconómico (2). El proceso educativo lo es también de socialización y desarrollo y capacita a la persona para desenvolverse en su medio con autonomía, proveyéndole de las herramientas para gestionar su realidad y actuar en los diferentes ámbitos sociales. Educar para la salud es proporcionar aprendizajes que generen cambios en las conductas que perjudican la salud y, a su vez, mantener los comportamientos saludables (3).

Los ámbitos de intervención en Educación para la Salud son los lugares donde los niños viven, conviven, acuden, se reúnen y/o aprenden ya que, para ser eficaces, las intervenciones de promoción de salud deben desarrollarse e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos (4).

Los escenarios más importantes son los servicios sanitarios (Atención Primaria y Hospitalaria, salud mental y otros), el medio escolar (Centros de educación infantil, primaria y secundaria,) y el ámbito social, siendo la familia el núcleo social básico (5).

La familia es la institución social más antigua. Constituye el núcleo más primario del ser humano. En el entorno familiar suceden los primeros sentimientos y vivencias de las personas, interiorizando pautas básicas de comportamiento y otorgándole un sentido a su vida. Es concebida como el ambiente donde todos los individuos aprenden a interactuar con su medio y el eslabón básico del desarrollo emocional del individuo.

La familia transmite de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores y sus costumbres, aspectos muy vinculados con la producción de la salud. Desempeña un rol esencial en la promoción de estilos de vida saludables. Tiene una triple proyección: Educativa, socializadora y preventiva.

En la familia, los niños encuentran un modelo a imitar, que consolida las conductas, valores y estilos de vida, y un ambiente donde van adquiriendo hábitos que, paulatinamente, moldean sus preferencias y costumbres que permanecerán presentes durante la vida adulta.

También los profesionales sanitarios ejercen un importante papel en el aprendizaje de las conductas, facilitando la adquisición de conocimientos, actitudes, valores y procedimientos que subyacen en la adopción de estilos de vida saludables. Todos ellos han de trabajar conjuntamente, estableciendo las alianzas y colaboraciones necesarias con otros sectores de la sociedad que permitan llevar a cabo la práctica educativa en sus diferentes ámbitos de actuación.

Los Programas de Salud Infantil contemplan una serie de actuaciones sobre prevención, detección precoz de la enfermedad y sobre la promoción de la salud, de eficacia conocida, que se realizan a lo largo de unas visitas seriadas con actividades que incluyen distintos cribados, seguimiento y supervisión, consejos de salud, valoración del riesgo individual e intervenciones derivadas.

En esta línea de actuación, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria puso en marcha el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Este proyecto pretende promover las actividades preventivas en los centros de salud y considera fundamental entender la Educación para la Salud y la intervención comunitaria como parte integrante del perfil de los profesionales de Atención Primaria. El PAPPS cuenta con una sección dedicada a la atención a la infancia y adolescencia (6).

Por último, debemos considerar también a la escuela como un centro promotor en salud. De acuerdo con González de Haro, la salud debería ser considerada como

el eje central sobre el que se articula el proceso educativo. La escuela representa un ámbito socio-educativo sin igual para llevar a cabo una labor educativa que potencie el desarrollo integral de niños y niñas (7).

La escuela contribuye a la formación de un acervo de conocimientos, entre los que se encuentra la cultura de la salud, que se puede trabajar ya desde las primeras etapas educativas. Para ello la salud debe entenderse como un valor positivo que aporta beneficios al individuo que van más allá de la ausencia enfermedad.

La Educación para la Salud constituye un área educativa básica dentro del Currículum Escolar, integrando la formación de actitudes y conductas saludables para la vida.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros años de vida son un momento crucial en la adquisición de conductas y hábitos de vida saludables que, en muchas ocasiones, se mantendrán a lo largo de toda la vida del individuo. La Educación para la Salud en la infancia favorece, mediante el consejo de salud y el empoderamiento de niños y familias, un cambio en sus estilos de vida y una mejora en la salud individual, familiar y comunitaria. Para ello tendrá como eje al individuo y su contexto social, prestando especial atención a la familia por ser el núcleo social primario (3)(8).

Los profesionales de la salud poseen los conocimientos y habilidades de comunicación necesarias para realizar Educación para la Salud, vislumbrando el intercambio de información entre las personas y respetando la individualidad y las peculiaridades de cada uno. Esta es la forma más eficaz para promover la salud y guiar a las prácticas de vida saludables, ofreciendo oportunidades para la ampliación de conocimientos. En este proceso la escuela es un lugar de referencia al ser considerada un centro promotor de salud. En ella surgen los primeros grupos sociales y se construyen lazos emocionales y sociales, esenciales para la formación y el crecimiento de cada individuo. Recordemos que las intervenciones de promoción de salud deben desarrollarse e integrarse en los espacios de sociabilidad habituales para los niños (9).

6 Bibliografía

1. Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. Contextos Educativos. 2018; 22: 165-180.

2. Borja González J, Del Pozo Serrano FJ. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Salud Uninorte*. 2017; 33(2): 213-223.
3. Rodríguez Carrasco BB, Alonso Cordero ME, Iglesias Camejo M, Castellanos Linares MC. La escuela, marco ideal para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud. *Rev Haban Cienc Méd*. 2015; 21(2).
4. Enfermero/a. Diplomado Sanitario no Especialista. Temario Específico. Madrid: Editorial CEP; 2017.
5. Pérez Calviño RM, Carbonell Pérez R, Alba Martínez D. Papel de la familia en el fortalecimiento de la salud familiar. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 2014; 198.
6. Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa. Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, no 295, (10/12/2013).7.
7. Rodríguez Torres AF, Páez Granja RE, Altamirano Vaca EJ, Rodríguez Alvear JC, Calero Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educ Med Super*. 2017; 31(4): 1-11.
8. Castro Jiménez LE, Rincón Moreno M, Gómez Rodríguez DT. Educación para la salud: una mirada desde la antropología. *Rev Cienc Salud*. 2016; 15(1): 145-163.
9. Costa Gueterres E, de Oliveira Rosa E , da Silveira A , Wendel Mombaqué DS. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enferm. glob*. 2017; 16(46): 464-476

Capítulo 6

MELATONINA: SU ROL EN EL ENVEJECIMIENTO Y POSIBLES BENEFICIOS PARA LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA.

LIDIA BOBIS CHARCO

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico natural que todo ser humano experimenta a lo largo de la vida. A medida que avanzamos en edad, nuestro organismo experimenta cambios significativos a nivel celular, molecular y fisiológico que se traduce en una disminución gradual de nuestras capacidades físicas y cognitivas. Este proceso, inevitable, pero altamente complejo, ha sido objeto de investigación científica y un tema de creciente interés debido a su impacto en la calidad de vida de las personas y los desafíos que puede plantear para la sociedad.

En este contexto, la melatonina, una hormona secretada principalmente en la glándula pineal (diencéfalo) sintetizada por los pinealocitos a partir del triptófano, ha emergido como un elemento de interés en la investigación sobre la regulación de diversos aspectos del envejecimiento. A lo largo de las últimas décadas, investigadores han arrojado luz sobre las múltiples funciones de la melatonina, y cómo estas están relacionadas con la protección contra los efectos del envejecimiento y la promoción de la salud a lo largo de la vida.

Su secreción sigue un patrón circadiano y estacional, siendo necesaria la oscuridad para su síntesis, afectando a los ciclos sueño-vigilia y asociándose a múltiples efectos beneficiosos para la salud. Algunas de sus funciones principales serán:

poder antioxidante (protegiendo al ADN, proteínas y lípidos), inhibición de la apoptosis celular y potenciación del sistema inmune.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel de la melatonina en el proceso de envejecimiento, evaluando su potencial impacto en la salud y bienestar a medida que envejecemos.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se buscaron estudios, artículos científicos y revisiones relevantes en bases de datos como PubMed, Elsevier, Dialnet y Google Scholar, utilizando palabras clave como "melatonina", "envejecimiento", "antioxidante" y "estrés oxidativo". Se consultaron también páginas de interés como: el Instituto Internacional de la Melatonina (IIMEL) y la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG).

4 Resultados

La secreción de melatonina varía a lo largo de nuestra vida, alcanzando máximos niveles al año- 3 años. Comienza a disminuir a los 20 años y continúa su disminución en el proceso de envejecimiento sano.

Los resultados de las investigaciones sobre el papel de la melatonina en el envejecimiento han arrojado luz sobre una serie de aspectos importantes relacionados con la salud y el proceso de envejecimiento. Estos hallazgos se basan en estudios en modelos animales y, en algunos casos, en investigaciones en humanos, y han contribuido significativamente a nuestra comprensión de cómo la melatonina puede influir en la longevidad y el envejecimiento saludable.

Uno de los aspectos más importantes es el poder antioxidante de la melatonina. La "Teoría de los radicales libres" (Harman, 1956) ampliada en 1980 a la "Teoría mitocondrial del envejecimiento" sugiere que el envejecimiento celular es consecuencia del efecto sobre un conjunto de radicales libres (ROS) capaces de producir daños oxidativos siendo su principal foco de producción las mitocondrias dañando en consecuencia su genoma y produciendo un déficit de ATP en la célula. La naturaleza lipofílica de la melatonina le permite atravesar con facilidad las

membranas celulares llegando a las mitocondrias y eliminando ROS y junto con su poder antioxidante podría generar un efecto protector. Algunos fosfolípidos como la cardiolipina que se agotan con la edad se ven favorecidos frente a la peroxidación gracias a la melatonina.

Los resultados de esta investigación revelan que la melatonina juega un papel fundamental en el envejecimiento celular al influir en la regulación de los ritmos circadianos y en la protección contra el estrés oxidativo. Se ha observado que la melatonina tiene propiedades antioxidantes significativas, lo que la convierte en una molécula clave en la defensa contra el daño oxidativo que se acumula con el tiempo. Además, diversos estudios sugieren que la melatonina puede tener efectos beneficiosos en la longevidad y en la prevención de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, como las neurodegenerativas y cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Estos hallazgos sugieren que la melatonina desempeña un papel esencial en el proceso de envejecimiento. Pudiendo considerarse un objetivo prometedor para la promoción del envejecimiento saludable y la prevención de enfermedades relacionadas con la edad. Su capacidad para regular los ritmos circadianos y actuar como un potente antioxidante mitigando el deterioro mitocondrial con un efecto protector contra el estrés oxidativo podría presentar un papel importante en la salud y bienestar a medida que envejecemos. Si bien se necesita más investigación para comprender completamente los mecanismos involucrados, los beneficios y las aplicaciones terapéuticas potenciales, los hallazgos actuales indican que la melatonina podría ser una herramienta valiosa en la lucha contra los efectos del envejecimiento.

6 Bibliografía

1. Hardeland, R. Melatonin and the theories of aging: a critical appraisal of melatonin's role in antiaging mechanisms. *Journal of Pineal Research*. 2013;55(4):325-356.
2. Tan, D. X., et al. Significance and application of melatonin in the regulation of brown adipose tissue metabolism: relation to human obesity. *Obesity Reviews*. 2012;13(1):77-85.
3. Cardinali, D. P., et al. Melatonin as a chronobiotic/anticancer agent: cellular, biochemical, and molecular mechanisms of action and their implications for

circadian-based cancer therapy. *Current Medicinal Chemistry*. 2012;19(21):3805-3821.

4. Reiter, R. J., et al. Melatonin as a mitochondria-targeted antioxidant: one of evolution's best ideas. *Cellular and Molecular Life Sciences*. 2016;73(19):3863-3881.

5. Acuña-Castroviejo, D., et al. Melatonin, clock genes and mitochondria in sepsis. *Cellular and Molecular Life Sciences*. 2014;71(16):2997-3002.

Capítulo 7

EXPLORACIÓN INTEGRAL DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: RIESGOS MÉDICOS, IMPACTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO

LIDIA BOBIS CHARCO

1 Introducción

El inicio de la vida reproductiva para las mujeres comienza con la menarquia, considerándose la mejor edad reproductiva los 20-24 años debido a la fertilidad y a los cambios adaptativos en el cuerpo, en edades previas hablamos de embarazo adolescente (SEGO) (1).

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno de relevancia en la salud pública que ha generado preocupación a nivel mundial debido a sus múltiples implicaciones tanto en la salud de las madres como en el futuro de sus hijos. La adolescencia, una etapa de transición desde la niñez a la adultez, se caracteriza por un proceso de desarrollo tanto físico como emocional y social, por lo cual un embarazo a estas edades tiene importantes implicaciones a estos niveles, así como a nivel cultural y económico. Es una etapa crucial en el desarrollo, y cuando se produce un embarazo no planeado durante este período, puede haber una serie de complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto a todos los niveles. A menudo, las jóvenes embarazadas enfrentan desafíos como la discriminación y el estigma social. Además, las tasas de embarazo en adolescentes varían ampliamente según la región y el entorno socioeconómico, lo que subraya la importancia de abordar este tema desde una perspectiva global y equitativa (2,3,4).

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Explorar las complicaciones médicas, los riesgos para el desarrollo fetal y neonatal, así como las consecuencias sociales y de salud a largo plazo asociadas con el embarazo en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las complicaciones médicas comunes asociadas con el embarazo adolescente.
- Analizar los riesgos para el desarrollo fetal y neonatal en casos de embarazo en adolescentes.
- Examinar las consecuencias sociales y de salud a largo plazo para las jóvenes madres.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una revisión de la literatura científica disponible relacionada con el embarazo en adolescentes. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos académicas, como Scielo, PubMed, Cochrane, Elsevier, Dialnet y Google Scholar, utilizando una combinación de palabras clave en formato de descriptores MeSH como “pregnancy”, “early pregnancy”, “teen pregnancy”, “embarazo”, “adolescencia”... Y páginas de interés como ASRM (American Society for Reproductive Medicine), SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), OMS (Organización Mundial de la Salud).

4 Resultados

El embarazo en adolescentes, desde una perspectiva fisiológica, está estrechamente ligado a una serie de complicaciones médicas que plantean preocupaciones significativas tanto para la madre como para el bebé. Uno de los principales desafíos a los que se debe someter el cuerpo de la mujer es a la inadecuada adaptación circulatoria, que puede ocasionar una serie de problemas como hipertensión, la cual aumenta el riesgo de prematuridad (con consecuencias a largo plazo sobre el desarrollo del bebé y problemas respiratorios posteriores al nacimiento). Además, el adolescente embarazado pueden enfrentar el riesgo de un retardo del crecimiento intrauterino y desprendimiento prematuro de placenta. Por otro lado, las anemias, infecciones urinarias, abortos espontáneos, hemorragias, insuficiente ganancia de peso (que se relaciona con un mayor

riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas en la edad adulta) y rotura prematura de membranas son algunas de las complicaciones más frecuentes. Este tipo de embarazos a menudo se asocian con problemas en el proceso de parto, ya que los diámetros pelvianos pueden no alcanzar las longitudes necesarias. Esto puede ocasionar lesiones traumáticas vaginales y en algunos casos las malas presentaciones en el parto obligan a requerir intervenciones como el uso de fórceps o cesáreas, que a su vez predisponen las sepsis maternas y fetales. Todas estas complicaciones pueden poner en peligro la salud de la madre y del feto (3,5,6).

Desde una perspectiva social, el embarazo en la adolescencia a menudo conlleva consecuencias negativas. En muchas ocasiones, las jóvenes madres enfrentan la difícil decisión de abandonar la educación escolar, lo que limita sus oportunidades educativas y laborales a largo plazo. Además, pueden enfrentar desafíos emocionales y de salud mental debido al estrés y la presión asociados con la maternidad temprana, que se manifiestan principalmente en forma de depresión postparto caracterizada por tristeza generalizada e incluso falta de cuidado hacia el bebé; y en casos más graves la psicosis puerperal un trastorno psicótico de comienzo brusco que cursa con falta de contacto con la realidad y se da en un 70% en madres primerizas (5,6).

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones físicas en el embarazo adolescente se relacionan principalmente con la falta de desarrollo en el cuerpo de la madre y además pueden ir unidas a un fuerte impacto psicológico que puede incluso desembocar en un trastorno psicótico.

El embarazo en adolescentes es un tema complejo que involucra complicaciones médicas, riesgos para el desarrollo fetal y consecuencias sociales y de salud tanto física como mental a largo plazo. Es esencial abordar este problema desde una perspectiva multidisciplinaria, dándole un papel prioritario a la educación sexual, así como facilitando el acceso a anticonceptivos y el apoyo para las jóvenes madres. 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. SEGO, Embarazo en la adolescencia. (online) Sego.es 2018. Disponible en: <https://sego.es/mujeres>.

2. Chen, X. K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2007; 36(2), 368-373.
3. Ganchimeg T, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl 1):40-48.
4. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):15.
5. Scholl TO, Hediger ML. Weight gain, nutrition, and pregnancy outcome: findings from the Camden study of teenage and minority gravidas. *Semin Perinatol*. 1993;17(2):124-132.
6. Klerman LV. Another chance: Preventing additional births to teen mothers. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1993.

Capítulo 8

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

ANA GARCIA LUCAS

LORENA GOMEZ ESCOBAR

CRISTINA MEDINA MAROTO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Las enfermedades hematológicas son aquellas en las que se ve afectada la producción de sangre y de sus componentes (puede afectar a los glóbulos rojos, a los glóbulos blancos, y también a las plaquetas). Entre ellas se encuentran las leucemias, los síndromes mielodisplásicos, el mieloma múltiple, el linfoma o los trastornos mieloproliferativos. Las leucemias son cánceres que se producen en la sangre. Entre todos los tipos de leucemias se encuentra la leucemia mieloide crónica. La leucemia mieloide crónica puede ser más difícil de diferenciar de otros síndromes mieloproliferativos o mielodisplásicos. El diagnóstico de la leucemia mieloide crónica a menudo se produce durante un examen físico o análisis de sangre. La mayor dificultad diagnóstica reside en los pacientes que presentan esplenomegalia y leucocitosis, pero que no tienen el cromosoma pH. La enfermedad presenta diferentes fases en las que va evolucionando según el tiempo de padecimiento. También presenta síntomas inespecíficos y variables, lo que hace aún más difícil su detección. La esperanza de vida en los pacientes que presentan dicha enfermedad, teniendo en cuenta que estén llevando a cabo un tratamiento

adecuado y los respectivos controles de salud, se encuentre entre los cinco y los diez años de vida tras el diagnóstico de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las enfermedades hematológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 leucemias se consideran enfermedades sanguíneas malignas, es decir, un tipo de cáncer que se origina inicialmente en la médula ósea, con graves consecuencias fisiológicas, que pueden llevar al individuo a la muerte. La leucemia es uno de los cánceres con mayor mortalidad.

Pueden dividirse en agudas, cuando las células sanguíneas no pueden completar su proceso de maduración, lo que lleva a un crecimiento rápido de células inmaduras (células embrionarias) y crónicas, en el que las células alcanzan un estado de madurez, pero, debido a errores genéticos, se vuelven morfológica, histológica y funcionalmente “anormales”.

Las leucemias pueden subclasificarse en linfoides o mieloides, según el origen celular hematopoyético. Las células de defensa, como los linfocitos B y T y las células NK (natural killer), se originan a partir de células progenitoras linfoides. Por otro lado, las células madre mieloides originan los progenitores de los glóbulos rojos (eritrocitos), la mayoría de los glóbulos blancos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos, mastocitos y células dendríticas) y las células que dan lugar a las plaquetas, llamadas megacariocitos.

La leucemia mieloide crónica (LMC), en la cual nos centraremos, es una neoplasia mieloproliferativa y fue la primera enfermedad neoplásica asociada a una

anomalía genotípica bien definida: la presencia del cromosoma Filadelfia. Con el descubrimiento del cromosoma Filadelfia (Ph) en 1960, LMC fue la primera neoplasia maligna humana que se asoció con una anomalía cromosómica consistente. Este sello citogenético tiene su origen en la translocación recíproca entre los brazos largos de los cromosomas 9 y 22, dando lugar a un cromosoma 22 más pequeño, llamado cromosoma Filadelfia, que está presente en el 95% de los pacientes con LMC.

Se produce una translocación del gen proto-oncogén tirosina-proteína quinasa (ABL1) localizado en el cromosoma 9 al gen de la región del cúmulo de punto de ruptura (BCR) ubicado en el cromosoma 22 (2). La consecuencia molecular de esta translocación es la generación de un oncogén de fusión BCR-ABL1, que a su vez se traduce en una oncoproteína BCR-ABL.

Este oncogén que codifica la oncoproteína BCR-ABL1, presenta una actividad tirosina quinasa constitutiva aberrante siendo crucial para la transformación de una célula madre hematopoyética clonal y el inicio de la leucemia. Esta actividad proporciona señales de supervivencia a las células malignas, induciendo la proliferación celular y la resistencia a la muerte celular programada.

La LMC representa del 15 al 20 % del total de las leucemias. La incidencia mundial se estima entre 1 y 2 casos por 100 000 habitantes por año y son diagnosticados entre 3500 y 5000 nuevos casos a nivel global anualmente. En Europa se estima una incidencia anual de 1,2 casos por 100.000 habitantes; España, Francia e Inglaterra tienen tasas de 0,8 casos por 100 000 habitantes cada uno, mientras que Estados Unidos informa una incidencia de 1,8.

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad, Europa presenta 250.000 pacientes y Estados Unidos de América 70.000. La mayor incidencia por edades es entre 30 y 40 años y, la edad media de aparición es 57 años. Rara vez surge durante la infancia. Puede afectar a ambos sexos, pero es ligeramente más común en los hombres, con una proporción de 2,2 hombres a 1,4 mujeres por cada 100.000 afectados. Alrededor de la mitad de los pacientes son asintomáticos al diagnóstico.

La leucemia mieloide crónica puede ser más difícil de diferenciar de otros síndromes mieloproliferativos o mielodisplásicos. El diagnóstico de la LMC a menudo se produce durante un examen físico o análisis de sangre. La mayor dificultad diagnóstica reside en los pacientes que presentan esplenomegalia y leucocitosis pero que no tienen el cromosoma pH. En algunos, puede demostrarse el gen híbrido BCR-ABL1 a pesar de un patrón citogenético normal o atípico. Los pacientes con pH negativo y BCR-ABL1 negativo se considera que tienen LMC

Ph-negativa o leucemia mielomonocítica crónica.

Los pacientes pueden presentarse en tres fases de la enfermedad: fase crónica (PC), fase acelerada (AP) y fase blástica (BP) o crisis blástica (BC). La mayoría de los pacientes se presentan en fase crónica, pero, si no se tratan, progresarán a fase acelerada y luego a crisis blástica. Una pequeña fracción de pacientes puede evolucionar directamente a BC.

Los síntomas de la LMC son inespecíficos y pueden incluir fiebre, fatiga y pérdida de peso, a menudo como resultado de anemia y esplenomegalia. Con la progresión a BC, los síntomas pueden volverse más severos y pueden incluir dolor de huesos y sangrado. Sin embargo, la mitad de los pacientes con LMC en fase crónica no presentan síntomas y solo pueden ser diagnosticados después de análisis de sangre de rutina

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades hematológicas son aquellas en las que se ve afectada la producción de sangre y de sus componentes. Entre ellas se encuentran las leucemias, los síndromes mielodisplásicos, el mieloma múltiple, el linfoma o los trastornos mieloproliferativos. Las leucemias son cánceres que se producen en la sangre. Entre todos los tipos de leucemias se encuentra la leucemia mieloide crónica. Todas ellas presentan una elevada prevalencia en el mundo, por ello es necesario que sean conocidas. También es importante conocer cuáles son los signos, síntomas y forma correcta de llevar a cabo un diagnóstico diferencial de la enfermedad, ya que generalmente los pacientes se encuentran asintomáticos a la hora del diagnóstico

6 Bibliografía

1. Abreu GM, de Sousa SC, Gomes EV. Leucemia Linfoide e Mieloide: Uma breve revisão narrativa / Lymphoid and Myeloid Leukemia: A brief narrative review. Brazilian Journal of Development. 2021 Aug 13;7(8):80666–81.
2. Kang ZJ, Liu YF, Xu LZ, Long ZJ, Huang D, Yang Y, et al. The philadelphia chromosome in leukemogenesis. Vol. 35, Chinese Journal of Cancer. BioMed Central Ltd.; 2016.
3. Marshall JS, Warrington R, Watson W, Kim HL. An introduction to immunology and immunopathology. Vol. 14, Allergy, Asthma and Clinical Immunology.

BioMed Central Ltd.; 2018.

4. Sampaio MM, Santos MLC, Marques HS, Gonçalves VL de S, Araújo GRL, Lopes LW, et al. Chronic myeloid leukemia-from the Philadelphia chromosome to specific target drugs: A literature review. *World Journal of Clinical Oncology*. 2021 Feb 24;12(2):69–94.

5. Alves R, Gonçalves AC, Rutella S, Almeida AM, Rivas JD las, Trougakos IP, et al. Resistance to tyrosine kinase inhibitors in chronic myeloid leukemia—from molecular mechanisms to clinical relevance. Vol. 13, *Cancers*. MDPI; 2021.

Capítulo 9

TRATAMIENTO EN LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

ANA GARCIA LUCAS

LORENA GOMEZ ESCOBAR

CRISTINA MEDINA MAROTO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

A lo largo de la historia han surgido distintas alternativas para el tratamiento de las enfermedades hematológicas, concretamente para las leucemias mieloides crónicas, que se presentan con una elevada incidencia en nuestro país. Actualmente, son los TAKIS los fármacos de elección para esta enfermedad, sin embargo, la elevada incidencia de paciente que cursan con resistencia a estos fármacos lleva a la necesidad de la búsqueda de alternativas. El tratamiento de elección para estos casos consiste en el trasplante de células madre. Son tres las fuentes disponibles para obtener estas células: el cordón umbilical, la sangre periférica y la médula ósea.

Se ha comprobado que el trasplante de estas células a un paciente con dicha patología puede llevar a la cura de esta combinándolos con quimioterapia y radioterapia. Sin embargo, debemos tener en cuenta cuáles son los efectos adversos

que pueden ocasionar estas técnicas en el donante, tanto a corto como a largo plazo.

Los objetivos propuestos para la realización fueron explorar los distintos métodos de donación de células madre, comparando los riesgos, beneficios y los efectos adversos a corto y largo plazo que presentan cada una de estas alternativas, pudiendo así dar una información completa al individuo antes de la donación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el tratamiento de la leucemia mieloide crónica.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se inició con la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scielo, y Cuiden. Posteriormente, se amplió la búsqueda utilizando los operadores booleanos AND y OR, logrando así una búsqueda más amplia. Se lograron numerosos resultados en PubMed y Cochrane.

4 Resultados

El tratamiento de la leucemia mieloide crónica ha cambiado con el tiempo, a medida que se desarrollan nuevos medicamentos, especialmente aquellos que pueden proporcionar una relación equilibrada entre riesgo y beneficio.

Desde su descubrimiento hasta la década de 1980, el tratamiento estándar para la leucemia mieloide crónica consistió en quimioterapia convencional. El arsénico fue el primer tratamiento que se administró en el siglo 19, pero fue reemplazado por medicamentos alquilantes como el busulfano y la hidroxiurea en la década de 1960. Desafortunadamente, no retrasaron el inicio de la progresión de la enfermedad y facilitaron solo una modesta mejora en la supervivencia.

La introducción del interferón- α en la década de 1970 indujo la remisión citogenética completa en el 10-15% de los pacientes, y aumentó la mediana de supervivencia a 6 años. Sin embargo, el tratamiento con interferón α tiene efectos secundarios graves, y el tratamiento tuvo que suspenderse en la mayoría de los pacientes, lo que provocó una recaída.

Los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) son el tratamiento estándar actual para los pacientes con leucemia mieloide crónica. Después de todo, han podido prolongar eficazmente la supervivencia del paciente, junto con sus tasas de respuestas citogenéticas y moleculares. Los principales inhibidores de la tirosina quinasa utilizados son imatinib, desatinib, nilotinib, bosotinib y ponatinib.

Aunque se ha logrado un progreso notable en el aumento de la eficacia de los inhibidores de la tirosina quinasa dirigidos a BCR-ABL, todavía se observa resistencia a estos fármacos en pacientes con LMC.

Además, los fármacos TKI no abordan la causa etiológica de la LMC y el evento oncogénico permanece sin corregir/sin editar. Se ha demostrado la existencia de células residuales BCR/ABL-positivas, que permanecen "oncogénicas-inactivas", indicando que los TKI no eliminan completamente las células madre leucémicas. Los TKI silencian eficientemente la actividad oncogénica de BCR/ABL mientras el fármaco está presente, pero las células madre leucémicas restantes pueden conducir a una recaída después de que cese la terapia con TKI.

En este escenario, la medicación oral de por vida es necesaria, y la interrupción del tratamiento es solo una opción en aquellos pacientes que pudieron lograr y mantener respuestas moleculares fuertes. La administración de por vida facilita los efectos adversos en muchos pacientes y un porcentaje significativo de ellos eventualmente se vuelven resistentes al tratamiento con TKI. A pesar de que el Imatinib es el estándar de oro para el tratamiento de la LMC, del 35% al 40% de los pacientes desarrollan resistencias a este fármaco.

Es posible distinguir entre resistencias primarias, definidas como una ausencia total de respuesta hematológica después de 3 meses, respuesta citogenética a los 6 meses o una respuesta citogenética mayor después de un año de tratamiento; y resistencias secundarias, también llamadas resistencias adquiridas, cuando se pierde la respuesta hematológica o citológica anterior.

La aparición de resistencias al imatinib y a los inhibidores de la tirosina quinasa, además de la presencia de células madre leucémicas que no se ven afectadas por estos tratamientos y que son responsables de la recaída, significan que el desarrollo de nuevos tratamientos para LMC sigue siendo urgente. En tales casos, el trasplante de células madre es el único método que ha demostrado ser eficaz para curar a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser los inhibidores de la tirosina quinasa el tratamiento de elección para los pacientes que padecen esta enfermedad (LMC), debemos tener en cuenta la resistencia que produce este tipo de fármacos. Además, no atacan directamente a las células madre leucémicas, lo que lo convierte en un tratamiento paliativo de los síntomas. El trasplante de células madre es el único método que ha demostrado ser una cura eficaz para estos pacientes. Las células madre hematopoyéticas son la base biológica de los trasplantes de médula ósea. Sin embargo, existen unos factores limitantes que producen el rechazo hacia este procedimiento. Entre ellos, el alto coste del procedimiento, la dificultad de encontrar familiares compatibles con el receptor, y el tiempo transcurrido desde la búsqueda del donante, hasta que finalmente puede realizarse el trasplante. Este tiempo oscila entre los 6 a los 14 meses.

Todo ello lleva a la necesidad de explorar alternativas al trasplante de células madre de medula ósea, ya que son muchos los pacientes que experimentan resistencias ante los fármacos de elección, y requieren un tratamiento. Entre ellas, la obtención de células madre hematopoyéticas procedentes de cordón umbilical, y la obtención de estas mismas células mediante sangre periférica.

6 Bibliografía

- 1.- Romero González A. Leucemia mieloide crónica, paradigma de tratamiento en Oncohematología Myeloid chronic leukemia: a treatment paradigm in onco-hematology [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-5029-9616>
- 2.- Vuelta E, García-Tuñón I, Hernández-Carabias P, Méndez L, Sánchez-Martín M. biology Future Approaches for Treating Chronic Myeloid Leukemia: CRISPR Therapy. 2021; Available from: <https://doi.org/10.3390/biology1002>
- 3.- Minciacchi VR, Kumar R, Krause DS. Chronic myeloid leukemia: A model disease of the past, present and future. Vol. 10, Cells. MDPI; 2021. p. 1–23.
- 4.- Sampaio MM, Santos MLC, Marques HS, Gonçalves VL de S, Araújo GRL, Lopes LW, et al. Chronic myeloid leukemia-from the Philadelphia chromosome to specific target drugs: A literature review. World Journal of Clinical Oncology. 2021 Feb 24;12(2):69–94.
- 5.- Losson H, Schneckeburger M, Dicato M, Diederich M. HDAC6—an emerging target against chronic myeloid leukemia? Vol. 12, Cancers. MDPI AG; 2020.

6.- Holtick U, Albrecht M, Chemnitz JM, Theurich S, Skoetz N, Scheid C, et al. Bone marrow versus peripheral blood allogeneic haematopoietic stem cell transplantation for haematological malignancies in adults. Vol. 2014, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2014.

7.- Kim M, Kim TG, Beom SH. Physical and psychological discomfort experienced by hematopoietic stem-cell donors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Apr 1;17(7).

Capítulo 10

INSERCIÓN Y CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

ANA M^a PÉREZ MIER

1 Introducción

Los catéteres venosos periféricos son el material más utilizado en los centros hospitalarios. Para prevenir complicaciones del uso de catéteres periférico debe conocerse detalladamente la técnica de canalización, así como lo que es la venoclisis. Por lo tanto, se denomina venoclisis a la introducción de un catéter en una vena periférica, que será utilizada posteriormente para administrar componentes sanguíneos, fluidos o medicación al torrente sanguíneo.

Consideramos vena periférica como aquella vena que no se encuentra en la parte central del cuerpo.

La venoclisis se consigue introduciendo mediante una punción un catéter en la luz venosa. Antes de realizar dicha técnica se valorará que accesos venosos tiene para elegir el calibre que mejor se adapte al tratamiento prescrito y a la calidad de las venas.

Para la realización de este procedimiento debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Elegir el brazo no dominante siempre que sea posible y no esté contraindicado.
- La piel donde se va a realizar la punción debe estar intacta.
- Debemos elegir los miembros superiores antes que los inferiores y, por tanto, debemos tener en cuenta que se recomienda escoger las venas más utilizadas que son: dorso de la mano, antebrazo, brazo (cefálica, mediana cubital y basilíca),

cuello (yugular), evitando en la medida de lo posible las flexuras, ya que existe riesgo de acodamiento del catéter venoso.

2 Objetivos

- Conocer la técnica correcta de punción venosa, canalización y mantenimiento de la misma.
- Destacar la importancia de reducir la aparición de infecciones intrahospitalarias y optimizar los recursos disponibles.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según los protocolos establecidos en el hospital en el que desarrollo mi labor profesional, se ha llegado a la conclusión que la mejor forma de llevar a cabo la técnica de canalización venosa es la siguiente:

1. Se debe informar siempre al paciente del procedimiento que se va a realizar.
2. Debemos elegir el calibre adecuado del catéter a utilizar, recomendándose utilizar el catéter con el menor calibre posible.
3. Realización de una correcta higiene de manos. Debemos ser conscientes de que el uso de guantes no excluye la realización de la técnica de lavado de manos.
4. Seleccionar la zona a puncionar y realizar la antisepsia cutánea con el antiséptico de elección.
5. Colocar el compresor, palpar la vena, puncionar y fijar el catéter a la piel con el apósito transparente para que sea visible el lugar de la punción.

Una vez canalizada la vía venosa debemos realizar un mantenimiento de la misma, para ello debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Debemos cambiar el apósito según el tipo empleado.
2. Vigilar diariamente el punto de inserción.
3. Cambios de equipos y sus accesorios siempre que sea preciso.

4. Limpieza del obturador con una toallita impregnada en alcohol o similar antes de la administración intermitente de medicación, así como se debe lavar la vía antes y después de haberse usado con suero salino fisiológico o jeringas precargadas de lavado.

5. Rotando los lugares de punción venosa, debiendo cambiar los equipos cada vez que se realiza una nueva punción.

Una mala praxis a la hora de realizar tanto la inserción como el mantenimiento de los catéteres venosos puede dar lugar a una serie de complicaciones que pueden ser locales y/o sistémicas, tales como extravasaciones, infecciones del punto de inserción, flebitis, bacteriemias e incluso sepsis.

Otros aspectos a tener en cuenta es el momento de la retirada del catéter, que también deberá realizarse de forma aséptica para evitar infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Estos dispositivos no están exentos de riesgo y sus efectos adversos pueden comprometer la seguridad del paciente, aumentando la estancia hospitalaria, provocando un mayor coste de los cuidados y empeorando el estado de salud del usuario.

Por lo tanto, los centros hospitalarios deberían formar periódicamente al personal de enfermería y establecer unos protocolos estandarizados, asegurándose que se apliquen en todos los servicios, así como un cumplimiento objetivo de los mismos, ya que disminuiría las complicaciones derivadas tanto del proceso de canalización de una vía venosa periférica como de su mantenimiento, disminuyendo a su vez, el gasto sanitario y en consecuencia proporcionando al paciente unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

Guía Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica. Programa Flebitis Zero (Plan nacional de resistencia a los antibióticos). Disponible en la intranet Medicina Preventiva.

OMS guía de higiene de manos y utilización de guantes OMS/SIGN: Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2014). El proceso de terapia endovenosa. En Recomendaciones para el personal de enfermería en la terapia endovenosa(5-15). Ciudad de México: CONAMED.

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Central de Asturias.

Proyecto piloto multicéntrico estrategia multifactorial 'Flebitis Zero'. [Internet]. Asturias; Enero-Abril 2015. [Acceso 10 de Marzo de 2017] Disponible en: <http://flebitiszero.com/site/wp-content/uploads/2015/06/FlebitisZero-v2.pdf>

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en

Adultos. Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. AETSA,

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013

Capítulo 11

REVISIÓN SISTEMÁTICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

ANA NIETO CARRETERO

1 Introducción

La enfermedad renal crónica se define como la pérdida total o parcial de manera irreversible de la capacidad de la función renal. La función de los riñones es filtrar los desechos y exceso de líquido en la sangre, que son excretados por la orina. Cuando la enfermedad renal avanza se producen altos niveles de líquidos, electrolitos y sustancias de desecho que pueden acumularse en el cuerpo.

Actualmente, es considerada un problema de salud pública global por el aumento de prevalencia e incidencia en la población, alto costo y su elevada morbi-mortalidad.

La nueva definición de ERC y sus estadios facilita el manejo.

Como resultado de la enfermedad renal crónica aparecen complicaciones como anemia, HTA, desnutrición, neuropatía, problemas óseos y problemas cardiovasculares. El diagnóstico precoz basado en una velocidad de filtración (VFG) reducida, la presencia de proteinuria, y creatinina plasmática, para así reducir el riesgo de la insuficiencia renal y sus derivadas complicaciones.

El paciente afectado de enfermedad renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis precisa de unos cuidados muy precisos por su gran vulnerabilidad, tanto física como psicológicamente.

Podemos enumerar una serie de cuidados de enfermería cuando se realiza el tratamiento de Hemodiálisis, tales como una buena técnica de asepsia durante el procedimiento, mantener un buen acceso venoso, el control de los signos vitales cada 20-30 minutos, observar signos y síntomas que se pudieran presentar durante el tiempo durante la sesión de la hemodiálisis.

2 Objetivos

-Homogeneizar la actuación del personal enfermero con el resto del personal sanitario y familia.

3 Metodología

Para realizar esta revisión sistemática se ha buscado información de la literatura científica de artículos publicados entre 2012-2022, en idioma español e inglés, con la respectiva traducción a texto completo. Se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva y reproducible de trabajos originales publicados en las bases de datos tales como Scielo, Medline y PubMed Al igual que se han revisado artículos de revistas varias como Elsevier y revista Seden.

4 Resultados

La enfermedad renal crónica es progresiva y degenerativa, con bastantes factores de riesgo y causas. Como ya hemos comentado anteriormente, está declarada como un problema de salud pública debido a su aumento de incidencia y prevalencia, se estima que alrededor del 8-16% de la población la padecen.

Es una enfermedad silenciosa en sus primeras fases, aunque en algunos casos puede aparecer síntomas parecidos a infección del tracto urinario.

Según en la fase en la que se encuentre la enfermedad renal así será su tratamiento, en la fase primera se intenta ralentizar la enfermedad mientras que en fases más avanzadas el tratamiento es totalmente sustitutivo, donde se realiza la Hemodiálisis.

El paciente sufre afección a nivel tanto físico como emocional, dando lugar a una sintomatología con prurito, osteoporosis, anemia, ansiedad y depresión que

afectan directamente a la calidad y cantidad de sueño y descanso, provocando así cambios de humor, calidad de vida y relación social, laboral y familiar.

Hay diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes sometidos a Hemodiálisis y los sometidos a diálisis peritoneal, siendo éstos últimos los que la tienen mayor.

Una base importante para los pacientes con enfermedad renal crónica es la educación, tanto del cuidado del catéter y la fístula arteriovenosa (FAVI), como la educación de nutrición, alimentación y ejercicio. La enfermera desarrolla en este puesto un papel importante para la enseñanza a estos pacientes.

Es también interesante a la vez que importante la creación de grupos de apoyo, para atender las necesidades comunes y poder emplear estrategias para disminuir los niveles de ansiedad y depresión que sufren estos pacientes.

Tanto los modelos, teorías y taxonomía NANDA permiten crear una visión de la enfermería más amplia que viabiliza el camino de la excelencia del cuidado del paciente con enfermedad renal crónica.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en los datos consultados, podemos decir que los pacientes con enfermedad renal crónica, de manera más significativa los que están en tratamiento de hemodiálisis, tienen unas necesidades muy específicas y concretas por su alta vulnerabilidad, por lo que la creación de un Plan de Cuidados es elemental.

Dicho Plan de Cuidados tiene que tener como base los cuidados exhaustivos para estos pacientes, que nos permita abordar de manera integral, individualizada y continua. Se establece un sistema de trabajo para todos los profesionales que trabajen con este tipo de pacientes.

El Plan de Cuidados es elemental para conseguir una correcta adherencia al tratamiento por parte del paciente.

6 Bibliografía

1. Abanto Sierra M.P. 2018. Cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad crónica en estadio V. Centro de diálisis Nefrovida (2018). 46. <https://doi.org/10.1016/j.ijmachtools.2009.09.004>.
2. Díaz Castillo, N. L. (2019). Enfermería: Modos de cuidar del paciente con tratamiento de hemodiálisis. Universidad nacional de Trujillo.65.
3. Lorenzo Sellarés, V. (2017). Enfermedad renal. Gaceta Médica de México, 1(152), 90–96. file:///C:/Users/LUZ DUCHI/Downloads/nefrología-dia-136.pdf.

Capítulo 12

ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON AFECTACIÓN PULMONAR CON ELEVADO RIESGO INFECCIOSO

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

1 Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, crónica y compleja que trae consigo múltiples síntomas y entidades relacionadas. Resulta complicado diferenciar las manifestaciones extra-articulares de las comorbilidades asociadas a la artritis reumatoide.

Se trata de una enfermedad que provoca un estado de inflamación mantenida, por lo que el control de la enfermedad inflamatoria va a determinar el control de la comorbilidad.

Existen diversas manifestaciones extraarticulares como son los nódulos reumatoides o el Síndrome de Sjögren secundario (que puede traer consigo síntomas leves o inapreciables y que se encuentra en relación con la actividad de la enfermedad aumentando el riesgo de linfoma no Hodgkin y mortalidad).

Otras manifestaciones son las discrasias sanguíneas; anemia: normocítica hipocrómica (también puede ser multifactorial), trombocitosis (en relación con la actividad inflamatoria) y el síndrome de Felty.

La neumopatía es la causa frecuente de morbilidad y segunda de mortalidad tras las manifestaciones cardiovasculares. Se puede manifestar en forma de patología pleural (derrame pleural, engrosamiento pleural, empiema, nódulos, neumotórax), de neumopatía intersticial, bronquiectasias, nódulos reumatoides e hipertensión pulmonar.

También existen manifestaciones cardíacas como la pericarditis, la miocarditis, la enfermedad valvular, coronaria o la insuficiencia cardíaca congestiva.

En lo referente a otros órganos y sistemas, pueden aparecer en relación también manifestaciones oculares como la xeroftalmia, escleritis, episcleritis o ambas, también puede aparecer disfunción renal, amiloidosis en pacientes con más años de evolución o alteraciones vasculíticas.

Otro riesgo en estos pacientes muy importante es el de sufrir una infección activa, ya sea por la actividad inflamatoria o por el estado de inmunosupresión.

2 Objetivos

- Analizar el riesgo de infección en los pacientes con artritis reumatoide con diversas complicaciones, la más importante la afectación pulmonar, así como en lo referente al tratamiento de la enfermedad con inmunosupresores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 pacientes con artritis reumatoide presentan mayor riesgo de sufrir infecciones graves debido a las alteraciones inmunológicas que presentan, así como por los tratamientos inmunosupresores que necesitan. Numerosos estudios demuestran un riesgo aumentado de infecciones asociado a la terapia inmunosupresora.

Aproximadamente, un tercio de los pacientes tiene una infección menor (bronquitis, sinusitis, faringitis, infección urinaria) y alrededor de 0.12% de ellos se complican con infecciones serias.

La susceptibilidad frente a las infecciones es mayor en las primeras 16 semanas del inicio de tratamiento.

Las infecciones más frecuentes en estos pacientes son las infecciones respiratorias de repetición, seguidas de las infecciones del tracto urinario y las infecciones de piel y tejidos blandos.

No existe un aumento significativo del riesgo de infección posterior en los pacientes tratados con fármacos anti-TNF después de una primera infección, siendo aquellos que están tratados con un FAME no biológico, parecen tener menor riesgo de infección grave posterior. Los pacientes a los que se les retira definitivamente el tratamiento biológico tras una primera infección, tienen una tasa de infección posterior más alta debido al aumento de la actividad de la enfermedad y en consecuencia al empleo de corticoides sistémicos para el control de los síntomas, por tanto, debe reintroducirse el tratamiento biológico siempre que sea posible tras la infección para recuperar la situación de remisión inflamatoria. En lo referente a los fármacos inhibidores de las JAK quinasas sí que existe un riesgo aumentado a la reactivación del virus Herpes Zóster, en relación con la supresión de la inmunidad innata. El riesgo es mayor con estos fármacos que con otras terapias biológicas, además es dosis-dependiente y se aumenta el riesgo con el uso concomitante de glucocorticoides o metotrexato.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusiones podemos descartar varios aspectos:

- La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica e inflamatoria que genera un estado de inmunosupresión.
- Los tratamientos empleados en dicha enfermedad son, por tanto, inmunosupresores, lo cual supone además un riesgo infeccioso aumentado.
- En el caso de un primer episodio infeccioso en pacientes tratados con anti-TNF

203 se debe reiniciar la terapia lo antes posible para volver a alcanzar la remisión clínica, dado que el riesgo de una segunda infección posterior es mayor.

- En el caso de los fármacos inhibidores de las JAK quinasas existe un riesgo aumentado de reactivación del virus Herpes Zóster con respecto al resto de terapia biológica.

6 Bibliografía

- Infecciones en pacientes con artritis reumatoide: medicamentos moduladores de la respuesta biológica versus fármacos modificadores de la enfermedad.

Seguimiento a un año. Juliana vega miranda, Luis Fernando Pinto Peñaranda, Carolina Muñoz Grajales, Javier Darío Márquez Hernández, Libia María Rodríguez Padilla, Carlos Jaime Velásquez Franco. Revista Colombiana de Reumatología. Volumen 21, Número 1, marzo de 2014 , páginas 27-34.

- Risk of Subsequent Infection Among Patients Receiving Tumor Necrosis Factor Inhibitors and Other Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. Neil A. Accortt, Machaon M. Bonafede, David H. Collier, Jan Iles, Jeffrey R. Curtis. Arthritis and Rheumatology. Volume 68. Issue 1. Pages 1-264

Capítulo 13

LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

1 Introducción

La membrana serosa que recubre los pulmones para evitar la fricción contra el interior de la caja torácica es a lo que nos referimos como es la pleura.

En este tipo de drenajes se inserta un tubo de goma flexible llamado drenaje pleural en el espacio pleural para eliminar el exceso de líquido o gas y ayudar a la expansión pulmonar. Hay una presión negativa significativa entre las pleuras. Para colocar este drenaje, se utilizaría un procedimiento conocido como toracocentesis cuando la respiración del paciente se dificultara debido a la presión fluctuante.

Los objetivos de un drenaje torácico son mejorar la ventilación pulmonar del paciente, facilitar la expulsión de gases, líquidos o aire de la cavidad pleural, fomen-

tar la expansión pulmonar, restaurar la presión negativa del pulmón, prevenir el colapso y proteger contra complicaciones e infecciones.

Aunque el personal de enfermería, continúa cuestionando el mantenimiento diario, la extracción y el control de los drenajes a pesar de su larga historia de uso. Además de tener una comprensión básica de los conceptos técnicos, su papel es crucial para realizar un control, seguimiento y evaluación precisos del paciente después de la colocación del drenaje torácico para evitar complicaciones en el futuro.

2 Objetivos

Describir e indicar los principales cuidados del personal de enfermería ante un paciente con drenaje torácico y las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica previa. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos.

4 Resultados

Dentro de los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes nos encontramos, los cuidados al paciente y los cuidados en el drenaje:

1. CUIDADOS AL PACIENTE

- Mantener un ángulo de 30° para la cabecera.
- Movilización temprana del paciente para un manejo eficaz del dolor.
- El vendaje debe estar limpio, seco y oclusivo, y debe cambiarse todos los días. Cuando está sucio o separado de la piel del paciente, la sustitución ocurre con mayor frecuencia.
- Uso de un inspiómetro para fisioterapia respiratoria. Se aconseja practicarlo de 5 a 10 minutos cada hora.
- Evaluar el punto de inserción.
- Monitorear los signos vitales de su cuerpo, incluyendo su respiración, corazón y temperatura. Además de la coloración de la piel y mucosas, también se debe

tener en cuenta la aparición de síntomas como sudoración, náuseas o síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, punzadas o taquicardia

- Examinar el área de drenaje en busca de edema, inflamación, exudado, crepitaciones u otros síntomas relacionados con la infección.
- Aplicar suero fisiológico para limpiar el punto de inserción.

2. CUIDADOS DEL DRENAJE

- Vigilarán cuánto se ha drenado, cómo aparece el líquido, su color y si hay o no fuga de aire.
- Asegurarse de que el tubo de conexión entre el tubo del tórax y el tubo de conexión esté bien sujeto, pero evite cubrir con cinta adhesiva esta área.
- Acostar al paciente en posición horizontal sobre el lado de la cama opuesto al lado en el que lleva el tubo torácico, debajo del tórax.
- Encintar el tubo de conexión (el tubo que conecta el tubo torácico con el equipo de drenaje) a la piel del paciente y vendar el tubo torácico.
- Para evitar que disminuya la aspiración, asegúrese de que el tubo de conexión no esté nunca lleno de líquido.
- Verificar que los niveles de aspiración y sellado de agua sean precisos.
- Estar atentos para que no golpeen los tubulares.

5 Discusión-Conclusión

El correcto funcionamiento de este tipo de drenajes está fundamentalmente supervisado por personal de enfermería. Deben recibir una formación de calidad y adquirir los conocimientos necesarios respecto a los cuidados particulares que requieren estos pacientes. Para ayudar en la recuperación del paciente, deben ser capaces de poder diagnosticarlos correctamente de una manera temprana, detectar complicaciones y brindar atención de calidad.

Dado que la colocación de estos tubos de drenaje torácico es un procedimiento que podría ser molesto para el paciente, es fundamental brindar una atención precisa y completa, con el objetivo de maximizar el bienestar y reducir las sensaciones incómodas.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 14

CÓMO LLEVA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LOS PACIENTES

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre cómo el equipo de enfermería lleva el proceso de una herida y de su cicatrización de los pacientes y de la importancia de una buena cura de ellas. Una herida es una lesión que viola la integridad de la piel u otros tejidos del cuerpo. También pueden incluir cortes, raspaduras y picaduras en la piel. A menudo ocurren debido a accidentes, pero las incisiones, los puntos y las suturas quirúrgicas también pueden causar lesiones. Como resultado, existe riesgo y posibilidad de infección.

Daño a tejidos u órganos cercanos. Dependiendo de la gravedad, pueden necesitar o no atención médica. Estará determinado por la profundidad, extensión, ubicación y carácter

Presencia de infección en la herida. La curación es un proceso que ocurre biológicamente en el cuerpo del hombre, gracias al cual se reconstruyen los tejidos vivos dañados.

Cuando una persona sufre una lesión, el proceso de reparación o curación del tejido implica una serie de complejas reacciones bioquímicas en cadena diseñadas para reparar el daño. Estos procesos suelen ocurrir en las siguientes fases: fase inflamatoria, fase proliferativa y fase de remodelación. El personal médico es la persona responsable del tratamiento y tratamiento.

Vigilar la herida, así que veamos qué factores influyen en esto.

2 Objetivos

Conocer algunas cuestiones básicas acerca de los factores que influyen en la cicatrización de las heridas, realizando una revisión que nos permita unificar criterios para mejorar nuestra calidad asistencial al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como decíamos, la curación es un conjunto de procesos que tienen lugar surgen después de un daño o traumatismo en la piel para conectarlos

Los tejidos dañados recuperan unidad y función. Las etapas de curación pueden superponerse y ocurrir una tras otra. La misma herida en múltiples etapas al mismo tiempo. Cada herida está expuesta a muchos factores que pueden afectarla en mayor o menor medida durante su proceso de curación. Distinguimos entre factores internos y externos:

Factores internos:

- Tabaco: Reduce los niveles de hemoglobina en la sangre, provocando una disminución de la cantidad de oxígeno que circula en los tejidos del cuerpo. El tabaco

también reduce la síntesis de colágeno, la angiogénesis y la actividad fagocítica. Medicación: los inmunosupresores pueden ralentizar este proceso.

Los medicamentos y antiinflamatorios pueden enmascarar posibles síntomas. Los corticosteroides interfieren con la fagocitosis de los leucocitos, lo que lleva a una menor desinfección de las heridas. - Circulación sanguínea: reduce el número de glóbulos blancos.

Reducción de la higiene de las heridas. Cuando el suministro de sangre

Si no es suficiente, también se produce una lenta cicatrización de las heridas. -

Nutrición: Si no se alimenta adecuadamente, la herida sanará lentamente. - Edad: cuanto más envejece, más grave se vuelve la herida. - Algunas enfermedades básicas como hipertiroidismo, aterosclerosis, insuficiencia renal crónica, síndrome de Marfan. Factores externos:

- Temperatura: Las temperaturas inferiores a 37 grados pueden provocar que los vasos sanguíneos se contraigan, impidiendo que los nutrientes, el oxígeno y los glóbulos blancos entren a la sangre. - Secreciones excesivas: ralentiza la proliferación de fibroblastos. - Deshidratación de heridas. - Infección de la herida: las bacterias provocan una reacción inflamatoria. Un organismo que interfiere con la cicatrización de heridas. - Tratamiento y cicatrización de heridas: se deben elegir técnicas quirúrgicas adecuadas, y el adecuado cuidado y cicatrización de las heridas, de acuerdo con los protocolos establecidos y con el mayor grado de rigor aséptico para evitar la contaminación e infección de la herida quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal de enfermería algunas cuestiones básicas acerca de los procedimientos de cicatrización de las heridas, hemos visto que es una herida, que es el proceso de cicatrización y en que etapas se desarrolla.

Hemos visto una serie de factores externos e internos que influyen en la cicatrización de la herida y que como personal encargado de realizar el seguimiento y curación de las mismas debemos de tener en cuenta para su correcta valoración y tratamiento.

Algunas de ellas son: la edad, la infección de la herida, fármacos, patologías de base, tabaco, la nutrición del individuo, la temperatura, el exudado y el manejo y cura de las heridas por parte de los profesionales.

6 Bibliografía

1. La cicatrización- úlceras.net -disponible en <https://www.ulceras.net/>

monografico/130/123/cicatrizacion.html

2. Las heridas y su cicatrización - Elsevier Vol.22 Número.5 - disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-heridassucicatrizacion-13047753>

3. Como sanan las heridas- Medline Plus- disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000741.htm>

Capítulo 15

ÚLCERAS POR PRESIÓN. CUIDADOS Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

ANA NIETO CARRETERO

1 Introducción

Las Úlceras por Presión (UPP) son úlceras con áreas de la piel circundante también lesionada. Se trata de una necrosis de la piel y del tejido subcutáneo subyacente debido a una presión que se mantiene durante tiempo prolongado entre dos planos duros, como puede ser el hueso y la cama, lo que provoca una disminución del aporte oxígeno los tejidos y nutrientes a la zona, debido a los aplastamientos de los vasos, lo cual impide el riego sanguíneo.

Este tipo de lesiones aparece en pacientes que están inmovilizados durante mucho tiempo, y tiene mala cicatrización espontánea. Es importante tener en cuenta la prevención, tanto a nivel hospitalario, durante los ingresos, en las instituciones sociales como residencias, y en el propio domicilio del afectado, cuando se den las características señaladas.

Las úlceras por presión son un problema de salud pública, ya que no va decreciendo en los últimos años a pesar del conocimiento y medios que hay para evitarlas. Es elemental concienciar a los profesionales sanitarios de los servicios sanitarios, auxiliares y cuidadores, porque en una gran mayoría de casos, las úlceras por presión son un efecto adverso, no deseado, de los servicios socio-sanitarios.

Existe en España un Grupo Nacional de Úlceras (GNEUPP), es una asociación científica centrada en la mejora del conocimiento y abordaje de pacientes con

heridas o en situación de padecerlas. Realizó el primer estudio nacional de UPP en España para poder dimensionar el problema de las UPP así como la prevención y cuidados.

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente para desarrollar UPP. Valora 5 apartados, con puntuación de 1-4, que dan como resultados 5-20 según gravedad. Se trata de valorar el estado general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia. Cuanto

Las úlceras por presión se dividen en 4 grados de afectación al tejido, basados en 4 categorías. De esta manera, el tratamiento que se ha de llevar a cabo es diferente en cada uno de ellos.

En la categoría I se engloba el eritema no blanqueante, donde la piel permanece intacta; en la categoría II aparece pérdida parcial de la dermis con lecho rosado-rojizo sin esfacelos; categoría III, con pérdida total del grosor de la piel, puede apreciarse la grasa; categoría IV se pierde total el espesor de los huesos apareciendo músculo, tendón y/o hueso, con esfacelos.

2 Objetivos

- Informar sobre medidas de prevención de las Úlceras Por Presión (UPP).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 elaboración de un Plan de cuidados de enfermería flexible, basado todo ello en la evidencia científica, para poder orientar en la toma de decisiones durante el proceso de aparición de úlceras por presión, mejorando el cuidado de manera integral a las personas que padecen úlceras por presión, mejorando así la calidad de vida de estos.

Igualmente, la creación de ese Plan mejora la calidad de los servicios sanitarios, contribuyendo a menor gasto hospitalario - domiciliario. Si los cuidados de

prevención - seguimiento y mantenimiento se lleva a cabo en domicilio por los familiares, es elemental su formación, de manera que ellos puedan acudir a pedir consejo sanitario ante cualquier cambio en la persona que está a su cuidado, así como la prestación de materiales y medios para su desarrollo.

El uso de medios para evitar la presión como son los colchones anti escaras son de buena práctica, junto con otras medidas como almohadillado de puntos de presión de las prominencias óseas, el uso de almohadas. La correcta higiene e hidratación, junto la utilización de AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados), junto a no mantener al paciente húmedo, sería la base de cualquier paciente encamado para evitar el desarrollo de UPP.

Conseguir una buena base nutricional del paciente evita el deterioro de la integridad cutánea, de esta manera la ingesta de una dieta rica en proteínas ayuda a minimizar los daños del tejido.

El establecer un buen control del dolor ante las úlceras por presión es importante, durante la movilización de la paciente, el aseo o en el momento de la cura. Por lo tanto, es imprescindible la valoración y registro del mismo para la comunicación entre cuidadores— enfermería - paciente. El dolor controlado es un objetivo prioritario que se debe tener en cuenta igual que cualquier otro.

5 Discusión-Conclusión

A modo resumen, el buen cuidado de la piel durante períodos largos de tiempo puede llegar a evitar la aparición de úlceras por presión, de este modo se debe llevar a cabo una correcta higiene, con gel corporal de pH neutro, una buena hidratación corporal con crema y realización de cambios posturales, siempre y cuando la persona encamada los tolere.

Es igual de importante mantener la piel seca, evitando el contacto con la humedad y aplicando cremas, pomadas y lociones indicadas para ese fin. El uso de ropa de cama de algodón ayuda a que la piel transpire y evite sudor, de esta manera la piel se mantiene más seca.

Una adecuada hidratación con una abundante ingesta de agua y una dieta hiperproteica, rica en aminoácidos y vitaminas, contribuye a un buen estado del paciente, evitando la aparición de UPP y si ya han aparecido, una mejor recuperación.

6 Bibliografía

1. Rocha AP, Rodrigues A, Silva AJ, Mendes LP, Coelho M, Gonçalves P, et al. Metodologías educativas para la prevención de las úlceras por presión: estudio piloto en las islas de las Azores. *Gerokomos*. 2014;25(1):41-3.
2. Patón Villar F, Lorente Granados G, Fernández Lasquetty Blanc BH, Hernández Martínez A, Escot Higuera S, Quero Palomino MA, et al. Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según ciclo Deming. *Gerokomos*. 2013;24(3):125-3.
3. Barrasa Villar J. I., Enríquez Martín N., Abad Díez J. M., Valderrama Rodríguez M., Pérez Pérez A., Revilla López C., Estupiñán Romero F.R. La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica. Sociedad española de calidad asistencial. 2013.

Capítulo 16

UTILIDAD DE LA SUTURA CONTINUA PARA RECONSTRUIR LAS LESIONES GENERADAS EN EL PERINÉ TRAS EL PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOEMÍ GARCÍA MUÑOZ

1 Introducción

El suelo pélvico o periné engloba los músculos y tejidos del estrecho inferior de la pelvis, siendo un sistema de sostén (1) (2) (3). El periné se conforma en tres planos: superficial, en el cual están incluidos los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso, transverso superficial y esfínter externo del ano, medio, con el músculo transverso profundo y el esfínter externo de la uretra, y profundo, constituido por el músculo elevador del ano y el isquiococcígeo (2) (3). La longitud media del cuerpo perineal es de 3,9 cm, independientemente de si se trata de una mujer sin parto previo o con parto previo; así, la presencia de una longitud menor o igual a 2,5 cm está asociada con un incremento del riesgo de producirse un desgarro grave en el periné durante el parto (3).

En la segunda etapa del parto o periodo expulsivo, en el que se produce la salida del feto, pueden producirse lesiones en el periné de la mujer (2), ya sea de manera natural mediante desgarros o intencionada mediante la realización de episiotomía (1) (3) (4), con una incidencia del 85% de las mujeres (4) (5), siendo más frecuente en mujeres primíparas (3) (4).

Las causas que incrementan la probabilidad de que se produzcan las lesiones perineales son (3):

- Maternas:
 - Nuliparidad.
- Fetales:
 - Macrosomía: peso mayor de 4 Kg.
 - Distocia de hombros.
 - Posición occipito-posterior.
 - Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF).
- Intraparto:
 - Parto instrumental: fórceps o ventosa.
 - Parto rápido.
 - Periodo expulsivo alargado, más de 60 minutos.
 - Maniobra Kristeller.

La episiotomía consiste en un corte llevado a cabo por el profesional sanitario para ampliar el diámetro vaginal y el periné (3) (5). Su realización debe llevarse a cabo solo en determinados casos (1) (3) (6) (7) como parto distócico que precise instrumentalización o en situaciones de riesgo fetal (3) (5) (7). Se trata de un corte en el periné para favorecer la salida del feto, existiendo varias maneras de realizarla:

- Episiotomía media o central: se inicia la incisión en la zona posterior de la vulva en dirección anal. Presenta como inconveniente un mayor riesgo de desgarros que afectan al esfínter del ano y el recto (3).
- Episiotomía medio-lateral: se inicia la incisión en la horquilla vulvar tomando un ángulo de 45-60° (3). Es la episiotomía que se realiza con mayor asiduidad en nuestro medio (3) (7). Presentan menor riesgo de desgarros, pero en cambio, ocasionan más sangrado, dolor en el periodo postparto y problemas en la cicatrización (3).

Su realización apenas aporta beneficios, suponiendo un riesgo de ocasionar desgarros del periné de III y IV grado, sobre todo si se trata de una episiotomía media, así como también conlleva a un retraso del proceso de cicatrización (3).

En cuanto a los desgarros, suelen producirse con mayor frecuencia en la región posterior de la vagina, pudiendo extenderse hacia zona anal. Según los tejidos que se vean dañados, los desgarros pueden ser:

- Desgarros de primer grado: ocasiona daño en piel y vagina (1) (2) (3) (4) (5).
- Desgarros de segundo grado: ocasiona daño en la musculatura del periné (1) (2) (3) (4) (5).
- Desgarros de tercer grado: el daño alcanza el esfínter anal (1) (2) (3) (4); así, si

la afectación del esfínter anal externo es menor del 50% es de III grado A, y si es mayor del 50% es de III grado B, mientras que, si están dañados esfínter externo e interno por igual, es de III grado C (2) (3).

- Desgarros de cuarto grado: el daño alcanza la mucosa rectal (1) (2) (3) (4).

Los desgarrs que se producen con mayor asiduidad son los de primer y segundo grado (5). Asimismo, según se produzca un mayor desgarro, los resultados también serán más adversos (1).

Las lesiones perineales producen mayor predisposición a padecer morbilidad en breve plazo y con el tiempo (1) (2) (3), así, las consecuencias que puede conllevar un trauma perineal engloban hematoma, sangrado, infecciones, dolor, afectación en el plano sexual, fistulas e incontinencia tanto urinaria como fecal (1) (2) (3) (4) (6) (8), lo que supone una alteración para la mujer a nivel biopsicosocial (1) (4) (8).

Por tanto, para minimizar estas lesiones, resulta primordial realizar una correcta destreza en la sutura (1) (2) (3) (6).

También es importante el modelo de material de sutura a emplear para prevenir complicaciones posteriores (3) (6); así, entre las propiedades que deberían reunir se encuentran que ocasione mínimo rechazo en la piel, la fuerza tensil sea firme, su uso sea sencillo y adecuada absorción, sin embargo, ningún material reúne todas estas propiedades (3). Se indica la preferencia por material sintético reabsorbible en vez de catgut, debido a que con su empleo se obtiene disminución de la aparición de dolor a los 3 días del parto, así como menor requerimiento de fármacos para disminuir dicho dolor (2). En cuanto a la clase de hilo, se indica hilo trenzado para suturar (2) (3), ya que no hay diferencias significativas entre el uso de hilo estándar y monofilamento absorbibles en cuanto a la aparición de dolor y reparación tisular (2).

La sutura puede realizarse de manera continua o discontinua.

- Sutura discontinua: consiste en la reparación de la lesión perineal en varios pasos; así, primeramente, se procede a suturar vagina de manera ininterrumpida, luego músculo, y se termina con la piel, ya sea mediante puntos sueltos (1) (2) (3) o con técnica subcutánea continua (2).

- Sutura continua: consiste en la reparación de vagina, músculo y piel de manera ininterrumpida, sin entrelazar el hilo (1) (2) (3).

Con la sutura continua, al intentar dar los mínimos puntos posibles, se consigue una tensión más constante que con los puntos simples, ya que con éstos es más habitual que se produzcan edemas en la herida (2). Asimismo, con la sutura continua también disminuye el dolor en periné tras el parto (3) (5) (6) (8) (9), por lo que su uso está indicado en guías de práctica clínica (8) como en la Guía de

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la efectividad de la utilidad de la sutura continua para reconstruir las lesiones generadas en el periné tras el parto en la actualidad.

Objetivos específicos:

- Describir las evidencias y novedades más relevantes publicados en la actualidad de la utilidad de la sutura continua para reconstruir las lesiones generadas en el periné tras el parto.
- Relacionar los aspectos más relevantes en la actualidad de la utilidad de la sutura continua para reconstruir las lesiones generadas en el periné tras el parto.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando diferentes bases de datos de carácter nacional e internacional como: Pubmed, Cochrane Plus, Dialnet, Scielo; así como revistas electrónicas del ámbito de la enfermería como: Metas de Enfermería.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: técnicas de sutura (suture techniques), perineo (perineum) y parto (delivery). Dichos términos también se han utilizado en inglés para la búsqueda en las bases de datos que así lo han requerido.

Para concretar o especificar la búsqueda se han empleado los términos “AND”, “OR”, “NOT”.

Los límites establecidos para la obtención de la información fueron:

- Tipo de estudios o trabajos a incluir: estudios originales, artículos, libros, guías generales. Se han seleccionado aquellas publicaciones con acceso gratuito al texto completo de las mismas, y con un buen nivel de impacto o calidad científica.
- Idioma de los documentos: español e inglés.
- Antigüedad de los documentos: se han seleccionado preferentemente las publicaciones de los últimos 5 años (a partir del año 2018), constituyendo el soporte fundamental de la revisión, utilizándose solo unas mínimas fuentes anteriores al considerarse relevantes para la documentación del trabajo.

La búsqueda se ha realizado en septiembre de 2023.

Siguiendo los aspectos definidos en la búsqueda y tras la consulta en las distintas bases de datos referenciadas, con las palabras clave citadas anteriormente, se ob-

tuvo información de numerosas publicaciones, de entre las que se seleccionaron las referencias que constan en la bibliografía.

4 Resultados

Las lesiones perineales tras un parto vía vaginal, se pueden producir de manera natural mediante desgarros o mediante la realización de episiotomía (1) (3) (4), y son bastante frecuentes, como se recoge en la mayoría de la bibliografía revisada, ocurriendo en hasta un 85% de los partos (4) (5), con un porcentaje más elevado en caso de que se trate de mujeres primíparas (3) (4), así en este caso, como se recoge en un estudio, es de un 90,8%, frente a un 68,8% en caso de múltiparas (4). Como se recoge en la bibliografía consultada, las lesiones perineales predisponen a las mujeres a padecer morbilidad a corto y largo plazo (1) (2) (3), pudiendo ocasionarles consecuencias como hematomas, sangrado, infecciones, dolor, afectación en el plano sexual, fistulas e incontinencia tanto urinaria como fecal (1) (2) (3) (4) (6) (8), causando también una alteración integral en la mujer, afectando a los planos biológico, psicológico y social, como reflejan varios estudios (1) (4) (8).

Así, en la mayoría de los estudios revisados, se indica que para minorar los efectos de estas lesiones perineales es esencial llevar a cabo una adecuada técnica de sutura (1) (2) (3) (6), la cual puede realizarse de manera continua o discontinua (1) (2) (3), y de acuerdo a lo recogido por un estudio, el método de sutura empleado influye en el dolor del periné durante el postparto (4).

Según la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, los desgarros de segundo grado que requieran sutura se han de suturar mediante técnica continua (7), coincidiendo con la bibliografía revisada (1) (2) (3) (4) (5) (6) (8) (9). Esta indicación se debe a que, mediante la sutura continua, como se refleja en dos estudios consultados, se obtiene una tensión más constante al dar menos puntos que mediante la realización de puntos simples, en cuyo caso es más habitual que se produzcan edemas en la lesión (2) (3).

En la mayoría de la bibliografía consultada se obtiene que con la técnica de sutura continua es menor el dolor perineal en comparación con la sutura discontinua (4) (5) (6) (9); así, en una revisión se señala el menor porcentaje de dolor a las 24 horas tras el parto en el caso de mujeres con sutura continua, 96,88%, en comparación con mujeres con sutura discontinua, 88,47% (3). En varios estudios se evaluaba el dolor a los 7-10 días tras el parto, siendo menor en mujeres con sutura continua respecto a mujeres con sutura discontinua (1) (2), coincidiendo así con otro estudio sobre los Beneficios de la sutura continua de la lesión perineal en la

adaptación a la maternidad en el cual también se refleja el porcentaje de dolor que presentaban las mujeres a los 7-10 días tras el parto, siendo el 100% de las mujeres con sutura continua las que no presentaban dolor, en comparación con el 81,7% de las mujeres con sutura discontinua, que indicaban no tener dolor (8). Esta disminución del dolor, como queda reflejado en la bibliografía revisada, es mayor si la sutura continua se aplica en las 3 capas: vagina, músculo y piel, que si solamente se realizase en piel (1) (2) (9). En otro estudio, se valoraba de nuevo a las mujeres a los 15 días, obteniéndose que el 53,1% de las mujeres presentaban dolor en caso de sutura discontinua, ante el 31,4% de las mujeres con sutura continua que presentaban dolor (3), obteniéndose en dicho estudio que a los 3 meses también es mayor el dolor en casos de sutura discontinua, con un porcentaje del 17,19% de las mujeres.

En un estudio sobre los Beneficios de la sutura continua de la lesión perineal en la adaptación a la maternidad, se obtuvo que las mujeres que presentaban sutura continua presentaban menor dolor postparto y se adaptaban antes para la realización de las actividades de la vida cotidiana que las mujeres con sutura discontinua; así, a los dos días postparto, el 85% de las mujeres con sutura continua llevaban a cabo las actividades cotidianas sin ayuda, frente al 46,7% de las mujeres con sutura discontinua (8), coincidiendo con otro estudio en el cual se señala que las mujeres con sutura continua realizan ejercicio físico antes que en casos de sutura discontinua (3).

Así, de acuerdo a la bibliografía consultada, el requerimiento de fármacos para alivio del dolor perineal es menor cuando se emplea la sutura continua en comparación con puntos sueltos en piel (1) (2) (4) (9); de este modo, según un estudio realizado, el 66,7% de las mujeres con sutura discontinua presentaron mayor dolor a las 24 horas postparto, en comparación con un 52,9% de las mujeres con sutura continua (3).

Con el método de sutura continua también es menor la tasa de dispareunia (1) (2), así estas mujeres iniciaban antes las relaciones sexuales sin molestias (3) (4). Sin embargo, como queda recogido en varios estudios de la bibliografía consultada, a los 3 meses del parto, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la dispareunia tanto si se usa sutura continua como discontinua (2) (5) (6).

En relación con el control de esfínteres, en un estudio se obtuvo a los 15 días postparto un porcentaje del 18,8% de incontinencia urinaria en casos de sutura discontinua frente a un 4,3% en sutura continua; en cambio, a los 3 meses, no se hallaron diferencias significativas respecto a la incontinencia de esfínteres con sutura continua frente a discontinua (3).

Otro beneficio de la sutura continua es que favorece la curación de la herida (1)

(2), ya que como se señala en la bibliografía revisada, no precisa la retirada de puntos (2) (5) (9), coincidiendo con un estudio en el cual se obtuvo que todas las lesiones curaron por primera intención (6). Asimismo, también se ha encontrado que el tiempo para su realización es menor (2) (3) (6), suponiendo de este modo, un menor riesgo de que se produzca infección (6); así como también es menor la cantidad de material que se usa para su realización (2) (4) (9).

En cuanto al material necesario para realizar la sutura, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, se indica la preferencia por el empleo de material sintético de absorción corriente (7), coincidiendo con otros estudios revisados (1) (4).

A pesar de que el empleo de la sutura continua no conlleva aparición de más resultados negativos que con el uso de sutura discontinua (3), es una técnica poco usada por menor experiencia de los profesionales sanitarios en dicha técnica (6), y de acuerdo a lo recogido en una revisión, se sostiene que los estudios acerca de los métodos para reparar lesiones perineales son limitados (5).

5 Discusión-Conclusión

Durante el periodo expulsivo es muy frecuente que se produzcan lesiones perineales, ya sea de manera natural o mediante episiotomía, las cuales precisan sutura, suponiendo para las mujeres un riesgo de desarrollar complicaciones como hematomas o dehiscencia de la herida, pero también otras molestias como dolor perineal o dispareunia, que pueden llegar a ocasionar trastornos en su vida cotidiana, causando afectación en las esferas biológica, psicológica y social; así, por ejemplo, el dolor puede causar alteraciones en la lactancia materna, al sentirse la madre dolorida, así como al reiniciar su vida sexual.

Por ello, la técnica empleada para realizar la sutura puede jugar un papel muy importante; de este modo, la sutura continua debería ser preferible a la sutura discontinua, por los numerosos beneficios que aporta, como menor percepción de dolor perineal por parte de las mujeres a las que se le ha realizado mediante esta técnica. De este modo, resulta fundamental que los profesionales sanitarios dispongan de una adecuada formación en esta técnica para aplicarla en los casos que lo precisen, y favorezcan que las mujeres tengan menos molestias en un periodo, ya de por sí duro, como es el puerperio.

Como líneas de investigación futuras sería interesante realizar estudios que analicen con mayor certeza la efectividad de la aplicación de la técnica de sutura continua por parte de los profesionales sanitarios, así como llevar a cabo estudios que permitan conocer con mayor certeza qué material de sutura emplear en

la técnica de sutura continua.

6 Bibliografía

- (1) Bueno Montero, E. Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el perineo tras el parto. *Revista Enfermería Docente*. 2015; enero-junio (103): 51-54 ISSN 2386-8678
- (2) Moreno Sánchez, V., Martínez Sánchez, B., Alonso Carrasco, M. Revisión sobre la sutura continua para la reparación de los traumatismos perineales postparto. *Revista médica*, abril 2020.
- (3) López, B. A. Sutura continua frente a discontinua en la reparación de las lesiones del periné en el parto. Universidad de Jaén. 2019.
- (4) Hartinah, A., Usman, A. N., Sartini, Jafar, N., Arsyad, M. A., Yulianty, R., Sirenden, H., & Nurung, J. (2021). Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gaceta Sanitaria*, 35 Suppl 2, S216–S220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.024>
- (5) Schnittka, E. M., Lanpher, N. W., & Patel, P. Postpartum dyspareunia following continuous versus interrupted perineal repair: A systematic review and meta-analysis. *Cureus*. 2022; 14(9), e29070. <https://doi.org/10.7759/cureus.29070>
- (6) Ferreira Silva de Almeida, S., Gonzalez Riesco, M.L. Ensayo aleatorio clínico controlado para dos técnicas de sutura perineal en parto normal. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(2)
- (7) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
- (8) Ferrer-Gil, M., Manresa-Lamarca, M., Font-Montpeat, E., Serveto-Perna, M. Á., & Escobar-Bravo, M. Á. Beneficios de la sutura continua de la lesión perineal en la adaptación a la maternidad. *Enfermería clínica*. 2023; 33(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.07.001>
- (9) Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears (Técnicas de sutura continua e interrumpida para reparar una episiotomía o desgarros de segundo grado). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.

Capítulo 17

EFFECTOS POSITIVOS DE LA UTILIZACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Además de ser una fuente de educación y conocimiento, la música también es una ayuda útil, ya que es una lista de pautas médicas con límites claros para los tratamientos actuales. Actualmente se están estudiando intensamente las redes neuronales implicadas en la música y el humor, así como los cambios eléctricos y estructurales que produce la música en nuestro cerebro.

La evidencia de investigaciones médicas muestra que escuchar música alegre mejora el desempeño a corto plazo en pruebas de habilidades espaciales, atención y fluidez en el lenguaje hablado y el trabajo creativo.

La música se considera una forma de evocar emociones. Los resultados de la música suelen ser más poderosos que los de otros métodos; en este sentido, la música tiene el poder de cambiar los recuerdos. Muchos estudios han demostrado que, en la enfermedad de Alzheimer, la memoria puede mejorar cuando una parte del cerebro se asocia con un evento.

La musicoterapia es parte de los programas tradicionales que se ofrecen a los adultos mayores. Su eficacia en el campo de la demencia ha comenzado a ganar fuerza entre los científicos, ya que se han logrado resultados positivos a nivel físico, mental y emocional. Se necesita más investigación para aclarar el alcance de estos cambios en la enfermedad de Alzheimer.

2 Objetivos

- Investigar qué tipo de mejoría clínica muestran aquellos pacientes con enfermedad de Alzheimer utilizando la musicoterapia como herramienta terapéutica.
- Investigar el efecto positivo que hace sobre la memoria la música en este tipo de pacientes.
- Observar cómo su estado anímico se ve reforzado al utilizar dicha estrategia.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que avale el trabajo. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos recolectados de diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Google académico.

Palabras clave: Música; musicoterapia; neurorehabilitación; cognición; demencia.

4 Resultados

La publicación propuesta tiene como objetivo examinar cómo la musicoterapia afecta ciertos síntomas psicológicos.

La enfermedad de Alzheimer es una de las enfermedades más graves que afectan al ser humano, una de las razones es que no existe un tratamiento farmacológico, por lo que los investigadores están ofreciendo algunos tratamientos eficaces, como la musicoterapia. La música promueve la relación con la naturaleza porque está presente en nuestra vida diaria y activa nuestro cerebro. Si piensas en alguien con Alzheimer, la música puede ayudarlo a conectarse con escenas y evocar recuerdos. Además, incluso en las etapas más avanzadas de la enfermedad, los pacientes todavía pueden recordar. Otro beneficio de esta terapia es que la música ayuda a reducir el estrés y la ansiedad y a aumentar la sensación de bienestar.

Varios estudios han confirmado los efectos positivos de la música en estos pacientes. Estos incluyen: mejora de la memoria y el pensamiento, mejor estado de ánimo y reducción de la ansiedad y el estrés. Además, se han observado alucinaciones, delirios, inquietud, irritabilidad y cambios en el habla en pacientes con trastornos digestivos.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 1996), la musicoterapia

es “el uso de la música y/o sus composiciones (sonidos, música, composiciones y combinaciones) en sesiones terapéuticas por parte de músicos, pacientes o grupos” con el objetivo de fomentar y formas de guiar objetivos ambientales importantes como la comunicación, la interacción social, el aprendizaje, el ejercicio, la comunicación, la coordinación, etc. para expresar las necesidades físicas, emocionales, sociales y psicológicas de las personas.

La canción se puede conservar hasta el final del bucle. Aunque la voz empeora a medida que avanza la enfermedad, algunas habilidades musicales permanecen, como la capacidad de cantar canciones previamente aprendidas o seguir tocando un instrumento.

La musicoterapia puede alterar procesos cognitivos y conductuales, estimular la atención, estimular respuestas emocionales y organizativas, influir en diversas funciones y estimular el movimiento.

5 Discusión-Conclusión

Entre las enfermedades más importantes de las personas mayores, la demencia es uno de los factores más limitantes en la vida, causando grandes daños a los grupos sociales y teniendo un impacto significativo en el entorno familiar.

Entre las demencias, la enfermedad de Alzheimer es la más común. En España, aproximadamente 800.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer, 200.000 de las cuales padecen una enfermedad desconocida. Esto representa el 1,36% de la población española.

Tratamiento no farmacológico diseñado con fines espirituales, físicos, sociales y psicológicos, con el objetivo de trabajar lo relacionado con la memoria y la memoria, y promover el desarrollo de todos los seres humanos. Hay muchos tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con enfermedad de Alzheimer.

Entre los beneficios de la musicoterapia, muchas investigaciones se han centrado en el campo psicológico, intentando reducir los cambios de conducta, particularmente aquellos relacionados con la timidez, la ansiedad y la violencia.

Quedan preguntas sobre cómo la música mejora las habilidades cognitivas y otras habilidades emocionales, sociales y académicas en millones de niños y adultos. Se ha demostrado que los cambios cerebrales después del entrenamiento musi-

cal son simples y de corto plazo en los no músicos y duraderos en los músicos, asociados con mejoras en ciertas habilidades cognitivas; pero además de algunas mejoras en las habilidades visuoespaciales, no hay evidencia de que la música tiene un efecto en la mejora de la inteligencia.

6 Bibliografía

1. Miranda MC, Hazard SO, Miranda PV. La música como una herramienta terapéutica en medicina. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2017 [citado 23 de julio de 2022];55(4):266-77. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000400266&script=sci_arttext
2. Gómez Gallego M, Gómez García J. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. Neurología [Internet]. 2017 [citado 23 de julio de 2022];32(5):300-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-musicoterapia-enfermedad-alzheimer-efectos-cognitivos-S0213485316000049>
3. Barcia D, Barcia- D, Revisión S, Barcia-Salorio D. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Viguera.com. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_223_238.pdf
4. Puerta AR. Musicoterapia: historia, beneficios, tipos, actividades [Internet]. Lifeder. 2019 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/musicoterapia/>
5. Criado MÁ. El alzhéimer no puede con la música [Internet]. Ediciones EL PAÍS S.L. 2015 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/06/23/ciencia/1435064927_042235.html

Capítulo 18

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA DEL CARMEN BERZOSA GONZÁLEZ

SILVIA MÁXIMO CABANILLAS

ALICIA MAYORAL ALMENARA

MARIA DOLORES AVILES SEVILLA

MARIA DEL SEÑOR QUINTANILLA ORTIZ

1 Introducción

Se define la caída como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y produce el traumatismo del cuerpo contra el suelo o contra otra superficie dura que lo detenga. Las caídas constituyen en la actualidad un problema importante de salud, tanto por las consecuencias que derivan como por su elevada frecuencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren 684.000 personas por caídas cada año, constituyendo así la segunda causa de muerte por accidente, tras los accidentes de tráfico. Dentro de los centros hospitalarios, se estima que entre el 2 y el 10 % de los ingresos presenta una caída accidental durante su estancia.

Son factores de riesgo para presentar una caída la edad avanzada, la polimedicación (consumir más de 2 fármacos), la alteración del equilibrio, la alteración de la fuerza muscular y la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

La seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en los centros sanitarios, así como la adecuada identificación de los factores de riesgo. El personal de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel fundamental en la detección de factores de riesgo y prevención de las caídas en los pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

- Identificar factores que aumenten el riesgo de caídas
- Describir las estrategias a llevar a cabo para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Cuiden y Cochrane. Se ha establecido como criterio de inclusión la fecha límite de publicación el año 2015. Se han utilizado las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

La valoración del riesgo de caídas es útil para planificar las intervenciones a realizar en el paciente hospitalizado. Se debe realizar de forma rutinaria en todos los pacientes a su ingreso y tras cualquier cambio significativo que presenten durante su hospitalización. Se debe llevar a cabo la identificación de los factores de riesgo relacionados con las caídas, como son la historia previa de caídas, alteraciones en el equilibrio o la movilidad, dificultades en la deambulación o alteraciones visuales. Existen diferentes escalas de valoración útiles en la identificación de los pacientes con riesgo de caídas.

En cuanto a los factores de riesgo, diferenciamos entre intrínsecos y extrínsecos. En cuanto a los factores de riesgo intrínsecos, tenemos:

- Edad superior a 67 años.
- Desorientación o confusión
- Alteración de la movilidad
- Inestabilidad de la marcha
- Debilidad muscular

- Alteraciones visuales o sensitivas
- Efecto de fármacos sedantes o analgésicos
- Alteración de tensión arterial o glucemia
- Alteraciones de la eliminación.

En cuanto a los factores de riesgo extrínsecos, diferenciamos:

- Dispositivos inadecuados en la cama de hospitalización
- Errores en el frenado de la cama
- Iluminación inadecuada de los espacios
- Timbre de llamada inaccesible
- Mobiliario inadecuado
- Suelo mojado o deslizante

Tras la identificación de los factores de riesgo, se desarrollará un plan de prevención aplicable a todos los pacientes hospitalizados. Se asegurará el entorno, revisando por turno para verificar el adecuado frenado de la cama y su disposición respecto a la habitación. Las ventanas de las habitaciones permanecerán siempre cerradas. En los pacientes que utilicen silla de ruedas, se verificará que el freno cumpla su función durante las transferencias. Se fomentará una iluminación adecuada, especialmente durante la noche. Es importante mantener al alcance los dispositivos de ayuda como bastones, andadores, gafas y audífonos. No menos importante es mantener la habitación sin obstáculos físicos que puedan dificultar el paso del paciente fomentando la caída, para lo que se recomendará la utilización de armarios y mobiliario de almacenaje.

Es importante que el paciente tenga accesible en todo momento el timbre de llamada y el teléfono. Se debe promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante, así como mantener al paciente sentado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo. Es fundamental orientar al paciente en tiempo y espacio, proporcionando herramientas como calendarios o relojes de pared. Deberá proporcionarse ayuda durante las transferencias en aquellos pacientes con alteraciones de la movilidad, alteraciones sensoriales, alteraciones en la eliminación y caídas previas.

En caso de producirse una caída, se deberá levantar al paciente llevando a cabo las precauciones de seguridad en su movilización. Se tranquilizará al paciente y familiares, valorando inmediatamente las consecuencias de la caída. Si procede, llevaremos a cabo intervenciones ante dichas consecuencias, como curas, suturas, vendajes o petición de pruebas complementarias para descartar complicaciones

de mayor escala. Se debe vigilar el nivel de consciencia tras la caída, especialmente cuando se trata de un traumatismo craneoencefálico. Se cumplimentará el registro de caídas de la unidad, informando al médico responsable.

5 Discusión-Conclusión

La caída del paciente hospitalizado constituye un grave problema de salud nacional en la actualidad. Es fundamental realizar una valoración exhaustiva del riesgo del paciente, identificando los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que potencian el riesgo de caída de nuestros pacientes. Tras ello, se debe llevar a cabo la planificación del cuidado, realizando cambios en el entorno físico si se precisa y revisando de forma exhaustiva el tratamiento farmacológico en caso necesario. No debemos olvidar proporcionar una orientación adecuada en tiempo y espacio, así como suplementando las deficiencias auditivas o visuales que el paciente pueda tener. En aquellos casos en los que la prevención no es suficiente para evitar la caída, debemos ayudar al paciente a levantarse, tranquilizarlo y realizar una valoración de las consecuencias de esta. Tras ello, no debemos olvidar realizar el registro de la caída para llevar a cabo las medidas oportunas.

6 Bibliografía

- 1- Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(6):274–80.
- 2- Gómez Pavón J, Alcaraz López C, Cristoffori G, Aguado R, Ares Conde B. Concepto de fragilidad: detección y tratamiento. *Tipología del paciente anciano. Valoración geriátrica integral y criterios de calidad asistencial. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 2018; 12(62):3627-36.
- 3- Alcañiz-Mesas AI; Córcoles-Jiménez MP; Ruiz-García MV; Saiz-Vinuesa MD; Piñero-Sáez S; Muñoz-Pérez B. Incidencia, factores relacionados y consecuencias de las caídas en un hospital de tercer nivel. *Nure Inv.* 2018; 15(94)

Capítulo 19

LOS PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

1 Introducción

La apnea del sueño es uno de los trastornos respiratorios más frecuentes que consiste en episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior que conlleva a una disminución del flujo respiratorio durante el sueño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la apnea del sueño se trata de una enfermedad pulmonar prevenible. Afecta entre el 4 y el 6% de los hombres y entre el 2 y el 4% de las mujeres. Existe un infradiagnóstico de esta enfermedad, por lo que la prevalencia será mayor a la supuesta, casi el 30% de la población adulta mundial presenta un elevado riesgo de padecer esta enfermedad. La apnea del sueño conlleva tanto a un deterioro de la calidad de vida como a un aumento de la mortalidad.

Algunas de las manifestaciones clínicas son: gran somnolencia diurna, ronquidos y pausas de la respiración durante el sueño. Para diagnosticar la apnea del sueño se debe realizar una exhaustiva anamnesis del hábito de sueño del paciente así

como un estudio respiratorio evaluando la cantidad y la calidad del sueño del paciente con una polisomnografía.

Para el tratamiento lo más importante es una correcta higiene del sueño, cuidar la obesidad y conseguir cambios en el estilo de vida del paciente para disminuir los factores de riesgo. La ventilación no invasiva con presión continua en la vía aérea

(CPAP) se considera el tratamiento con mayor efectividad y también la cirugía.

2 Objetivos

Conocer los cuidados y las actividades que llevan a cabo los profesionales de enfermería ante pacientes con apnea del sueño.

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

Los profesionales de enfermería se encargan del seguimiento de la evolución de los pacientes con apnea del sueño así como de la vigilancia de las posibles alteraciones. Además se encargan de facilitar la educación sanitaria necesaria sobre la enfermedad, el tratamiento, el uso de CPAP. Este seguimiento es necesario para conseguir una buena adherencia terapéutica. No conseguir una buena adherencia terapéutica en los pacientes implica que haya una elevada tasa de abandono del tratamiento. El 40 % de los pacientes que usan dispositivos de ventilación mecánica no invasiva, no usan de manera adecuada dicho dispositivo. En el momento en que hay una buena intervención de los profesionales de enfermería en los pacientes con apnea de sueño la adherencia terapéutica aumenta al 70 %. Entre las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería están:

- Conocer los efectos de la medicación que toma el paciente en el patrón del sueño.

- Enseñar a ajustar el ruido, la luz, la temperatura para beneficiar el sueño. Enseñar técnicas para favorecer el sueño.
- Enseñar a evitar una elevada ingesta de alimentos antes de ir a dormir, puesto que existen alimentos que retrasan el sueño.
- Valorar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad.
- Facilitar información sobre su enfermedad.
- Registrar el patrón de sueño y el número de horas que duerme el paciente.
- Enseñar a limitar dormir durante el día.
- Enseñar tanto al paciente como a los familiares el uso de dispositivos mecánicos no invasivos. Asegurarse de que el paciente sabe realizar un buen ajuste del mismo y no hay fugas de aire.
- Controlar posibles lesiones de la mucosa bucal y nasal. Así como evitar que aparezcan lesiones por presión en la piel.

5 Discusión-Conclusión

Primordialmente los profesionales de enfermería quieren lograr que el paciente con apnea del sueño tenga una mayor autonomía y sepa manejar correctamente el dispositivo mecánico no invasivo. Con esto se consigue que el paciente esté mejor adaptado, se evitan los posibles efectos adversos con lo que disminuye la ansiedad y se mejora la calidad de vida de los pacientes.

Es necesario una mayor difusión sobre el papel de enfermería en la apnea del sueño para conseguir que los pacientes tengan mejores conocimientos sobre su enfermedad, un mejor manejo de los dispositivos y que haya un diagnóstico más rápido y un adecuado seguimiento.

6 Bibliografía

1. Pérez-Urría EA, García Castiñño E, Iturricastillo G, Landete Rodríguez P. Síndromes de apnea e hipopnea del sueño. *Medic.* 2022;13(63):3730-6.
2. Alexandropoulou A, Vavougios GD, Hatzoglou C, Gourgoulisanis KI, Zarogianis SG. Risk Assessment for Self Reported Obstructive Sleep Apnea and Excessive Daytime Sleepiness in a Greek Nursing Staff Population. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8):468.
3. Patch JR. Treatment options for obstructive sleep apnea. *CMAJ*. 2018;190(45):E1340.

Capítulo 20

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CENTRADAS EN LA DISFAGIA

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

1 Introducción

1. En primer lugar pasaremos a explicar ¿Qué es la disfagia?

Por disfagia se entiende la dificultad para tragar. Cuando un paciente presenta disfagia, tiene una condición médica que resulta grave o muy grave para el paciente. Por lo que se requiere tratamiento inmediato y, a veces, permanente. La disfagia puede presentarse tanto a alimentos sólidos como a líquidos. Pero, en ocasiones, puede ser imposible ingerir ambos estados. Los pacientes que padecen este trastorno no pueden transportar los líquidos o los sólidos desde la boca o la faringe al interior del resto de estructuras corporales relacionadas con la alimentación.

El trastorno de la disfagia se produce en una de cada diecisiete personas en el territorio Español. Ese porcentaje de personas desarrollarán disfagia en algún momento de su vida, ya sea por procesos transitorios o crónicos. Los datos epidemiológicos aportados los podemos verificar por la Organización Mundial de

Gastroenterología, en sus artículos publicados en internet.

1.2. ¿Cuál es la etiología/origen de la disfagia?

En la actualidad, dentro de la disfagia encontramos o distinguimos dos tipos. Esta clasificación se realiza según la parte estructural del cuerpo humano afectada.

- Primero hablaremos de la disfagia esofágica:

Los usuarios con disfagia que presentan un problema en el esófago encuentran grandes dificultades para tragar alimentos de tipo sólido.

No son capaces de masticar correctamente. Por lo que suelen babeear y toser al alimentarse. Encontramos una afectación en la calidad de su voz. Esta vira / cambia después de tragar. Además presentan odinofagia, dolor al deglutir.

- Los pacientes que presentan disfagia orofaríngea:

Tienen los músculos de la garganta afectados, lo que dificulta el paso de los alimentos de la boca al esófago cuando comienza a tragar. Puede sufrir atragantamiento, suelen tener arcadas o tosen cuando intenta tragar. Frecuentemente tienen la sensación de que la comida o los líquidos bajan por la tráquea o suben por la nariz. Les resulta más difícil tragar líquidos que a los pacientes con disfagia esofágica.

1.3. Complicaciones.

Los pacientes con disfagia presentan una depleción en su salud. Pudiendo aparecer enfermedades ocasionadas por su disfagia.

Entre estas encontramos la desnutrición y la deshidratación, por falta de ingestión de estos o por una ingestión deficiente.

Se puede llegar a producir una neumonía por aspiración tanto de alimentos sólidos como líquidos. Y esta puede producir una infección respiratoria.

En casos extremos puede producirse la muerte por atragantamiento, asfixia.

2 Objetivos

Exponer las principales intervenciones que pueden realizar los profesionales de enfermería para tratar y prevenir complicaciones en los pacientes que presentan disfagia tanto a sólidos como a líquidos.

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

Los profesionales de enfermería pueden realizar medidas dietéticas en los pacientes que presentan disfagia. A continuación, se pasará a explicarlas:

- En primer lugar se deberá respetar los gustos culinarios del paciente. Adaptaremos la dieta a sus preferencias culinarias.
- Se realizará una dieta balanceada, la cual sea capaz de cubrir sus requerimientos nutricionales.
- Nunca se suministrará la alimentación con equipos como las jeringa.
- Deberemos evitar administrar los líquidos mediante el uso de una botella o con el uso de pajitas.
- La comida se presentará de forma atractiva. No se servirán grandes cantidades, sino en pequeñas cantidades.
- No se deberá mezclar distintas texturas (no mezclar líquidos junto a sólidos).

Un ejemplo sería no administrar yogures con frutas, sopa con fideos o leche con galletas.

- Se utilizará una cuchara de tipo postre para ayudar con el acto de la alimentación.

Esto se realizará, ya que los volúmenes pequeños son más fáciles de tragar que los grandes.

- Los alimentos se enriquecerán para conseguir que, a través de pequeñas cantidades, de alimentos se consiga aumentar los nutrientes aportados. Esto se conseguirá añadiendo carbohidratos (sémola, tapioca), grasas (nata, aceite de oliva, mantequilla), proteínas (queso rallado, clara de huevo) o los suplementos proteicos o energéticos.
- Deberemos evitar dentro de los alimentos fibrosos aquellos que desprendan hebras, contengan semillas o espinas o que formen grumos al servirse.
- Se deberá beber los líquidos en vaso ancho y bajo.

Dentro de las medidas higiénicas en las que el profesional enfermero puede incidir encontramos:

- Realizar o colaborar en una adecuada higiene bucal. Esta se realizará antes y después de las principales comidas.
- En el caso de que el paciente no pueda realizar por sí mismo la limpieza bucal, se realizará a través de una gasa impregnada en colutorio.

En las medidas posturales encontramos:

- Mantener una adecuada alineación corporal (incorporado a 90°), para evitar el riesgo de broncoaspiraciones.
- Realizar una ligera flexión del cuello durante la alimentación /hidratación: barbilla inclinada hacia el pecho hasta que trague.
- El paciente estará preferiblemente sentado, pero si se ha de administrar en la cama se elevarán ligeramente las rodillas con almohadas. La posición corporal mínima necesaria para una adecuada alimentación de calidad para administrar en la cama es a 45°.
- Mantener la postura corporal de 20 a 30 minutos después de la administración de comida.
- Si el paciente tiene hemiparesia, se girará la cabeza hacia el lado afectado para que cuando se administre la alimentación, el bolo alimenticio se desplace por el lado no afectado.

Dentro de las intervenciones ambientales encontramos:

- Mantener un ambiente tranquilo. Evitar distracciones o estímulos que puedan interferir con el acto de deglutir.
- No hablar mientras se coma o beba. Ya que durante el acto de hablar se produce la apertura de la vía respiratoria de forma involuntaria y se incrementa el riesgo de atragantarse.
- Dar el suficiente tiempo, el necesario, para que pueda comer despacio y masticar adecuadamente. Evitaremos así la fatiga en el paciente.
- No administrar la comida en el caso de que el paciente esté somnoliento.
- No forzar al paciente a ingerir la comida. Si el paciente no quiere comer, no se le obligará.
- No comer en el caso de que se sienta con somnolencia.
- Evitar administrar nuevos alimentos mientras aún tenga restos de la anterior toma alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales enfermeros realizan su labor asistencial de forma directa con el paciente /usuario. De ellos depende en gran medida el cuidado de los pacientes que presentan alteraciones estructurales que impiden la ingestión de líquidos o sólidos. Sus intervenciones previenen las complicaciones por estas patologías y mejoran la salud de dichos pacientes.

Dentro de estas intervenciones los profesionales de la enfermería actúan realizando modificaciones dietéticas, en el ámbito higiénico y ambiental, además de ayudar con la posición del paciente durante la ingestión.

Una de cada diecisiete personas presentarán en algún momento de su vida disfagia. Por lo que un correcto abordaje y prevención de las complicaciones es fundamental.

6 Bibliografía

1. Dysphagia[Sede Web]. MSD Manual Professional Edition. [acceso el 08 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/dysphagia>.
2. Dysphagia [Sede Web]. Mayo Clinic. [acceso el 08 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dysphagia/symptoms-causes/syc-20372028>.
3. Adult dysphagia [Sede Web]. American Speech-Language-Hearing Association. ASHA;[acceso el 08 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www2.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942550&section=Assessment>.
5. Calvo I, Olivar J, Martínez E, Rico A, Díaz J, Gimena M. MNA® Mini Nutritional Assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults; rationales and feasibility. *Nutr Hosp*. 2012; 27(5): 1619-1625.
6. Navamuel C, Tío A, Fraile B, Herrero E. Nursing intervention in oropharyngeal dysphagia in the Neurological Nursing consultation. *ochrons*. 2019. Available at: <https://revistamedica.com/intervencion-enfermera-disfagia-orofaringea/>.
7. Souza GAD de, Silva RG da, Cola PC, Onofri SMM. Resíduos faríngeos nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. *CoDAS*. 2019;31(6):e20180160

Capítulo 21

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES EN NEFROLOGÍA

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

1 Introducción

Varios términos en el campo de la diálisis son cruciales para entender este trabajo. La nefrología es un campo de estudio que se encarga de averiguar cómo funcionan los riñones y cómo es su anatomía. La hemodiálisis es un procedimiento que se usa para tratar la insuficiencia renal y reemplazar la capacidad periódica de filtrado de sangre de los riñones. La diálisis: se cree que este método de eliminar el exceso de agua y desechos del cuerpo es artificial. De aquí en adelante, se comentará el hecho de que enfermería en el campo de la nefrología se encargará de cuidar a los pacientes con alguna patología renal. Hay cuatro componentes para el cuidado del paciente en el proceso de hemodiálisis de enfermería:

1. estrategia de educación para la salud.
2. Para controlar esos factores de riesgo, vigílelos.
3. Mantener el funcionamiento vascular adecuado bajo su control.
4. Corregir las posibles complicaciones derivadas de la patología o tratamiento.

Como personal de enfermería, debemos actuar de acuerdo con lo que significa una patología crónica para un paciente y su familia, porque el paciente que está inscrito en un programa de hemodiálisis es un paciente crónico. Es imprescindible, especializarse en dicha área para estar capacitados para trabajar en ella.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de enfermería en hemodiálisis.
- Exponer los conceptos básicos del área de diálisis.
- Estudiar el proceso de hemodiálisis y la intervención desde enfermería.

3 Metodología

Para este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: enfermería, hemodiálisis, diálisis, nefrología.

4 Resultados

Cuando nos referimos a la atención integral de enfermería en el contexto de diálisis o hemodiálisis, no queremos decir que esta profesión realiza el trabajo únicamente; más bien, está formado por un equipo multidisciplinario, que realiza el trabajo. De manera particular, la enfermería brindaría cuidados fundamentales al paciente durante todo el proceso de la patología (junto con el TCAE).

En esta atención integral, ayudaremos al paciente a afrontar cualquier problema bio-psico-social que pueda surgir para él y su familia a medida que la patología avanza hacia la cronicidad.

Podemos destacar las siguientes funciones o roles que juega el personal de enfermería en hemodiálisis:

- Recibir al paciente en la estación de dializado.
- Explicar el proceso de hemodiálisis a la familia del paciente y proporcionar cualquier otra información que puedan necesitar.
- Para comprender el estado del paciente, recopilar toda la información básica y clínica.

- Mientras el paciente recibe tratamiento, prestar mucha atención, ofrecer apoyo y mostrar cuidado.
- Reconocer las demandas de acción. Se requiere que la enfermería observe cualquier cambio que ocurra durante la hemodiálisis.
- Trabajo en equipo.
- Colaborar con el médico durante todo el procedimiento y obedecer sus indicaciones. - Vigile al paciente según sea necesario.
- Aplicar los métodos para el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Controlar y supervisar el material estéril.
- Reponer los materiales necesarios.
- Instruir a la paciente y su familia sobre su atención médica mientras le asesora continuamente sobre su cuidado.

Todas estas tareas y funciones generan la necesidad de especialización y educación permanente para el manejo efectivo de los dispositivos, provisión de componentes para hemodiálisis y manejo de la patología. Incluimos esto en la lista de habilidades sociales y de comunicación necesarias para formar la relación paciente-personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión de la literatura pertinente, podemos concluir que desde la perspectiva del personal de enfermería, es bastante fundamental conocer específicamente la patología y utilizar todos los equipos e insumos necesarios que se necesitan para realizar la hemodiálisis sin poner en riesgo al paciente.

El conocimiento de la patología permitirá al personal de enfermería, poder diagnosticar cualquier cambio que se pueda observar en los pacientes, ya que estarán dotados de las herramientas necesarias para investigarlos. Para prevenir infecciones en el paciente por su estado vulnerable, además de todos estos conocimientos especializados, debe seguir las normas de esterilización y sanitización.

6 Bibliografía

<https://medicoplus.com/nefrologia/enfermedades-renales-mas-comunes>
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-tractinfection/symptoms-causes/syc-20353447>
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-tractinfection/symptoms-causes/syc-20353447#!>
 Temario de Cuidados Básicos Aplicados a las Necesidades Humanas.

Experiencia laboral de los autores:

- Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.
- Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid
- _Residencia San José (Perteneiente a la Diputación de Ciudad Real -Castilla La Mancha-).

Capítulo 22

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida y de la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas gracias a nuevas terapias y técnicas han hecho que los cuidados paliativos supongan un elemento clave para ofrecer una atención sanitaria de calidad.

En nuestro país, requieren anualmente de cuidados paliativos miles de personas debido a enfermedades degenerativas. Según la OMS, “los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales” (2)

Inicialmente, estos cuidados comenzaron prestándose a pacientes oncológicos al final de la vida; sin embargo, actualmente se ofrecen a personas con enfermedades crónicas y no necesariamente al final de la enfermedad.

La ciencia enfermera es la profesión que mayoritariamente presta cuidados paliativos en todos los entornos clínicos.

Actualmente, los cuidados paliativos son considerados un componente integral de la práctica enfermera. En los últimos años, ha habido un cambio en la forma en la que se ofertan estos cuidados paliativos, ya que se ha producido una medicalización y especialización que les ha hecho evolucionar y esto ha supuesto un gran impacto en las actividades enfermeras que brindan estos cuidados. (1)

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer cuáles son los principales problemas de salud que presentan los pacientes con necesidades paliativas y las intervenciones que prestan las enfermeras en estos pacientes.

2 Objetivos

- Conocer los principales problemas que presentan los pacientes que precisan cuidados paliativos.
- Conocer las intervenciones de enfermería adecuadas para estos pacientes.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PUBMED utilizando las palabras clave : "palliative care" y "nurse". Además para enlazar ambos términos se empleo el operador boreano "AND".

Se aplicaron unos criterios de inclusión tales como:

- Fecha de publicación posterior a 2010
- Textos completos gratuitos.
- Artículos en inglés y español.

4 Resultados

El objetivo de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento de los pacientes con enfermedades terminales y mejorar su calidad de vida. Estos pacientes y sus familias requieren una atención diaria de un equipo interdisciplinar que brinde atención integral, continua y personalizada. En muchas ocasiones estos cuidados comienzan en las primeras etapas de la enfermedad, por lo que la atención primaria es una parte fundamental. (2)

Según la OMS, los cuidados paliativos dependen de políticas de salud adecuadas, disponibilidad y conocimiento en el manejo de fármacos opioides, capacitación de los trabajadores del equipo multidisciplinar e implementación de estos cuidados a todos los niveles asistenciales.

Diferentes estudios indican que las enfermeras de atención primaria pueden llevar a cabo cuidados paliativos de calidad, aunque su formación en ocasiones sigue siendo deficiente, por lo que se requiere una formación específica para poder atender las demandas de las personas con necesidades paliativas y sus familias.

(2)

Algunos de los principales cuidados de enfermería con respecto a los problemas que encontramos son:

- Alteración de la nutrición: pueden presentar dificultad al tragar, masticar, deglutir, presentar vómitos o náuseas, diarreas, entre otros. El objetivo será que el paciente coma lo que quiera y cuando quiera con base en las posibilidades que tenga, las enfermeras propondrán a la familia presentar las comidas de la forma más atractiva posible, incluir alimentos frescos (ejemplo: yogures). (3)
- Anorexia por pérdida de apetito, frecuente en pacientes oncológicos por los efectos provocados por la quimioterapia (úlceras, aftas bucales...). Propondremos tomas frecuentes y con pocas cantidades de alimento, evitar comidas pesadas, muy grasas o irritantes, evitar comidas calientes. No obligar a la ingesta ofrecer líquidos frecuentemente. (3)
- Náuseas y vómitos, en ocasiones ocasionados como efecto también de los tratamientos oncológicos, junto con el tratamiento médico se debe instruir a la familia en evitar olores fuertes en las comidas, comer pequeñas cantidades, beber líquidos en pequeños sorbos, descansar sentado después de comer. (3)
- Estreñimiento: Propondremos aumentarla la ingesta de líquidos, aumentar la actividad física dentro de las posibilidades, aumentar la ingesta de fibra (frutas y verduras), administrar laxantes de forma regular o aplicación de enemas. (3)
- Cuidados de la piel, estos pacientes al presentar un estado nutricional en la mayoría de casos deficiente es más frecuente la sequedad de la piel, lo que hace que esté más expuesta a agresiones. Por ello se debe realizar una buena higiene corporal, uso de jabones de pH neutro, cremas emolientes, evitar la humedad en los pliegues y realizar cambios posturales adecuados. (3)
- Disnea, es una sensación subjetiva de falta de aire, precisa una actuación rápida, esta puede ser provocada por obstrucción de la vía aérea o por alguna complicación de la enfermedad. El tratamiento consiste en el empleo de O₂ si fuera necesario, administración adecuada de medicación, instruir a la familia para saber transmitir a la paciente tranquilidad y confianza, colocarlo en posición confort-

able, administrar aerosoles prescritos y en caso necesario avisar al servicio de atención médica. (3)

- Manejo del dolor, en la actualidad existen múltiples fármacos que permiten un control adecuado en la mayoría de casos del dolor en estos pacientes, la vía de elección en el paciente paliativo será la vía oral siempre que esta esté disponible. Como recomendaciones se debe creer siempre al paciente, no juzgar ni desconfiar de sus síntomas, no administrar nunca placebos. (3)

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras que desarrollan su actividad en el ámbito de la atención primaria actualmente tienen un bajo nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos. Este conocimiento, según algunos estudios revisados, aumentan en aquellas que han recibido una formación específica.

Por otro lado, los familiares de los pacientes que reciben estos cuidados identifican actitudes mucho más positivas en aquellas enfermeras con mayor formación específica.

Son muchos y muy concretos los cuidados e intervenciones enfermeras en el ámbito de los cuidados paliativos, por lo que resultaría esencial implementar una formación específica dirigida a todos los profesionales que pretendan dar cuidados a estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Robinson J, Gott M, Gardiner C, Ingleton C. Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. *Int J Palliat Nurs*. 2017 Jul 2;23(7):352-358. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.7.352. PMID: 28756750.
2. Mengual TE, Chover-Sierra E, Ballestar-Tarín ML, Saus-Ortega C, Gea-Caballero V, Colomer-Pérez N, Martínez-Sabater A. Knowledge about Palliative Care and Attitudes toward Care of the Dying among Primary Care Nurses in Spain. *Healthcare (Basel)*. 2023 Apr 3;11(7):1018. doi: 10.3390/healthcare11071018. PMID: 37046946; PMCID: PMC10094341.
3. MINISTERIO DE SANIDAD. GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. CUIDADOS PALIATIVOS. Madrid: Instituto General de Gestión Sanitaria; 2022. pp. 102–114.

Capítulo 23

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DERIVACIONES URINARIAS

SANDRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La derivación urinaria es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para crear una nueva forma de eliminar la orina del cuerpo cuando el flujo de orina está bloqueado o cuando se debe evitar un área enferma en las vías urinarias.

Las vías urinarias son el sistema de drenaje del organismo para eliminar la orina, que está compuesta de toxinas y exceso de líquido. Las vías urinarias están diseñadas para que la orina fluya de los riñones a la vejiga a través de los uréteres y salga por la uretra. Cuando la orina no puede fluir normalmente, puede acumularse en la vejiga, los uréteres o los riñones. Esta acumulación de orina podría causar dolor, infecciones de las vías urinarias, piedras o cálculos urinarios, lesión en las vías urinarias o insuficiencia renal. Si se deja sin tratar, la acumulación de orina en las vías urinarias puede ser potencialmente mortal.

La derivación urinaria puede ser temporal, es decir, el flujo de orina se deriva durante varios días, semanas o, a veces, meses hasta que la orina pueda volver a fluir normalmente. También puede ser permanente, es decir, se hace una cirugía para crear un cambio permanente en la forma en que la orina fluye a través del cuerpo.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes causas que precisan una derivación del aparato urinario.
- Indicar la clasificación de las derivaciones urinarias.
- Conocer los cuidados de enfermería que se llevan a cabo en pacientes con derivaciones urinarias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica entre septiembre y octubre de 2023.

La búsqueda se ha realizado en diferentes fuentes de información como las bases de datos Pubmed-Medline, Cuiden, Lilacs, la editorial Elsevier, la biblioteca virtual Scielo y repositorios como Dialnet. Además, se utilizaron páginas web y revistas científicas.

4 Resultados

Existen diferentes causas que pueden precisar una derivación del aparato urinario:

1. Por tumores: neoplasias en distintos órganos del aparato urinario. El cáncer de vejiga es el más frecuente y requiere la extirpación de la vejiga, procedimiento conocido como cistectomía. También neoplasias en órganos adyacentes, como algún tumor ginecológico.
2. Por vejiga neurógena: ya sea por lesión medular congénita (espina bífida) o traumática, lesiones cerebrales o lesiones neurológicas.
3. Por uropatías obstructivas.
4. Por malformaciones congénitas
5. Por traumatismos del aparato urinario.

La clasificación de las derivaciones urinarias es la siguiente:

1. Continentes:
 - 1.1. Ortotópicas: cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utiliza la vía natural o la uretra.
 - Ureteroileouretrostomía (sustitución vesical): se trata de técnicas de sustitución vesical que respetan la vía excretora natural, es decir, la uretra. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para realizarla: Camey I, Camey II, Padovana.
 - 1.2. Heterotópicas: cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural, como el tubo digestivo o la piel.

- Ureterosigmoidostomía (uréteres a sigma).
- Urostomía continente (con estoma muco cutáneo). Consiste en aislar una porción de íleon para construir un reservorio o neovejiga a la que se abocarán ambos uréteres. Con el apéndice o con una porción del íleon, se construye una válvula hidráulica que se aboca a la piel a modo de pequeño estoma. Dicha válvula funcionará de forma mecánica impidiendo la salida de la orina. Para evaluar la orina y vaciar el reservorio es necesario realizar un sondaje intermitente que se ha de realizar 5-6 veces al día.

2. No continentes

2.1. Heterotópicas:

Mediante sonda o catéter:

- Nefrostomía. Inserción de un catéter de la piel a parénquima renal, a través de los cálices renales.
- Pielostomía. Técnica quirúrgica mediante la cual se coloca el catéter en la pelvis renal, quedando exteriorizado en el flanco abdominal correspondiente. Suele realizarse de forma temporal, ya que no permite la reposición del catéter. No afecta al parénquima renal.
- Talla suprapúbica.
- Cistostomía.

Con estoma mucocutáneo:

- Ureteroileostomía cutánea tipo Bricker. Consiste en aislar una porción de íleon para crear un conducto ileal al que se abocaran ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal se lleva a la piel para construir un estoma protruyente. Por el estoma, además de la orina, se expulsará el moco segregado por la porción de intestino.
- Ureterostomía cutánea. Consiste en abocar un uréter a través de la pared abdominal y unirlo a una abertura en la piel con la consiguiente salida de orina a las 24 horas. Se utiliza en pacientes muy deteriorados.
- Vesicostomía. Se sutura la vejiga a la pared abdominal y se crea una abertura a través de la pared abdominal y vesical para que salga la orina las 24 horas. Se relaciona con pacientes con enfermedades medulares.
- Uretrostomía.

Cuando la técnica empleada es la quirúrgica, los cuidados del postoperatorio inmediato son comunes a los que requiere cualquier paciente sometido a una intervención con anestesia general. Consisten fundamentalmente en la vigilancia y mantenimiento de las constantes vitales.

1. Cuidados de enfermería en pacientes con derivaciones urinarias realizadas mediante sonda o catéter.

Encaminados fundamentalmente a los cuidados del catéter, respecto a: la fijación, la permeabilidad y el estado de la zona de punción.

Recomendaciones:

- Forzar la ingesta de líquidos
- Recomendar que la bolsa de drenaje nunca este encima de la cintura, para evitar el reflujo de la orina
- Enseñar a detectar problemas y complicaciones, ya seas: cutáneos, relacionados con la salida u obstrucción del catéter o referentes al aspecto de la orina. Las urostomías se relacionan con una mayor incidencia de problemas en la piel periestomal que las colostomías.
- Insistir en que el paciente solicite una consulta inmediata en el caso de: fiebre, dolor, inflamación local, enrojecimiento, exudado, hematuria, etc.
- En caso de malos olores se puede echar vinagre diluido en la bolsa de orina nocturna, si precisa.
- Está contraindicado el ácido ascórbico en combinación con sulfamidas, debido a su cristalización en el riñón.
- Ciertas vitaminas provocan un aumento del olor urinario y modifican el color de la orina.

2. Cuidados de enfermería en pacientes con derivaciones urinarias realizadas mediante estoma mucocutáneo.

Se dividirán en:

- Cuidados preoperatorios. Estos pacientes, además de la preparación que necesita todo paciente sometido a una anestesia general, necesitarán técnicas de preparación intestinal que irán encaminadas a la eliminación de materia fecal, reducción de riesgo de infección, etc.
- Cuidados del postoperatorio inmediato. Cuidados de cualquier paciente sometido a cirugía abdominal mayor.

Si el paciente es portador de un Bricker: en los primeros días después de la intervención se dejarán cateterizados los uréteres.

- Cuidados en el postoperatorio tardío: hay que estimular la comunicación con el paciente y cuidador principal, con el fin de: facilitar la expresión de sentimientos, temores, etc.

Educación del paciente: se iniciará antes del alta para un adiestramiento correcto.

3. Cuidados de enfermería en pacientes con derivaciones continentes.

- Cuidados en el preoperatorio: preparación general, intestinal y psicológica.
- Cuidados en el postoperatorio inmediato: cuidados comunes del paciente sometido a una cirugía abdominal.

- Cuidados en el postoperatorio tardío: a continuación, se especifican los cuidados en el postoperatorio tardío para cada tipo de derivación:

Cuidados de la urostomía continente: explicar que a partir de ese momento tendrá que autosondarse la neovejiga a través del pequeño estoma de 5 a 6 veces al día.

Cuidados de la ureteroileoureterostomía: explicar que a partir de ahora, no tendrá reflejo de micción, por lo que deberá de evacuar la neovejiga cada 3-4 horas, incluso por la noche para evitar la distensión de la misma e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

- Las derivaciones urinarias son técnicas quirúrgicas que derivan el flujo de la orina a distinta altura del árbol urinario, sin retorno al mismo, de forma temporal o definitiva, sin que exista micción por el meato uretral.
- Todos los pacientes elegibles para derivación urinaria y sustitución vesical deben recibir asesoría y preparación preoperatorias cuidadosas que incluya una descripción detallada de los objetivos y posibles complicaciones de cada método.
- Con independencia del tipo de derivación urinaria, es obligatorio realizar un seguimiento para evitar las complicaciones. A ello se añade el seguimiento específico de la causa del obstáculo.
- Vivir con una derivación urinaria requiere algunos ajustes y algunas personas podrían sentirse desanimadas o deprimidas después de la cirugía. Podría resultarles útil hablar con un amigo, familiar, terapeuta o grupo de apoyo sobre cómo se sienten.

6 Bibliografía

1. Nouaille A. Derivación del aparato urinario superior con catéter ureteral, doble J, nefrostomía o derivación interna. Principios, técnicas y complicaciones. EMC - Urología. 1 de diciembre de 2022;54(4):1-21.
2. INTERVENCIONEDERIVACIONURINARIA.pdf [Internet]. [citado 4 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.chospab.es/TECNICAS/ficheros/INTERVENCIONEDERIVACIONURINARIA.pdf>.
3. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 4 octubre 2023]. Derivación urinaria - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-urologicas/derivacion-urinaria>.
4. McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 4 octubre 2023]. Derivación urinaria y sustitución vesical. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical>.

[com/content.aspx?sectionid=263439500&bookid=3071.](#)

Capítulo 24

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE ICTUS

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares suponen la tercera causa de muerte, la segunda de demencia y la primera de discapacidad en los países desarrollados. En España, en concreto, suponen la primera causa de muerte en mujeres y la tercera entre los hombres. (1)

La OMS define el accidente cerebrovascular como: “afección neurológica focal (o a veces general) de aparición brusca, que perdura más allá de las 24 horas (o causa la muerte) y su origen se presume vascular”. (2)

Existen principalmente tres tipos de accidentes cerebrovasculares: (2)

- Accidente cerebrovascular isquémico.
- Hemorragia intracerebral.
- Hemorragia subaracnoidea.

El accidente cerebrovascular es un evento relacionado con múltiples factores de riesgo, no todos tienen que estar presentes, pero influyen de forma

significativa para que se produzca. Algunos de ellos pueden ser modificables como (hipertensión, tabaquismo, inactividad física, alimentación, sobrepeso, alcoholismo). Sin embargo, encontramos otros factores de riesgo considerados ambientales sobre los que no podemos actuar, siendo la edad avanzada y el sexo masculino dos de ellos. (2)

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer las principales complicaciones y síntomas que presentan los pacientes tras sufrir un accidente cerebrovascular. Y además revisar la función de las enfermeras durante las primeras horas tras la lesión, concretamente en las unidades de ictus que han sido diseñadas específicamente para ello.

2 Objetivos

- Conocer las principales complicaciones que sufren los pacientes tras sufrir un accidente cerebrovascular.
- Conocer la función de enfermería en las unidades de ictus en nuestro país.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en el metabuscador Pubmed. Las palabras clave utilizadas han sido ‘NURSE’, ‘STROKE’ y ‘SPAIN’, para enlazar los términos se ha utilizado el operador booleano AND.

Se aplicaron unos criterios de inclusión y de exclusión:

- Criterios de inclusión: Fecha de publicación posterior o igual a 2005, idiomas inglés y español, texto completo gratuito.
- Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos artículos cuya fecha de publicación era anterior por ser de poca actualización, aquellos artículos en otros idiomas distintos del inglés y del español y los artículos que no permitían una descarga completa gratuita.

4 Resultados

El ictus supone una situación de emergencia neurológica, ya que precisa una atención inmediata (dentro de los primeros 60 minutos). El primer paso supone reconocer los síntomas, confirmar el diagnóstico con pruebas de imagen y aplicar las medidas terapéuticas en el menor tiempo posible para así minimizar el daño cerebral y disminuir las complicaciones y secuelas que puedan aparecer.

Por todo ello existe el llamado “Código Ictus” que supone un sistema de actuación protocolarizada.

Las unidades de Ictus son esenciales para la vigilancia de estos pacientes, ya que están formadas por un equipo coordinado y entrenado en el cuidado de esta enfermedad.

Alguna de las principales complicaciones que presentan estos pacientes son el déficit de oxígeno por el daño sobrevenido, la falta de líquidos o nutrientes, la inmovilización de alguna extremidad, la falta de sensibilidad en alguna zona corporal, la alteración de signos vitales (Hipertensión arterial, HTA, hiperglucemia, hipertermia) son algunos factores que empeoran el pronóstico.

La sintomatología más frecuente en los pacientes tras una lesión de este tipo incluye trastornos de la función cerebral que pueden quedar como secuelas permanentes o recuperarse: (2)

- Déficit motor unilateral o bilateral.
- Déficit sensitivo unilateral o bilateral.
- Afasia o disfasia.
- Hemianopsia (deficiencia visual en un campo visual).
- Desviación de la mirada
- Apraxia
- Ataxia
- Déficit de percepción

La detección precoz de estas complicaciones junto con el control y tratamiento de los síntomas son algunas de las actuaciones que el personal de enfermería lleva a cabo en estas unidades.

Según los artículos revisados, el 98% de las unidades de ictus españolas cuentan con un neurólogo de guardia disponible las 24 horas y con enfermeras especializadas. La mayoría de las unidades de ictus (80%) tenían entre 4 y 6 camas con monitorización continua no invasiva. La duración media del seguimiento no invasivo fue de 3 días. Todas las unidades de ictus y el 86% de los equipos de ictus tenían trombólisis intravenosa disponible, y el 81 % de las unidades de ictus y el 21 % de los equipos de ictus pudieron realizar la trombectomía mecánica, mientras que los centros restantes contaban con vías de derivación. El 77% de las unidades de ictus y el 50% de los equipos de ictus registran la actividad en los registros clínicos, pero en el 25% de los casos se completa menos del 75% de los datos. (1)

Algunas de las actividades que realiza el personal de enfermería consisten en la valoración neurológica del paciente por medio de escalas (Glasgow, canadiense,

CIHNS), control de constantes gracias a los dispositivos de monitorización no invasiva y registro de las mismas, toma de muestras y administración de medicación según las pautas médicas. (2)

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular supone una de las principales causas de muerte en nuestro país, es por ello que lograr abordarlo debe ser un objetivo importante para las políticas de salud. Actuar durante los primeros minutos es esencial para lograr disminuir la mortalidad y el riesgo de secuelas en estos pacientes. Del mismo modo, la vigilancia durante las horas posteriores son claves para evitar complicaciones y en el caso de que se produzcan poder tratarlas a tiempo.

La labor de enfermería en las unidades de ictus resulta primordial, para ello las enfermeras deben contar con una formación específica para detectar a tiempo complicaciones y lograr abordarlas de forma rápida.

En nuestro país, según la bibliografía revisada, la mayoría de unidades de ictus cumplen con las recomendaciones establecidas, aunque con respecto a la práctica enfermera se han encontrado algunas carencias a la hora de realizar los registros clínicos, por lo que podría ser un punto a cambiar para así mejorar aún más la atención de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Alonso de Leciñana M, Morales A, Martínez-Zabaleta M, Ayo-Martín Ó, Lizán L, Castellanos M; researchers from Ictus Project; GEECV-SEN. Characteristics of stroke units and stroke teams in Spain in 2018. Pre2Ictus project. Neurologia (Engl Ed). 2023 Apr;38(3):173-180. doi: 10.1016/j.nrleng.2022.03.001. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35780047.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares [Internet]. Switzerland; 2005 Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>.

Capítulo 25

ENFERMERÍA ANTE EL DUELO

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

RAÚL YELA SÁNCHEZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El duelo es una respuesta normal, saludable de una persona frente a una pérdida. Es un proceso adaptativo, ante una situación nueva y dolorosa ya sea por el fallecimiento de un ser querido, una ruptura emocional, la pérdida del empleo o de una amistad. También pueden ser causa de duelo cambios en el estilo de vida, como jubilación o cambio de residencia, o cambios en la salud de uno mismo o de un ser querido. En sí el duelo no es un proceso patológico sino que permite a la persona a enfrentarse y a adaptarse a la nueva situación pasando por diferentes fases. Cuando fracasa este proceso de adaptación y en lugar de avanzar en las fases del duelo la persona se queda bloqueada, los síntomas se extienden en el tiempo; desarrollándose el duelo patológico.

La enfermera desempeña un papel vital en la atención y preparación al duelo debido a su atención directa y continua con los pacientes y sus familiares. Es por ello que es importante que el personal de enfermería esté capacitado para identificar en qué fase se encuentra el paciente para poder ofrecer la ayuda más acorde a sus necesidades. Son varios los diagnósticos enfermeros existentes para

abordar esta situación y en la última actualización de la clasificación NANDA-I (2021-2023) se han retirado los diagnósticos 00136 Duelo, Duelo anticipado, 00135 Duelo complicado y 00172 Riesgo de duelo complicado. En su lugar, los enfermeros utilizaremos los diagnósticos 00301 Duelo no adaptativo, 00302 Riesgo de duelo no adaptativo y 00285 Disposición para mejorar el duelo.

2 Objetivos

Conocer el proceso del duelo.

Identificar las fases del proceso de duelo.

Estudiar la participación de Enfermería ante el duelo.

Manifestar el papel del enfermero en el acompañamiento del duelo.

3 Metodología

Las principales fuentes de información bibliográficas han sido bases de datos (Pubmed, Scielo, Dialnet Plus y Cuiden Plus) en donde se ha trabajado con artículos en español y en inglés con una antigüedad máxima de 10 años. Así como con libros obtenidos de la Biblioteca de la Universidad de Enfermería en Guadalajara, guías prácticas y páginas web. Se han empleado palabras clave como duelo, muerte, cuidados de enfermería y pérdida.

4 Resultados

El duelo es una de las experiencias más duras que todos llegamos a sufrir en algún momento de nuestras vidas. La forma de afrontarlo, la duración y las manifestaciones varían mucho de una persona a otra. Estas manifestaciones dependen de la edad, cultura, recursos y sobre todo de las experiencias previas que tenga la persona que lo padece. Nos podemos encontrar con síntomas físicos como son dolor de cabeza, temblores, pérdida de apetito, pérdida o ganancia de peso, dolor muscular, agotamiento, insomnio. También podemos encontrarnos con síntomas cognitivos, como falta de concentración, confusión e incluso alucinaciones. Y por supuesto, síntomas emocionales como ansiedad en diferentes grados, síntomas depresivos, autoculpabilización, sentimiento de ira, estrés excesivo, miedo, tristeza, llanto, incredulidad, impotencia o sentimiento de alivio.

Son muchos los pensadores que han intentado explicar el proceso de duelo, desde Freud en su obra Duelo y Melancolía (1917), Lindemann (1944) refuerza el modelo

propuesto por Freud, Bowlby (1961), Parkes (1964).... llegando a Elisabeth Kübler-Ross que elabora el Modelo Kübler-Ross (1969). Nos centraremos en esta última autora ya que no sólo clasifica el duelo en etapas sino que además clasifica las intervenciones de enfermería de acuerdo a cada una de las etapas. Estas son:

Fase de Negación: Primera etapa con una duración de minutos a días (no más de 15 días para que no se patologice). Es un modo de protegerse uno de la realidad y es necesaria esta etapa para darnos tiempo, para prepararnos, antes de afrontar la situación que nos provoca el dolor. Proporciona un alivio transitorio. La enfermería en esta fase debe dar soporte verbal e iniciar una relación de ayuda pero nunca reforzar la negación, ya que es importante salir de esta etapa para digerir la pérdida.

Fase de Ira: Rabia por impotencia y frustración por pérdida de control de lo que está aconteciendo. Esta ira se proyecta a las personas más cercanas y a aquellas que le prestan ayuda. No tomar la ira como algo personal. La enfermera deberá ayudar a la familia y al paciente a entender que la ira no es personal y que es una de las etapas por la que el paciente ha de pasar para continuar a la siguiente fase. La enfermera deberá tolerar y aceptar esta ira o rabia, sin sentirse ofendida por las expresiones de hostilidad y fomentar a la expresión de los sentimientos.

Fase de Negociación: La persona tiene la esperanza de que nada cambie y que puede llegar a influir ella de algún modo para que no ocurra. Surge un sentimiento de auto culpa. Situaciones por ejemplo, negociar su muerte a cambio de una buena conducta para alargar el tiempo de vida, explorar opciones de tratamiento a pesar de no tener cura o búsqueda de la persona fallecida, creer que va a aparecer. La enfermera en esta fase deberá establecer entrevistas periódicas que permitan una escucha activa y realizar un buen seguimiento del duelo, además de intentar desculpabilizar al paciente.

Fase de Depresión: Es una etapa larga que se prolonga de 6 a 8 meses. Sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad que va disminuyendo a medida que pasa el tiempo. Podemos encontrarlos con aislamiento social de la persona, falta de motivación e incluso la idea o tentativa de suicidio debido a la incapacidad de enfrentarse o adaptarse al dolor o a la soledad. Muchas veces el paciente no se atreve a hablar de estos sentimientos por lo que la enfermera debe estar pendiente del lenguaje no verbal y demostrarle que estos sentimientos son normales en esta etapa, que es importante hablar sobre ellos para que paulatinamente desaparezcan.

Fase de Aceptación: Es la última fase y no por ello fácil. La persona debe aceptar lo perdido o lo que va a perder y no hay marcha atrás. Llegar a este punto requiere un gran trabajo, pasando por todas las etapas anteriores. Es el momento en que reconocemos que la pérdida forma parte de la existencia.

El duelo se puede resolver o convertirse en patológico si después de un tiempo la persona sigue con síntomas. Un duelo bien elaborado ayuda a desarrollar capacidades para afrontar futuras situaciones de frustración, sufrimiento o pérdida. Pero si el duelo con el tiempo no se resuelve, puede llegar a desarrollarse en la persona problemas emocionales e incluso trastornos psicopatológicos. Así, como enfermeros, nuestra labor será guiar al paciente por las distintas fases del duelo, permitiéndole que vaya avanzando y vigilando que no se atasca en ninguna de las fases. Le proporcionaremos un ambiente terapéutico seguro, facilitar la expresión de duelo, apoyo emocional, atención afectiva y cuidados profesionales en cada una de las visitas periódicas que realizaremos, dando apoyo y compartiendo su preocupación. Utilizaremos los diagnósticos enfermeros de la última actualización de la NANDA:

00301 Duelo no adaptativo: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales.

Factores relacionados:

- Dificultad para tratar con crisis recurrentes
- Alteración emocional excesiva
- Vinculación ansiosa
- Apoyo social inadecuado
- Vinculación evitativa

Características definitorias:

- Ansiedad
- Disminución de la realización del rol de vida
- Síntomas depresivos
- Disminución de los niveles de intimidad
- Incredulidad
- Estrés excesivo
- Experimenta síntomas que había padecido el fallecido
- Expresa ira
- Expresa estar abrumado
- Expresa malestar en relación con la persona fallecida

- Expresa sensación de sentirse separado de los demás
- Expresa sentimientos de vacío
- Expresa sensación de aturdimiento
- Expresa conmoción
- Fatiga
- Síntomas gastrointestinales
- Evitación del duelo
- Aumento de la morbilidad
- Anhelo de la persona fallecida
- Desconfianza de los demás
- No aceptación de una muerte
- Recuerdos dolorosos persistentes
- Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida
- Cavilación sobre la persona fallecida
- Búsqueda de la persona fallecida
- Autoculpabilización

Población de riesgo:

- Personas en desventaja económica
- Personas que experimentan pérdidas inaceptables
- Personas que experimentan muerte súbita de personas significativas
- Personas que experimentan muerte violenta de personas significativas
- Personas insatisfechas con la notificación de la muerte
- Personas que han presenciado síntomas incontrolados del fallecido
- Personas con antecedentes de abuso infantil
- Personas con antecedentes de duelo no resuelto
- Personas con dependencia significativa del fallecido antes de la muerte
- Personas con fuerte proximidad emocional al fallecido
- Personas con conflictos no resueltos con el fallecido
- Personas sin empleo remunerado
- Mujeres

00302 Riesgo de duelo no adaptativo: Susceptible de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

- Dificultad para tratar con crisis recurrentes

- Alteración emocional excesiva
- Vinculación ansiosa
- Apoyo social inadecuado
- Vinculación evitativa

00285 Disposición para mejorar el duelo: Patrón de integración de una nueva realidad funcional que emerge tras una pérdida significativa real, anticipada o percibida, que puede ser reforzado

Características definitorias:

- Expresa deseos de llevar a cabo el legado del fallecido
- Expresa deseos de implicarse en actividades previas
- Expresa deseo de mejorar el afrontamiento del dolor
- Expresa deseo de mejorar el perdón
- Expresa deseo de mejorar la esperanza
- Expresa deseo de aumentar el crecimiento personal
- Expresa deseo de mejorar el ciclo sueño-vigilia
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de ira
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de desesperación
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de culpabilidad
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de remordimiento
- Expresa deseo de integrar los sentimientos positivos
- Expresa deseo de integrar los recuerdos positivos del fallecido
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida feliz
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida significativa
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida con propósito
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida satisfactoria
- Expresa deseo de integrar la pérdida
- Expresa deseo de invertir energía en nuevas relaciones interpersonales

5 Discusión-Conclusión

Todos pasamos por momentos de pérdida de un ser amado, o de alteraciones de nuestra vida cotidiana que amenazan la estabilidad emocional. Por cada proceso de duelo que sufrimos, nos va dando herramientas para poder afrontar los siguientes que vengan. Cada duelo es distinto, incluso en una misma persona. El duelo es una respuesta normal, un proceso de adaptación a una nueva situación, es único en cada persona y lleno de matices. Se pasa por varias etapas o fases pero no siempre en un orden y no tiene por qué existir todas las etapas en un

duelo. También son varios los factores que determinan cómo puede ser el duelo. Debido a esta complejidad, es importante que enfermería tenga conocimiento sobre el duelo, cuál es el proceso, sus etapas y estar pendientes de la evolución; ayudando y apoyando para que el proceso no se vuelva patológico y en caso de que así ocurriera, tener conocimientos suficientes para conseguir una correcta intervención en la detección, ayuda y resolución del problema. Enfermería está en una situación privilegiada para ayudar en este proceso debido a la facilidad de acercamiento tanto en consulta como en visitas domiciliarias.

6 Bibliografía

1. El duelo y sus etapas. Intervenciones de Enfermería. 2017 [Internet] [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/duelo-etapas-intervenciones-de-enfermeria/>
2. Diario Enfermero. El duelo en tiempos de COVID: cuidados enfermeros al final de la vida [Internet]. 2021 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/el-duelo-en-tiempos-de-covid-cuidados-enfermeros-al-final-de-la-vida/>
3. FMLC. ¿Qué es el duelo? [Internet]. Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC) - Mejoramos la vida de las personas a través de la salud y la educación. 2013 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionmlc.org/que-es-el-duelo/>
4. Línea TP en el duelo: síntomas, causas y tratamiento [Internet]. 2019 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.terapify.com/blog/el-duelo-sintomas-causas-y-tratamiento/>
5. Investigación Revista Sanitaria. Papel de la enfermería ante el proceso de duelo tras un fallecimiento [Internet]. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermeria-ante-el-proceso-de-duelo-tras-un-fallecimiento/?utm_content=cmp=true
6. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. [Internet]. 2007 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
7. Soto O, Soto PO, Falcón P, Volcanes M, Falcón M. Enfermería Global [Internet]. Isciii.es. [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
8. Smud M. Del duelo en la historia a nuestra actualidad [Internet]. Aacademica.org. [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aacademica.org>

org/000-044/854.pdf

9. Chozas JMV. Listado de Diagnósticos NANDA-I Actualizado 2021-2023 [Internet]. Enfermería Actual. 2020 [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>

10. Jesús Ruíz García. Duelo y sus fases. José Ramón Martínez-Riera/Rafael del Pino Casado. Manual práctico de enfermería comunitaria. 2ª edición. Barcelona. Elsevier. 2021. p. 201-05.

Capítulo 26

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA PROGRAMACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ESTUDIO DESCRIPTIVO

ESTHER CAMPA MENENDEZ

SARA GONZÁLEZ TERUEL

1 Introducción

Un trauma puede considerarse como una enfermedad multisistémica que a día de hoy es tan frecuente que se ha llegado a definir como una epidemia no resuelta. Antiguamente, el objetivo del tratamiento de las fracturas era la cicatrización o consolidación ósea, pero en la actualidad este objetivo es insuficiente. El desenlace quirúrgico de muchas lesiones resulta la mejor en cuanto a una fijación estable, movilidad precoz y buen manejo de partes blandas. Cada día toma mayor importancia los implantes diseñados anatómicamente, las técnicas mínimamente invasivas, cirugías asistidas con diagnósticos por imagen en tiempo real. La dinámica de la sociedad actual exige que la consolidación del hueso se realice en el menor tiempo posible y en ausencia de complicaciones. La traumatología avanza hacia un abordaje de mínima invasión para que la reincorporación del paciente a su vida y actividad previas a la cirugía ocurra de la forma más rápida posible; de hecho, cuanto menor es el tiempo de abordaje, menores son

las complicaciones postoperatorias. La traumatología y ortopedia acoge un gran número de patologías derivadas de nuestro amplio sistema músculo esquelético, ya sean patológicas, congénitas o degenerativas. En los datos recolectados nos encontramos con un gran número de casos catalogados como Osteoartrosis; sin embargo, existen también gran número de fracturas que podemos encontrar desde niños o personas en edad adulta, que están relacionados en muchas ocasiones con actividades deportivas y traumas derivados de la conducción automovilística o incluso accidentes en el ámbito laboral. Fracturas que hace años hubieran dejado importantes secuelas, incluso de manera incapacitante hoy en día se resuelven con gran avance tecnológico, para devolver y restaurar la funcionalidad completa en muchas de las ocasiones mediante placas, tornillos y clavos (lo que bien se denomina osteosíntesis) perfectamente diseñados y adaptados para dar una gran calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo fue: detectar en qué mes del año 2022 se realizaron más operaciones traumatológicas y qué mes fue el de menor incidencia en operaciones de este tipo.

Como objetivos secundarios:

- ☒ Clasificar si este tipo de operaciones son más comunes en hombres o mujeres.
- ☒ Conocer en que rango de edad los pacientes son sometidos a las diferentes operaciones traumatológicas que existen y qué tipo de operación es más común, a una edad temprana y cuáles a una edad más madura.
- ☒ Informar a qué tipo de estancia hospitalaria será sometido tras intervención: hospitalización, CMA, corta estancia quirúrgica, local ambulatoria, es la más común en el Hospital San Agustín (AvilésAsturias).
- ☒ Identificar qué tipo de anestesia es la más utilizada y cuál por el contrario, se utiliza menos.
- ☒ Cuantificar cuáles son las operaciones traumatológicas más comunes en dicho centro hospitalario y cuáles se realizan en menor medida.

3 Metodología

Para este trabajo se realizó una búsqueda en los archivos del Hospital San Agustín, tras autorización previa, para poder acceder a los registros de las in-

tervenciones quirúrgicas traumatológicas realizadas durante el pasado año 2022 en dicho hospital.

Como método se utilizó un estudio observacional cuantitativo descriptivo, ya que nuestro trabajo se fundamenta en resultados generalizados a partir del análisis de los datos recogidos.

El análisis de dichos datos se llevó a cabo a través del programa Spss y la realización de las tablas, donde se ven expuestos los resultados, Excel. Para la realización del presente trabajo iniciamos la recogida de datos el 15 de enero de 2022 y lo finalizamos el 15 de febrero de 2022. Se han tomado en consideración todas las intervenciones quirúrgicas del servicio de traumatología efectuadas dentro del año pasado.

De la población estudiada, los excluidos han sido todos los pacientes menores de 13 años, aquellos pacientes sin grupo de diagnóstico y aquellos diagnósticos que por su frecuencia no sean relevantes para el estudio 1 al mes.

Se recogieron datos como la edad, sexo, tipo de anestesia, la frecuencia de intervenciones quirúrgicas según los meses y tipo de estancia hospitalaria tras la intervención.

4 Resultados

El número total de operaciones de traumatología en el año 2022 han sido de 1572 operados, de los cuales después de aplicar los criterios de exclusión nos hemos quedado con 1336 operados, a partir de los cuales hemos recogido la siguiente información: del total de operados por el servicio de traumatología en 2022 diferenciados por sexo, el 62,40% son mujeres y el 37,60% son hombres. Del total de operados por el servicio de traumatología en 2022 por grupos de edad, el 34,7% tenían entre 61-75 años, siendo con bastante diferencia el rango de edad en el que más intervenciones se llevan a cabo.

En cuanto a la distribución de las operaciones durante el año 2022 en el servicio de traumatología, en enero fueron 8%, en febrero fueron 10%, en marzo fueron 10,6%, en abril fueron el 8,2%, en mayo fueron el 9%, en junio fueron el 9,6%, en julio fueron el 7,3%, en agosto fueron el 5,5%, en septiembre fueron el 7%, en octubre fueron el 9,4%, en noviembre fueron el 9,1% y por último el mes de diciembre que se operaron el 6,2%.

Los resultados en relación al destino de los operados en el servicio de trauma en 2022, el 68% de todos los pacientes requirieron hospitalización, el 12% de los totales requirieron corta estancia quirúrgica, el siguiente 19% realizaron CMA y por último el 1% restante local ambulatoria.

Con respecto al tipo de anestesia más utilizado: Axilar tenemos un 2%, para un tipo General las cifras aumentan al 28,6%, con local tenemos el 1,4% solamente, acompañada de sedación tenemos un 1,8%, Regional/troncular hablamos de un 2%, Subaracnoidea tenemos cerca de un 1%, con bloqueo de plexo aumenta la cifra a un 12,3%, mediante anestesia raquídea tenemos un 49,7% y por último englobamos el resto de anestésicos que se utilizan llegando estas al 1,1%. Otros tipos de anestesia que se han utilizado pero entre todas rondan el 1% del total son Tronculares, Neuroleptoanalgesia o sin anestesia.

Las 6 operaciones más comunes fueron: mononeuritis miembro superior y mononeuritis múltiple con un valor del 6,4%; osteoartritis y trastornos conexos supusieron el 30% del total; el trastorno interno rodilla se corresponde con el 6,1%; la fractura del cuello de fémur en un porcentaje del 15,3%; deformación adquirida de dedo gordo del pie 8,7% y por último, complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados un 7,6%. Entre estos 6 diagnósticos suman alrededor del 75% del total de las intervenciones.

El 25% restante lo ocupan otras intervenciones llevadas a cabo de manera más minoritaria que se corresponden con los siguientes diagnósticos: otros desarreglos articulares, trastorno del disco intervertebral, otras alteraciones de la espalda no especificados, tendinitis intercesiones periféricas y síndromes conexos, otros trastornos de sinovia tendón y Bursa, trastorno de músculo ligamento y fascia, otros trastornos de cartílago y huesos, síntomas se afectan a la piel y a otro tejido tegumentario, fractura de humero, fractura de radio y cubito, fractura de tibia y peroné, fractura de tobillo, esguinces y torceduras de hombro y brazo superior, esguinces y torceduras de tobillo y pie, complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados.

5 Discusión-Conclusión

El presente estudio ha identificado y clasificado las intervenciones quirúrgicas más frecuentes del servicio de Traumatología del Hospital San Agustín (HSA) de Avilés en cirugía programada. Los resultados obtenidos en el HSA concuerdan con la estadística nacional del año anterior, dado que más de la mitad de todas las fracturas intervenidas correspondían a ese mismo diagnóstico e igualmente el porcentaje de mujeres era sensiblemente mayor al de los hombres. Asimismo se cumple la tendencia con otro tipo de fracturas, ya que las producidas en miembros superiores suponen más intervenciones quirúrgicas que las de miembros inferiores. No obstante, este estudio tiene como limitación esencial el corto plazo de tiempo de investigación y la falta de contemplación de todas las intervenciones

que realiza el servicio con carácter urgente, por lo que sería conveniente llevar a cabo una investigación más exhaustiva para afianzar los resultados obtenidos.

6 Bibliografía

- Cuenca, Y. L. G., González, J. E. F., Boza, E. M. R., Roig, J. L. G., Suárez, M. C., & Acosta, R. Á. (2006). Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Revista Cubana de Reumatología*, 8(9-10), 23-42.
- del Gordo, R. J. (2010). Avances en cirugía ortopédica y traumatológica-Siglo XXI. *Duazary*, 7(1), 5-6.
- Howell, J. R., Garbuz, D. S., & Duncan, C. P. (2004). Minimally invasive hip replacement: rationale, applied anatomy, and instrumentation. *Orthopedic Clinics*, 35(2), 107-118.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022).
- Lieberman, J. R., Berry, D. J., Montv, M. A., Aaron, R. K., Callaghan, J. J., Rayadhyaksha, A., & Urbaniak, J. R. (2002). Osteonecrosis of the hip: management in the twenty-first century. *JBJS*, 84(5), 834-853.
- Sánchez-Crespo, M. R., Bolloque, R., Pascual-Carra, A., Pérez-Aguilar, M. D., Rubio-Lorenzo, M., Alonso-Aguirre, M. A., & Sánchez-Juan, P. (2010). Mortalidad al año en fracturas de cadera y demora quirúrgica. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 54(1), 34-38.

Capítulo 27

ENFERMERÍA Y FEMINISMO

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MIRIAM SORIA GIL

MARIA E. AGUILAR RICO

1 Introducción

El feminismo es un movimiento político y social, una teoría política y una perspectiva filosófica que postula, el principio de igualdad de la mujer y el hombre. La enfermería es una actividad ejercida históricamente por mujeres pero dominada por hombres. A pesar de tener un marco teórico y práctico descrito por mujeres, lo cierto es que se ha dejado al hombre ejercer su hegemonía en una disciplina que la mujer ha dominado desde la prehistoria.

El cuidado, visto como un papel femenino, familiar y maternal, nunca se ha reconocido como ciencia, denostando el trabajo de las primeras enfermeras y teóricas que mantuvieron su trabajo siempre dentro del marco científico, y que nos proporcionaron las bases reales para ejercer una ciencia, la ciencia enfermera.

Según Castells, el patriarcado es una de las estructuras básicas de todas las sociedades contemporáneas. Se caracteriza por la autoridad, impuesta desde las instituciones, de los hombres sobre las mujeres y sus hijos, en la unidad familiar. Para Castells es el patriarcado el principal elemento en la dominación de la mujer. Sin la familia patriarcal el patriarcado quedaría desenmascarado como

dominación y acabaría siendo derrocado por la rebelión de las mujeres sometidas a lo largo de la historia.

Como dijo Watson, a menos que los valores dominantes sean descubiertos, examinados y cuestionados, el desarrollo de los sistemas de salud es improbable. El cuidado como valor central de la enfermería no podrá ser alcanzado y practicado hasta que descubramos y cuestionemos la cosmovisión masculina, y sus efectos políticos, que actúa en nuestras vidas y en las vidas de las personas que cuidamos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la relación entre enfermería y feminismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 realidad, la categorización y devaluación de la enfermería en el sistema de salud como un tipo de personal de servicio, subordinado y disciplinado, es sobre todo, una consecuencia de la infravaloración del trabajo femenino, práctico y de cuidado en nuestra sociedad. Esta devaluación es el resultado de prejuicios sociales profundamente enraizados con respecto al género y la clase social. No en vano en el imaginario social se halla instalada la creencia que la enfermería es un trabajo para quien basta con ser mujer y que no requiere conocimientos superiores alguno. En ocasiones aún nos encontramos con lugares donde la enfermera sirve no a una entidad abstracta denominada sistema sanitario, sino a los intereses de personas reales con estatus superior.

Esta paradoja se comprende cuando observamos como las enfermeras son utilizadas como una fuerza de trabajo altamente flexible, un apagafuegos y cuando

constatamos que poseen importantes y sin embargo no reconocidas responsabilidades, que complementan su trabajo de asistir al enfermo, responsabilidades que ningún otro profesional de la salud asume. Entre otras cosas, porque en la cultura médica hospitalaria prevalece todavía la idea

La enfermería es vista como un proceso intuitivo y como un atributo de la naturaleza femenina. Y representa la manifestación de la dicotomía de los principios femeninos frente a la subordinación masculina, dicotomía del mito cuidar, curar. El sexismo en el sistema sanitario es el reflejo del sexismo en la sociedad. Dadas estas circunstancias estamos en condiciones de afirmar que la enfermería es un grupo oprimido. Freire 1972.

El efecto hegemónico de la medicina se manifiesta en la incapacidad de muchas enfermeras para traer a la consciencia el hecho de que ejercer una práctica independiente, científica, fundamental. Que no estamos al servicio de la medicina, que nuestro marco de acción teórico-práctico es amplio y contrastado científicamente. Que no podemos consentir ningún tipo de abuso ni falta de respeto, que debemos denunciar.

La enfermera que sufre un abuso sufre y manifiesta los mismos síntomas que otras víctimas. El silencio es el primero que se impone, por miedo a sufrir represalias por parte de la institución y de los compañeros. La culpa, que hace que la víctima piense una y otra vez que ha sido por su causa o por alguna acción que ha hecho o ha dejado de hacer. El temor a ser de o represaliada. Episodios de angustia y ansiedad, y tristeza. Y por último rabia contenida, Todo esto puede ser un impedimento para la realización de su tarea.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este estudio, la enfermería desde la perspectiva de género es, una profesión vista como subjetiva y puramente intuitiva, no objetiva y científica. La enfermería está sexualizada. Existe una discusión en estos últimos tiempos sobre la pornografía, hemos olvidado que muchos de estos videos el personaje femenino es enfermera, sumisa y esclavizada.

La enfermería es vista en la sociedad como ayudante y asistente del médico.

La enfermería es servil a la institución sanitaria, que es la representación del patriarcado que subyace en la sociedad y por ende en la sanidad.

La enfermería vista como un profesional inexistente en los medios de comunicación y películas. El médico omnipotente frente a la enfermera o sexualizada

o inexistente sin olvidar otros roles como malvada o gorda, entre otras muchas cosificaciones.

Hay una falta de recursos políticos, e incluso desde el propio feminismo, que ha olvidado a la enfermería como una de las profesiones más maltratadas por la desigualdad y la violencia de género.

Existe un silencio que está impuesto en las instituciones, y que hace que como el movimiento me too en otras profesiones haya salido a la luz, en la enfermería continúe con un mutismo que nos es estadísticamente corroborable.

Concluyó a su vez, que en una profesión de mujeres deberían existir más casos y denuncias por abuso y no las hay porque la enfermería todavía tiene el rol de sumisión frente a la institución que es representante del patriarcado. De lo que subyace que, no existe ninguno interés en despertar una revolución. Incluso me atrevería a pronunciarme sobre este tema, y diría que al sistema le interesa mantener la desigualdad en los puestos de responsabilidad, por miedo a que se desate una revolución me too sanitario. La palabra sororidad es más que imprescindible en estos días, para una profesión como la enfermería

Como última frase de conclusión de este estudio;

Tu poder radica en mi miedo, ya no tengo miedo, tú ya no tienes poder. Palabras de Séneca a Nerón.

6 Bibliografía

Dificultades para el avance de las mujeres. *Enferm.glob.vol.13 no.36* Murcia oct.2014. Pilar Montesó Curlo.

La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013) Nogueiras Garcia Belén.

La pedagogía del cuidado: saberes prácticos en la formación profesional de enfermería. José Luis Medina Moya. 5. La profesión de enfermería, el paradigma de la crítica feminista de la dominación. 5.1. Enfermería y feminismo: un maridaje inevitable.

Capítulo 28

SUPLEMENTACION DE PROTEÍNAS EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

La nutrición cumple un papel fundamental en el tratamiento de las heridas crónicas. Una gran parte de los nutrientes que necesitamos en el organismo son introducidos a través de la alimentación, es por ello, que es necesario que exista un adecuado equilibrio. (1)

La dieta es un factor importante en el tratamiento de heridas, es por ello que debemos saber cómo actúan los nutrientes en el organismo, para poder identificar los posibles defectos o excesos e intentar ponerle solución al problema.

Ante la aparición de cualquier herida, vamos a necesitar un aporte extra de nutrientes para poder reparar este daño. La cicatrización es un proceso complejo, en él diferenciamos 3 fases. Hemostasia/inflamatoria, proliferativa y remodelación. Ante la aparición de heridas en la piel, el objetivo final es la recuperación de la integridad cutánea. (1, 2)

Podemos diferenciar principalmente 2 tipos de heridas:

Agudas: Heridas que tienden a recuperarse en un corto periodo de tiempo, suelen ser debidas a un hecho traumático.

Crónicas: heridas que tras un tiempo prolongado no han conseguido cerrarse. Esto suele deberse a problemas asociados, como la existencia de una patología de base, sedentarismo o falta de movilidad, tratamientos farmacológicos, inmunodeficiencia o estado nutricional deficiente. Las heridas crónicas suelen dilatar su curación en el tiempo debido a que existen problemas en alguna fase de la cicatrización. (2)

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es conocer como la nutrición, en concreto, la suplementación con proteínas, es capaz de influir en los procesos de cicatrización.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica hemos buscado en las distintas bases de datos artículos con los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos con menos de 5 años de antigüedad
- Texto completo disponible
- Artículos en inglés o español

Bases de datos consultadas: google académico y pubmed

Palabras clave: suplementación con proteínas, heridas crónicas, tratamiento de heridas crónicas.

4 Resultados

La búsqueda proporciono artículos de revisión en los que se estudiaba la suplementación con algunas proteínas y su influencia en la reparación de heridas.

El artículo de Arribas-López E. et al. (The Effect of Amino Acids on Wound Healing: A Systematic Review and Meta-Analysis on Arginine and Glutamine) se encargaba de analizar artículos en los que se hablara sobre la suplementación con arginina y glutamina, tras una revisión de más de 40 artículos concluyeron que la suplementación con proteínas podría disminuir el tiempo de curación de pacientes que sufren heridas crónicas en distintas fases del proceso de cicatrización. (3)

En artículos que estudian la suplementación en pacientes que sufren úlceras de pie diabético se analizó el efecto de proteínas, aminoácidos y proteínas. Los resultados de estos, arrojan que no hay una clara evidencia sobre la suplementación, si no que es necesario analizar el estado nutricional del paciente y el estado de la úlcera. (4)

Entre los problemas más destacados que tenemos como freno a la correcta cicatrización podemos encontrar diversas patologías.

- Diabetes. Una de las grandes patologías generadoras de problemas crónicos, al tratarse de una enfermedad crónica es habitual encontrarse con problemas asociados, entre ellos podemos destacar las úlceras de pie asociadas a la neuropatía provocada por la misma enfermedad. (1)

- Obesidad. Es una enfermedad principalmente asociada a la nutrición que también suele generar problemas en la curación de las heridas, en estos pacientes es habitual que exista hipoperfusión del tejido adiposo y también mayor riesgo de infección y dehiscencia de las heridas. (1)

- Déficit calórico-nutricionales. La nutrición es una de las grandes olvidadas en el tratamiento de las heridas en general, pero tiene un gran impacto en las heridas crónicas. Diferentes déficits de nutrientes pueden tener distintas consecuencias en las fases de la recuperación de las heridas, Es importante realizar cribados nutricionales para detectar problemas potenciales. Existen herramientas que puedes ayudarnos a realizar un correcto cribado (mini nutritional assesment, malnutrition universal screening tool, nutrition Risk screenin 2002). (1, 5)

Las proteínas son importantes para la síntesis de tejidos, intervienen en la proliferación de fibroblastos, síntesis de colágeno, en labores de hemostasia formando neutrófilos y macrófagos, necesarios en la respuesta inmune. Las proteínas también cumplen funciones de reepitelización, un déficit de ellas nos llevaría a un retraso de la cicatrización. (1, 4)

Es importante saber que debido al exudado de las heridas podemos tener pérdidas de proteínas, por ello es necesario tener un aumento de la ingesta de estas. (1)

Se ha demostrado, que la complementación con proteínas, arginina y micronutrientes acelera la curación en pacientes con UPP. (1)

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio realizado podemos identificar varios artículos que nos hablan sobre los efectos de la nutrición en la curación de heridas, la mayoría, afirma que la suplementación con proteínas en pacientes que sufren heridas de larga evolución en general es útil para acortar los procesos de cicatrización. Sobre todo, como

hemos visto, en pacientes que sufren úlceras por presión y patologías asociadas a la diabetes como es el pie diabético.

Es cierto, que la suplementación es útil para acortar los periodos de cicatrización, pero todos los estudios coinciden en que estos procesos deben ser individualizados y se debe valorar a cada paciente por separado.

6 Bibliografía

1. Nutrición Hospitalaria [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38nspe2/0212-1611-nh-38-spe2-60.pdf>
2. Abad AM, Rojo EN, Adán RB, Mena AV, Aranda MB, Lacruz AMS. El impacto de las heridas crónicas. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2023];2(11):91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210251>
3. Arribas-López E, Zand N, Ojo O, Snowden MJ, Kochhar T. The effect of amino acids on wound healing: A systematic review and meta-analysis on arginine and glutamine. Nutrients [Internet]. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2023];13(8):2498. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13082498>
4. Da Porto A, Miranda C, Brosolo G, Zanette G, Michelli A, Ros RD. Nutritional supplementation on wound healing in diabetic foot: What is known and what is new? World J Diabetes [Internet]. 2022 [citado el 28 de septiembre de 2023];13(11):940–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4239/wjd.v13.i11.940>
5. Monografía: Nutrición y heridas [Internet]. Heridas en Red. 2022 [citado el 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://heridasenred.com/monografia-nutricion-y-heridas/>

Capítulo 29

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

MONICA VIVAR GALÁN

1 Introducción

Empezaremos hablando de diabetes, es una enfermedad metabólica en la que el enfermo presenta niveles elevados de glucosa en sangre. Hay 2 tipos de diabetes: tipo 1 (el cuerpo no produce insulina), y tipo 2 (el organismo no usa la insulina de forma adecuada) (1)

Uno de los principales problemas que genera la diabetes es la aparición de úlceras en los miembros inferiores (sobre todo en los pies) de estos enfermos. Estas úlceras aparecen por la existencia de una neuropatía (pérdida de sensibilidad térmica, analgésica), vasculopatía (disminución de riego sanguíneo en los miembros inferiores) e infección. Estas lesiones avanzan muy rápidamente hasta la gangrena, lo que conlleva la amputación del miembro afectado. (2)

La aparición del pie diabético puede evitarse educando al paciente, también es muy importante el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

Hay una clasificación llamada clasificación de Wagner que nos diferencia los distintos grados de la lesión: (2)

- Grado 1: no hay lesión, pero ya aparece disminución de la sensibilidad y deformidades en los miembros inferiores. Por lo que ya existe riesgo de aparición.
- Grado 2: 2A (es superficial) 2B (es profunda y afecta a los tendones y al músculo)
- Grado 3: encontramos que ha afectado al hueso.
- Grado 4: podemos observar la presencia de gangrena.

2 Objetivos

Exponer un caso real de un paciente varón de 65 años, que acude al centro de salud por una herida en el miembro inferior derecho.

Realizar una valoración de enfermería y elaborar un plan de cuidados para este paciente

3 Caso clínico

Acude a nuestra consulta del centro de salud Juan un hombre de 65 años, el motivo de su visita es la aparición de una herida en el dedo del pie derecho. Según él le apareció sin ningún motivo y ha ido empeorando en este mes. Lo trae tapado con una gasa, al destaparlo se puede observar una úlcera que afecta a la dermis, presenta exudado purulento, con bordes enrojecidos, aunque el paciente no presenta dolor

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES DE M. GORDON (3)
(4) (5)

- Percepción-manejo de la salud: nota que la herida no mejora, aunque no tiene dolor
- Nutricional-metabólico: últimamente ha cogido peso
- Eliminación: hábito regular
- Actividad-ejercicio: todos los días sale a caminar por el campo
- Sueño-descanso: duerme 6 horas diarias
- Cognitivo-perceptivo: adecuado
- Autopercepción-autoconcepto: inquieto, ya que no sabe a qué se debe la herida
- Rol relaciones: sus hijos le ayudan en casa
- Sexualidad y reproducción: acorde a su edad
- Adaptación-tolerancia al estrés: se encuentra algo nervioso por la situación
- Valores-creencias: no interfieren

DIAGNÓSTICOS

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

NOC

Autocontrol: diabetes

Indicadores: utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones, ajusta la rutina de vida para una salud óptima

NIC

Enseñanza: cuidado de los pies

Actividades: seguir las pautas que le de la enfermera, explorarse los pies buscando zonas enrojecidas, sensibilidad dolorosa, zonas abiertas...

Deterioro de la integridad cutánea

NOC

Integridad tisular: piel y membranas. Indemnidad estructural y función fisiológica de la piel y las membranas mucosas

Indicadores: perfusión tisular, integridad de la piel

NIC

Cuidados de las heridas: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas

Actividades: monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades

NOC

Conducta de pérdida de peso

Indicadores: se compromete con un plan para comer de forma saludable, establece una rutina de ejercicio

NIC

Ayuda para disminuir peso

Actividades: establecer una meta de pérdida de peso semanal, establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.

4 Discusión-Conclusión

En la consulta realizaremos la cura y estableceremos las siguientes visitas. Haremos hincapié en la educación sanitaria, la importancia de mantener estables los niveles de glucemia, uso de calzado adecuado, vigilar aparición de nuevas heridas.

También es muy importante la adherencia al tratamiento y la realización de ejercicio, con ello conseguiremos regular los niveles de glucemia en sangre junto con una dieta adecuada.

Daremos unas pautas para la vigilancia de los pies, cuidado de los mismos y fijaremos una fecha para la siguiente visita, tanto para realizar cura como para ver evolución e iremos adecuando el tratamiento dependiendo del progreso de la herida.

5 Bibliografía

- (1) Gallardo Ponce Isabel. Diabetes [Internet]. Madrid [2022, citado 23 septiembre 2023]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/medicina-interna/diabetes.html>+
- (2) Rosa Ana del Castillo Tirado, Juan Antonio Fernández López, Francisco Javier del Castillo Tirado. Guía de práctica clínica en el pie diabético. IMedPub Journals [internet] 2014; 10. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>
- (3) Herdman, H. Kamitsuru, S. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- (4) Butcher, H.K. Bulechek, G.M. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7º ed. Elsevier; 2018.
- (5) Moorhead, S. Swanson, E. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Elsevier; 2018.

Capítulo 30

ENFERMERÍA Y ECOLOGÍA

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MIRIAM SORIA GIL

MARIA E. AGUILAR RICO

1 Introducción

La enfermería es una ciencia humana que debe y tiene la obligación de trabajar junto con la ciencia ecológica, no solo para prevenir y tratar la enfermedad, sino para prevenir y cuidar la salud de la propia tierra, de la pacha mama, de la naturaleza, sabiendo que existe una relación indivisible entre salud humana y salud medioambiental. La ecología es la especialidad científica centrada en el estudio y análisis del vínculo que surge entre los seres vivos y el entorno que los rodea, entendido como la combinación de los factores abióticos (entre los cuales se puede mencionar al clima y a la geología) y los factores bióticos (organismos que comparten el hábitat). La ecología analiza también la distribución y la cantidad de organismos vivos como resultado de la citada relación. Cabe destacar que Ökologie es un concepto que data de fines de la década de 1860 y fue acuñado por el biólogo y filósofo de origen alemán Ernst Haeckel.

Esta palabra está compuesta por dos vocablos griegos: oikos (que significa «casa», «residencia» u «hogar») y logos (término que, traducido al español, se entiende

como «estudio». Por eso, la ecología se define con precisión como «el estudio de los hogares».

Un elemento fundamental de la ecología es la homeostasis, que consiste en que todas las especies que habitan en un entorno natural equilibrado tienden a autorregularse y permanecer más o menos constante en número de habitantes. De este modo, el medioambiente se asegura una distribución equitativa de los recursos y nunca se sufre carencia de estos. En un entorno que ha sido modificado por la mano del hombre, la homeostasis es más difícil de encontrar, y por esta razón se producen los desequilibrios naturales.

- La ecología del comportamiento es la que se encarga de estudiar las técnicas de recolección de los alimentos, las adaptaciones ante la depredación o catástrofes naturales y las relaciones de reproducción.

- La ecología de poblaciones es la encargada de estudiar los procesos que tienen que ver con la homeostasis, la distribución y abundancia de las poblaciones, tanto animales como vegetales. Las fluctuaciones en el número de individuos de cada especie, las relaciones depredador-presa y la genética de las poblaciones.

- La ecología de comunidades es la encargada de estudiar el funcionamiento y las formas de organizarse de una comunidad, formadas por poblaciones interactuantes. Estos ecólogos investigan sobre los rangos de las especies, las razones que hacen que unas sean más numerosas que otras y los factores que afectan a la estabilidad de la comunidad.

- La paleoecología, por su parte, es un área importante que estudia los organismos fósiles. A partir del estudio de las especies del pasado se pueden comprender las técnicas de recolección, reproducción y demás que poseen organismos actuales.

-

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación, el Proceso de Atención. La enfermería es una ciencia multidisciplinar. A estas alturas está fuera de toda duda que la enfermería es una ciencia, una ciencia con un cuerpo propio de conocimientos pero una ciencia que bebe y debe hacerlo de otras muchas otras ciencias. La enfermería no es una ciencia exacta y no nació como tal. La enfermería en su carrera por justificarse continuamente ante la medicina, ha olvidado que existen otras disciplinas que han sido y serán imprescindibles para el desarrollo de la enfermería. La filosofía, sociología, antropología, arqueología y otras muchas. La enfermería es una ciencia humana, natural, es sabiduría. De esto podemos extraer que la ecología es una disciplina fundamental para esta ciencia que

entiende que la salud es un proceso multifactorial, y por tanto debemos estudiar estos diferentes factores.

2 Objetivos

Entender que la enfermería es una ciencia que tiene influencias de otras muchas disciplinas.

Conocer y estudiar estas disciplinas es fundamental. La primera ley de la ecología es que todo está relacionado con todo lo demás. Barry Commoner.

No centrar ni enmarcar a la enfermería como una ciencia exacta, la enfermería es ante todo una ciencia humana y multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, Enfermería y ecología, se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos, libros y otras publicaciones en bases de datos acreditadas. A su vez se han consultado de forma precisa y detallada publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El estudio de la ecología es una parte muy importante en nuestro cuerpo de conocimientos porque no se puede desvincular de la ciencia humana, somos animales y vivimos en ecosistemas con los que interactuamos.

La enfermería no puede desvincularse de la corriente de pensamiento feminista, somos una profesión de mujeres. En este sentido, el ecofeminismo tiene mucho que aportarnos.

Ecología y salud no se pueden separar de ninguna manera. La salud enfermedad es multifactorial y el medioambiente es uno de esos factores fundamentales.

La enfermería debe estudiar estos factores desde varios puntos de vista, no solo el de atajar el proceso de enfermedad, también la prevención y el fomento de la salud. Por eso es imprescindible no solo el cuidado del entorno, es fundamental la educación y concienciación de la población basado en el cuidado del medioambiente como forma imprescindible para prevenir enfermedades y cuidar de la salud, y en esto la enfermera tiene mucho que decir y hacer. La naturaleza siempre vela por la preservación del universo Robert Boyle, La única forma, si vamos

a mejorar la calidad del medioambiente, es involucrar a todo el mundo. Richard Rogers.

A su vez, concienciar a la enfermería de que es parte fundamental en el cuidado, no solo de la salud humana, sino de la naturaleza, del medioambiente y por ende de la salud de todos.

Reconocer que enfermería y ecología no se puede separarse, somos disciplinas hermanas y nos necesitamos, trabajando juntas no solo para sanar personas, sino para sanar a la tierra. Todo lo que le ocurra a la tierra, le ocurrirá a los hijos de la tierra» – Seattle, jefe indio. El mundo natural es la comunidad sagrada más grande a la que pertenecemos. Dañar esta comunidad es disminuir nuestra propia humanidad. Thomas Berr

Queda claro que la enfermería es una disciplina que tiene mucho que decir y hacer en el campo de la ecología, no solo por la influencia que debe realizar en el cambio de consciencia de la población; entender que el proceso salud - enfermedad está estrechamente relacionada con el medioambiente y la ecología y que el humano ha hecho cambios en los ecosistemas que son determinantes para nuestra salud individual y comunitaria, por eso es urgente el cambio en la forma de ver la naturaleza. Por lo tanto, la enfermera tiene dos vías de actuación, la persona, el cuidado de la salud, prevención de la enfermedad y por otra parte el cuidado de la propia naturaleza, que va más allá del cuidado del medioambiente. Esto significa que ambas disciplinas, enfermería y ecología, deben trabajar estrechamente.

También otras disciplinas deben ser estudiadas por la enfermería, que es una ciencia humana, y por tanto el estudio de los procesos humanos es muy relevante para nosotros, disciplinas como sociología, antropología e incluso arqueología, y en este sentido nombro el libro de Juan Luis Arsuaga, el Cuerpo humano, una obra excepcional. La enfermería ha olvidado a estas disciplinas centrándose en la medicina y esto es un craso error.

Olvidamos también que la enfermería nació con Florence Nightingale, naturalista, y es que no damos importancia a lo que nos parecen pequeñas e insignificantes cosas, cuando son las que dieron forma y cuerpo a esta ciencia, y que está más que demostrado que son imprescindibles para la restauración de la salud, cosas naturales, donde la naturaleza es la única implicada en la curación. La enfermería pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda sanar las heridas.” Florence Nightingale.

No puedo dejar de hacer una reflexión sobre ecología y feminismo. Al lector le parecerá extraño, pero es indivisible; enfermería y feminismo y como hemos visto anteriormente, enfermería y ecología. Incluso el feminismo tuvo esta discusión,

cuidar, un rol del que se quería desvincular. Simone de Beauvoir, referente feminista, no estaba de acuerdo con el papel de cuidadora que a la mujer se le había impuesto socialmente, pero está claro que no es lo mismo imponer o aceptar, que decidir en ejercer los cuidados como parte de la experiencia evolutiva que nos hace humanos, y ya hemos hablado de enfermería como ciencia humana. El ecofeminismo es una corriente de pensamiento y un movimiento social que integra el feminismo y ecologismo poniendo de manifiesto las relaciones existentes entre la subordinación de las mujeres y otros grupos sociales no privilegiados con la sobreexplotación y degradación del medio natural. El término fue acuñado por la ecofeminista francesa Françoise d'Eaubonne en 1974 y se desarrolló sobre todo en Estados Unidos en el último tercio del siglo XX.

Es a su vez, la parte del feminismo que promueve y defiende que el cuidado de la naturaleza es parte intrínseca de la mujer, y que está bien. Cuidar no esclaviza, sino que humaniza, siempre que sea una opción personal y no impuesta socialmente. En el caso de la enfermería no es una opción, es la ciencia, el estudio y la práctica que hacemos las enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

Históricamente la mujer ha estado en estrecha relación con la naturaleza y los procesos naturales. Nuestros antepasados la veneraban y la representaban iconográficamente como una mujer. Las mal llamadas Venus del paleolítico, son representaciones simbólicas de la fertilidad y la vida, de la naturaleza y la terra mater. Los cuidados que las mujeres han proporcionado para el mantenimiento de salud en la tribu están reconocidas, virtudes que luego pasaron a ser perseguidas en la época de las brujas, mujeres que eran conocedoras de plantas y remedios naturales y matronas principalmente. Mas tarde los cuidados pasaron a ser parte de la caridad, impartidos sobre todo por mujeres religiosas. No quiero extenderme en este tema que todos conocemos, solo quería recalcar el papel importantísimo que la mujer tuvo en la antigüedad como protectora, cuidadora y diosa de la naturaleza. Todo esto nos lleva a la conclusión última; la ecuación mujer-naturaleza, mujer-cuidadora, mujer-enfermera, enfermera-naturaleza, enfermera-ecología, están estrechamente relacionadas.

La enfermería es una ciencia humana que debe y tiene la obligación de trabajar junto con la ciencia ecológica, no solo para prevenir y tratar la enfermedad, sino para prevenir y cuidar la salud de la propia tierra, de la pacha mama, de la naturaleza, sabiendo que existe una relación indivisible entre salud humana y salud medioambiental.

6 Bibliografía

Medioambiente, salud, y enfermería, una interrelación necesaria para la contextualización de la salud global. Héctor Sánchez Herrero.

Concepciones de enfermería, salud y ambiente, un enfoque ecosistémico de la producción colectiva de salud en la atención básica. Marta Regina Cezar.Vaz.

Ecología-Salud y enfermedad. Dr. Juan.Jaramillo.Antillón.

Calidad de vida, salud y enfermería en la perspectiva ecosistémica. Zamberlan,C. Calvetti.A.Deisvaldo,J. De Siqueira, HCH.

Papel de la enfermería ante el cambio climático. Antonio Miguel Caraballo Betancort. Dr Gabriel Jesús Estévez Guerra.

Capítulo 31

FUNCIONES DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISFAGIA

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

MARTA MOYA GRIFO

1 Introducción

La disfagia causa dificultad o imposibilidad para tragar alimentos sólidos y líquidos, por lo que cuando se llega a este extremo, se deben de buscar alternativas para mantener una nutrición adecuada, pudiendo darse a cualquier edad debido a algún tipo de condición médica, anomalías congénitas o daño estructural, como es el caso de patologías que afectan a la musculatura, como es la fragilidad en pacientes de avanzada edad, la producción escasa de saliva o lesiones en las encías y en la lengua. Las causas son de tipo:

1/ Estructural: causadas por tumores, traumatismo craneal, postquirúrgicas.

2/ Funcional: causadas por problemas musculares, enfermedades neurológicas, edad avanzada, cirugía local.

Se clasifican en dos grupos:

1/ La disfagia orofaríngea: es la que se origina en la faringe y dificulta el paso de los alimentos desde el primer momento de la deglución.

2/ La disfagia esofágica: cuando se empieza a tener dificultad una vez los alimentos bajan por el esófago, pudiendo provocar vómito constante e imposibilidad para la nutrición.

Cuando un paciente presenta los síntomas característicos de la disfagia, en ese momento el facultativo junto con el equipo de enfermería tomarán medidas para aplicar el protocolo establecido: primero estudiando la historia clínica, reflejando los antecedentes relacionados con la alimentación del paciente. A continuación se llevará a cabo una exploración física y neurológica. Por último, se realizará un test sencillo, muy utilizado y que se puede realizar a pie de cama o en la propia consulta llamado test de volumen viscosidad.

Este tipo de pacientes deben de ser conscientes de que ciertos alimentos con partes duras, con piel, fibras, huesos o espinas, o con diferentes densidades como la sopa con pasta o alimentos crujientes, pueden causarle una broncoaspiración. Ante esto, el personal de enfermería, el paciente y la familia deben de estar familiarizados con el concepto del espesante para así modificar la fluidez del alimento y que no haya problemas.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de disfagia y la importancia en su seguimiento y control por parte del paciente y de la familia en su rutina diaria.
- Identificar las funciones de Enfermería ante este tipo de pacientes y la importancia de una formación específica y continuada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los principales síntomas de la disfagia son:

1. Bronquitis o neumonías de repetición.
2. Tener como un obstáculo en la garganta y necesidad de tragar repetidas veces, así como existencia de alimento en la lengua o alrededor de la boca.
3. Molestias o dolor al tragar, así como babeo o que se observe que la boca cierra de forma irregular.
4. En caso de ancianos: expulsión de los alimentos en la boca o rechazo con la lengua.
5. Carraspeo o atragantamiento con determinadas consistencias o texturas en garganta, pecho, o detrás de esternón.
6. Demasiado tiempo de la deglución con masticación prolongada.
7. Deglución fraccionada, necesidad de fragmentar el bolo y de tragarlo en varios intentos.
8. Voz “húmeda”.
9. Malnutrición, pérdida de peso y posterior deshidratación.

El Test de volumen viscosidad permite diagnosticar la disfagia, siendo muy utilizado por el equipo de nutrición si el hospital tiene este servicio integrado por personal médico y enfermero, para ello se tienen en cuenta tres texturas: néctar, pudding y líquido, y en cantidades que van desde los 5, 10 y 15 cc, suministradas mediante una cuchara, y a través de la monitorización del paciente con una pulsioximetría, observando tres datos: la saturación, los cambios en la voz y si se produce tos. Primero se aplica el néctar progresivamente de 5 a 15 cc, después el pudding y por último con agua en su estado natural líquida. Siempre observando que el test da positivo si en algún punto se presenta irregularidad, cuando le cambie la voz o tosa y se obtenga una bajada de + de 3 puntos de su saturación basal.

El personal de enfermería, apoyará a través de unas recomendaciones tendentes a eliminar el riesgo de aspiración, mantener una nutrición adecuada y que sea apetecible para el paciente, favorecer la deglución y educar a los cuidadores o familiares ante la nueva situación, de manera que según como sea la intolerancia, así será la dieta, veamos:

1/ Si el paciente presenta una disfagia a sólidos, los alimentos deberán de ser triturados, aunque el aspecto puede llegar a ser desagradable y un motivo para disminuir la ingesta.

2/ Si tiene disfagia a líquidos se utilizarán espesantes o se cambiará la textura a más consistente combinándolos con otros alimentos, sabiendo que se pueden considerar tres grados de consistencia: néctar, miel o pudín, además se utilizan gelatinas para prevenir la deshidratación.

Se entiende primordial que todos los profesionales sanitarios, sepan qué aspec-

tos favorecen la seguridad al tragar del paciente para que no se produzcan las consecuencias anteriormente descritas, por ello desde enfermería se velará para que se tengan en cuenta una serie de instrucciones:

1. Evitar alimentación con jeringa, pajitas o botellas, ni se mezclarán consistencias sólidas con líquidas.
2. Evitar distracciones, incluso conversaciones para que pueda provocar en la paciente risa o lloros, siempre intentando que se encuentre en un ambiente sosegado.
3. Nunca se obligará si no desea más, respetando sus gustos.
4. Asegurarse de que el paciente está consciente y entiende que va a recibir la alimentación. Nunca empezar si todavía se encuentra somnoliento.
5. La persona que da la comida, debe estar enfrente y a su altura.
6. Dar tiempo suficiente para comer y no ponerlo nervioso para que se dé prisa.
7. Presentar en el plato pequeñas cantidades y utilizar cuchara de postre para dar de comer, evitando el contacto con la misma para que no le dé el instinto de morderla.
8. Mantener una postura correcta: espalda apoyada en el respaldo en ángulo de 90 grados y pies en el suelo. En casos de hemiparesia, girar el cuello al lado afectado.

5 Discusión-Conclusión

Ante el diagnóstico de disfagia, es primordial que el paciente y la familia aprenda a aceptar y a afrontar la nueva situación, gracias a las recomendaciones del facultativo y enfermería, aportando información sobre las pautas necesarias en las ingestas, con la textura adecuada, en un ambiente tranquilo sin distracciones ni sobresaltos, sin utilizar pajitas ni jeringuillas, etc.

Además, es un problema muy común, sobre todo en personas mayores institucionalizadas. Por eso la hora de las comidas en cualquier Institución Sanitaria puede resultar un momento de vital importancia. Para identificar esta enfermedad, existe un test para saber el grado de disfagia llamado test de volumen viscosidad.

El personal de enfermería está formado en disfagia, realizando una valoración adecuada y velando para eliminar o reducir esto el riesgo de desnutrición, deshidratación y la broncoaspiración, todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 32

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

MARTA MOYA GRIFO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de mucha complejidad, ya que los pacientes que en ella se encuentran, presentan diferentes patologías y de consideraciones severas y diversas, requiriéndose por ello de una atención y unos cuidados muy singulares y específicos, así como de la necesidad de integrar un equipo humano y técnico a la altura de las circunstancias que en esta unidad se dan, ya que los pacientes que allí se encuentran están en condiciones muy críticas de salud debido a un trauma, por un postoperatorio o por la agudización de su enfermedad.

La mayoría de los pacientes están sedados y/o analgésicos debido a que de esta forma se ayuda a reducir el dolor, aportando cierta comodidad, y una mejor adaptación a las medidas terapéuticas que se proporcionan en estas unidades.

Aunque hay que tener en cuenta que una dosis de analgesia y anestesia, tanto por debajo como por encima de un cierto límite, son perjudiciales, ya que pueden tener efectos indeseables en el paciente, veamos cómo afecta:

- Bajas dosis: el paciente no estará totalmente cómodo, sentirá molestia e intranquilidad, con cuadros de alucinaciones o delirios, llegándose a quitar los cables o elementos conectados.
- Excesiva dosis: el paciente tardará más en eliminar los fármacos pautados, presentando menos colaboración, lo que implica mayor estancia en esta unidad o en planta.

El papel de Enfermería tendrá mucha relevancia, ya que se encargará de controlar al paciente, ofrecerle los cuidados adecuados y necesarios, vigilar su sistema nervioso, la función cardiovascular, el balance de líquidos, su nutrición e hidratación, administrar medicamentos, así como de realizar curas, colaboración en la realización de pruebas diagnósticas, etc.

2 Objetivos

- Definir el concepto de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) así como el manejo de la sedación por parte de Enfermería, en las unidades de cuidados intensivos.
- Desarrollar el papel de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos y su adecuada formación para el cuidado de este tipo de pacientes

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, 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

En esta unidad existe una diferenciación en cuanto a las patologías de los pacientes:

- Pacientes quirúrgicos: ya programados o de urgencia.
- Unidad coronaria: pacientes con cardiopatías agudas, crónicas o graves.

- Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) polivalente o General: atienden toda patología crítica, excepto la pediátrica.

Es una unidad que ofrece asistencia sanitaria en un lugar específico dentro del hospital, cumpliendo con unos requisitos estructurales y organizativos, con el objetivo de garantizar unas condiciones extremas de seguridad y calidad en la atención a unos pacientes que presentan gravedad y que necesitan estar en continua supervisión. Está equipada con complejos aparatos y dispositivos de monitoreo, entre los cuales se incluyen los siguientes: bombas intravenosas, respiradores o ventiladores mecánicos, sondas pleurales, monitores de presión arterial, tubos endotraqueales, monitores cardiorrespiratorios, y oxímetros.

Las funciones de Enfermería en esta unidad serán:

- Lo primero será realizar un estudio neurológico: preguntando para ver su estado de conciencia, además los pacientes suelen estar intubados y con el índice biespectral puesto, el cual se necesita para observar el nivel de hipnosis de los pacientes que se encuentran bajo sedación o anestesia.
- Velar por las movilizaciones, así como la adecuada higiene, los cambios posturales, y la correcta hidratación para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Valoración respiratoria: en la UCI hay diferentes tipos de ventilaciones mecánicas invasivas: ventilación mandataria intermitente, mandataria intermitente sincronizada, ventilación mecánica controlada y ventilación asistida controlada. También se cuenta con dos tipos de ventiladores mecánicos: Volumétricos y manométricos, siempre apuntando los valores que arrojen estos dispositivos según la frecuencia pautada.
- Si los pacientes están intubados, todos los días se debe realizar los cuidados del tubo orotraqueal.
- Valorar las constantes vitales: se suelen apuntar cada hora, se controlan las 24 horas del día, y en caso de estar alteradas se avisará al médico, midiéndose: la frecuencia respiratoria, orina, la tensión arterial, glucemias, temperaturas, en caso de llevar soporte de ventilación, se apuntarán los parámetros del ventilador, residuos gástricos, agua que toma el paciente.
- Digestivo: enfermería es la encargada de poner la sonda nasogástrica, controlar las bombas si el paciente las necesitara y la cantidad de residuos gástricos.
- Evaluación Renal: debe anotarse la cantidad de orina del paciente, y si llevara sonda vesical enfermería se encarga de ponerla, controlarla cada dos horas.
- Comprobar las vías y catéteres: los pacientes, aparte de llevar una vía periférica, suelen estar conectados a presión arterial invasiva, que consiste en un catéter situado en la arteria radial. Enfermería realizará la extracción sanguínea todos los días en caso de ser necesario a través de vía periférica o del catéter arterial.

- Tratamiento farmacológico: Enfermería se encarga de administrar la medicación que ha sido definida por el facultativo

Cuando a un paciente se le vaya a aplicar la sedación o anestesia, será la enfermera o enfermero el encargado de colocar si llevará el índice biespectral, de manera que para las diferentes valoraciones, se utilizará diferentes escalas, veámoslas:

- ESCID, Escala de conductas indicadoras de dolor, el cual mide el comportamiento y el dolor en pacientes críticos con ventilación mecánica. Presenta 5 ítems haciendo referencia a la: tranquilidad, musculatura facial, si está bien adaptado a la ventilación mecánica, tono muscular y la confortabilidad. La puntuación estará entre 0 a 2, reflejando el 0 que está relajado en los 5 ítems y el 2 que está un poco agitado.

- RASS que mide el grado de agitación y sedación de los pacientes, dando una puntuación entre -5 y +4, significando la primera que no se obtiene respuesta ninguna y +4 que se encuentra violento.

5 Discusión-Conclusión

En estas unidades hay un equipo, los médicos de cuidados intensivos, otros médicos especialistas de interconsultas, y el equipo de enfermería, el cual es el encargado de detectar cualquier complicación que pueda surgir, llevar a cabo la atención al paciente, las intervenciones asistenciales y la correcta coordinación con el resto de compañeros de trabajo, lo cual repercute en que el paciente se encuentre en todo momento acompañado y atendido. Por lo que ante la gravedad de los pacientes que en ella se encuentran, debe existir una resolución rápida y eficaz ante cualquier imprevisto o cambio de la evolución mejorable del paciente, de ahí la importancia y profesionalidad de todos los integrantes de esta unidad.

El tema de la sedación o anestesia es muy importante a considerar, ya que estos pacientes se encuentran en estas unidades con mucho dolor o molestias, haciéndose necesaria su aplicación, es por ello que hay que valorar que dosis se aplican, debido a que tanto unas dosis bajas o demasiado altas, tendrá unas consecuencias u otras. 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://mscbs.gob.es/organización/sns/plan/CalidadSNS/docs/UCI.pdf>.

2. <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-las-actuaciones-de-analgesia-del-paciente-critico>.
3. <https://www.medline.es/es/soluciones/cuidados-intensivos>.

Capítulo 33

ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL AL PACIENTE

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

MARTA MOYA GRIFO

1 Introducción

La enfermera se encarga tanto de la preparación como de la administración de los medicamentos por vía oral para poder avanzar y seguir la evolución del paciente. La vía más fácil y práctica para administrar medicamentos es por vía oral, es la más popular, asequible y cómodo para la mayoría de los pacientes.

Ofrece una excelente seguridad porque, por ejemplo, no rompe la piel cuando sucede.

Sin embargo, hay ocasiones en las que no se aconseja, especialmente con inyecciones.

La enfermera debe dar instrucciones específicas al auxiliar de enfermería.

Por lo tanto, el asistente deberá proporcionarlos para mantener el trabajo en equipo, prestando atención a los posibles efectos secundarios, alertando al auxiliar de enfermería responsable cada vez que se manifiesten.

El auxiliar está obligado a avisar al personal de enfermería siempre que sea de forma similar, después de un período de tiempo específico, los síntomas del paciente permanecen presentes.

Es importante considerar factores fundamentales como contraindicaciones, ya que existen restricciones que incluso pueden ser exclusivamente para la medicación oral.

Para algunos pacientes, es posible que no se aconseje, por ejemplo, en aquellos que no pueden tragar o tienen ciertos trastornos gastrointestinales, ya sea el alimento, sólido o líquido, o aspiración gástrica para extraer el contenido del estómago.

2 Objetivos

Definir los conocimientos básicos para una correcta administración de medicación oral por el personal de enfermería, consiguiendo el efecto terapéutico deseado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 debe realizar una evaluación previa del riesgo de aspiración de cada paciente para implementar la administración de medicación oral, la mejor manera de determinar la dosis del ingrediente activo que necesita es hacer siempre una verificación de la precisión del cálculo por segunda vez.

Es crucial tener en cuenta que no todos los medicamentos se pueden triturar de la misma manera que lo hacen las tabletas y cápsulas con cubierta entérica o pastillas de liberación prolongada, ya que protege el estómago y que no irrite o, en otros casos, actúe para salvaguardar el medicamento es una medida del contenido de ácido del estómago.

Es extremadamente crucial cuando se administran medicamentos líquidos o jarabes que en todo momento se utilicen únicamente y exclusivamente jeringas fabricadas para administración oral, que sean de color púrpura y que no puedan ser utilizadas por error.

El proceso de administración de la medicación prescrita debe realizarse correctamente.

Los siguientes vendrán a continuación:

- lavar sus manos.
 - Verificar el nombre del paciente, la dosis del medicamento y el horario recomendado en la hoja de prescripción. Si el paciente es incapaz de identificarse verbalmente, díganos su nombre de otra manera, o si parece desequilibrado, tendremos que verificar su nombre en su brazalete de identificación.
 - Confirmar continuamente las alergias del paciente y tenerlas registradas en el mismo lugar. Todos recibirán una copia de la hoja de prescripción, lo que facilitará detectar rápidamente la presencia de alergias y actuar en consecuencia.
 - Use guantes no estériles.
 - Basta con sacar el medicamento del carro monodosis y prepararlo en el vaso designado, normalmente con el número de habitación del paciente y sin sacarlo de la envoltura.
 - Sentar o colocar al paciente en una posición semisentada o Fowler que le resulte cómoda.
 - Mostrar al paciente la receta que se le dará.
 - Ofrecer agua al paciente y explicarle las instrucciones de dosificación.
 - Comprobar que el medicamento se haya ingerido correctamente.
- Asegúrese de que el paciente esté en una posición cómoda después de esto, comprobando si y si no puede levantarse de la cama, dé fácil acceso al timbre y a sus pertenencias.
- Finalmente, debe desechar todos los materiales utilizados, lavarse las manos y firmar la hoja de medicación para confirmar que la medicación se administró según las indicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es fundamental seguir siempre el mismo procedimiento en la administración de medicamentos orales porque, a pesar de parecer un proceso "muy sencillo", es fundamental para evitar errores en su administración mediante la revisión constante mencionadas.

Para la administración segura de medicamentos hay que utilizar una medicación segura, disminuyendo la probabilidad de errores y sus efectos a los pacientes y elevando el nivel de atención.

La vía oral es la forma más práctica y sencilla de administrar la medicación a los pacientes ingresados. Es la que más uso tiene, más económica y cómoda para la mayoría de los pacientes ingresados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 34

LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención en el ámbito prehospitalario de una lesión medular es prioritaria, debido a que el 25% de la lesión puede extenderse después de los daños iniciales (1,2), de ahí la necesidad de los conocimientos adecuados para la correcta exploración, aplicación de las maniobras de movilización del paciente, maniobrar convenientemente la vía aérea o la administración de los fármacos necesarios, ya que todavía no hay evidencia científica de que determinados tratamientos sean eficaces ante la previsión de una lesión medular (3).

Me gustaría destacar el imprescindible papel que realiza la enfermería en las urgencias prehospitalarias cuando se prevé una lesión medular, concretamente una adecuada formación de enfermería implica que se produzcan unos menores daños e incluso se disminuya la mortalidad, aunque hay algunos autores que dudan sobre la contribución del trabajo de la enfermera ante este tipo de pacientes (4).

Las emergencias son sucesos que no se pueden prever y cuando dichos sucesos derivan en una incapacidad producida por una lesión grave como es la medular, las consecuencias que se van a producir en el accidentado son terribles, desde un cambio radical en tu manera de vivir hasta incluso producir la muerte (5), por lo tanto, se pretende elaborar un documento con una serie de medidas que sirva de

referencia ante la previsible emergencia de un traumatismo medular, mediante la evaluación de los daños convenientemente y sobre todo que sus consecuencias sean lo menos impactante posible.

Hay que mencionar la incidencia de las lesiones medulares en los deportes de motor y la manera de abordarlas, dado que una incorrecta actuación en la valoración o inmovilización puede acarrear daños y complicaciones irreversibles que se van a sufrir toda la vida (6).

Según estudios epidemiológicos la lesión medular oscila entre 236 y 1.009 casos por millón de habitantes a nivel mundial (7), en nuestro país, está cerca de los 1.000 afectados, lo que supone un total de 30.000 personas que padecen la lesión (8).

Hay varios procedimientos para efectuar la inmovilización de la columna, pero entre los profesionales hay disputas para llegar a la conclusión de qué método es el más conveniente, asimismo, es importante destacar la habilidad que hay que poseer para aplicar la técnica y el dispositivo adecuado. Con este trabajo se pretende cotejar la operatividad de las diferentes técnicas y lo que implica el nivel de formación de los sanitarios.

El profesional de enfermería en emergencias tiene que tener una actitud apropiada y poseer la capacidad necesaria para cumplir su función, así como pericia, seguridad y valores morales, de esta manera se consigue una organización concreta encaminada a cubrir las carencias del paciente.

La atención de enfermería tiene que ser de manera integral y continua, no un sistema graduado. La base de nuestro trabajo tiene que ser el paciente, no las técnicas que aplicamos, de esta manera un individuo no cambia de unos centros sanitarios a otros, aunque tenga distintas patologías (9).

El trabajo del enfermero es prioritario en el manejo preliminar al lesionado, hay que tener en cuenta que los cuidados se tienen que aplicar lo antes posible, de esta manera desciende la mortalidad e incrementamos el nivel de prestigio.

La lesión medular ocasiona al año una gran morbilidad sobre todo en personas jóvenes, es el principal motivo de muerte en personas con edad por debajo de los 45 años, hay que significar que estas lesiones provocan una elevada cifra de incapacidades, así como trastornos permanentes, por este motivo exige una actuación organizada y diligente (10, 11).

La mitad de las muertes tienen lugar en la primera hora del accidente, por lo tanto, en el ámbito prehospitalario los profesionales de emergencias son los principales actores, por esta circunstancia precisan de destreza y un perfecto acoplamiento en la zona del accidente (12,13).

2 Objetivos

- Identificar el diagnóstico de lesión medular por parte del personal de enfermería en el ámbito prehospitalario.
- Analizar las maniobras de movilización ante una posible lesión medular en una situación de emergencia.
- Justificar la necesidad de una completa formación para el manejo correcto del lesionado medular en situación de urgencias o emergencias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de textos que tienen relación con la lesión medular en la atención de urgencias o emergencias, es decir, en el área de la asistencia prehospitalaria. Para obtener la información se ha accedido a distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet Plus, Google Académico, Medline, Recolecta y Scielo, empleando términos clave seleccionados mediante tesauros (MeSH) como “lesión medular”, “emergencia”, “manejo prehospitalario”, “inmovilización” y “morbilidad” y descriptores (DeCS) para traducir adecuadamente las palabras clave indicadas y enlazadas con los operadores booleanos “OR” y “AND”.

Aunque en las palabras claves seleccionadas no aparece el término “enfermería”, se han llevado a cabo búsquedas utilizando la mencionada palabra, ya que la revisión bibliográfica se ha enfocado hacia la intervención inicial, ante un lesionado medular, por personal con la categoría de enfermero/a.

En un principio, se incluyeron todos los artículos, completos y no completos, pero ante la gran cantidad de información obtenida se ha optado por filtrar solamente textos completos y gratuitos.

Asimismo, se han utilizado textos más antiguos fuera del rango 2015-2020, por su especial trascendencia, aunque el límite establecido implica que el contenido de los textos se ajuste a los estudios científicos más recientes.

4 Resultados

La asistencia prehospitalaria ante la sospecha de lesión medular exige unos cuidados concretos, por lo que es necesario detectar los síntomas que derivan en dicha lesión medular, como el dolor en la zona lumbar, traumatismo en la cabeza, pérdida de la conciencia, dolor de cuello, dolor en el pecho y problemas neurológicos como la incapacidad para hablar, la disminución de la sensibilidad o pérdida de la memoria (14).

Al detectar dolor derivado de una lesión medular hay que tener precaución porque hay posibilidad de que la lesión tanto cervical, dorsal como lumbar pueda encontrarse en sitios distintos de la ubicación inicial del dolor (14).

La finalidad de la atención prehospitalaria del lesión medular es disminuir las deficiencias neurológicas, así como prevenir cualquier daño que se pueda derivar de los problemas detectados, para ello es imprescindible actuar de manera apresurada donde se produce el accidente, llevando a cabo el protocolo de atención al politraumatizado, con la evaluación primaria del lesionado se trata de restablecer las funciones básicas, aunque además de conseguir la estabilización se deben minimizar los daños antes de pasar a la atención especializada (15).

Posteriormente se realiza una minuciosa evaluación secundaria por todo el cuerpo, destacando en los posibles lesionados medulares el dolor en la espalda, parálisis, incremento de la temperatura en la piel, entre otros síntomas (16). El resultado de la exploración se debe reflejar de manera minuciosa en el expediente clínico.

En general, ante la sospecha de lesión medular se debería incorporar en la atención prehospitalaria el bloqueo de la columna, para así disminuir una lesión medular secundaria ocasionada por la falta de inmovilización. Con la administración de líquidos y el tratamiento farmacológico termina el cuidado prehospitalario del paciente con lesión medular.

La lesión medular altera los componentes sensoriales y motores de la parte dañada, además del sistema nervioso autónomo. Para precisar el lugar afectado de la columna existe la clasificación neurológica Internacional Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (17), con estas normas basadas en los elementos sensorial y motor, se generan unas puntuaciones para precisar la gravedad de la lesión. Para este examen se emplean unos instrumentos mínimos y se puede llevar a cabo en cualquier ambiente y situación (18).

Dicho examen se debe de realizar con el lesionado en posición supina, excepto

para la exploración rectal que se puede hacer en decúbito lateral, ante inestabilidad en la columna el lesionado debe ser girado de manera completa para evitar la torcedura de la columna.

El estudio de la función sensorial se lleva a cabo analizando 28 puntos esenciales relativos a 28 dermatomas, en cada uno de ellos se examina el tacto ligero y pinchazo, mediante una escala con 4 valores (ausente, alterada, normal y no evaluable (19).

La parte motora de la lesión medular se analiza por medio del estudio de 11 miotomos pareados (18), la inspección se realiza en posición supina y estabilizando los músculos que se están examinando. Este análisis se lleva a cabo mediante una escala con 6 valores, desde la parálisis total hasta un movimiento normal (20).

Las lesiones más habituales son las cervicales, en las que para el examen inicial se tienen que valorar, clasificar o identificar los siguientes principios (21):

Lesión esquelética.

Lesión neurológica.

Lesiones medulares asociadas.

Lesiones no medulares asociadas.

Prioridades en el tratamiento.

En la Guía de Manejo de Lesiones Vertebrales Cervicales y Lesiones Medulares de la Asociación Americana de Neurocirujanos (American Association of Neurological Surgeons), se dispone de las siguientes sugerencias para el cuidado de las personas con lesión cervical (22): a) En pacientes conscientes se sugiere la reducción temprana cerrada donde existe fractura o luxación. b) No se aconseja la reducción cerrada en lesionados que tienen daño en el rostro. c) En el escenario del apartado a), los pacientes que no han podido examinarse, se les debe practicar una resonancia magnética antes de llevar a cabo la reducción. d) Es conveniente la práctica de resonancia magnética en lesionados que no funciona la reducción cerrada. e) El beneficio de la resonancia magnética en personas con fractura cervical que tienen discos intervertebrales dañados, es dudoso antes de la reducción.

La American Spinal Injury Association (ASIA) distingue cinco clases en la lesión medular que son las siguientes (23): o A. Completa: la función motora o sensorial es nula en los segmentos sacros. o B. Incompleta: hay función sensorial pero no motora por debajo de la lesión. o C. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados de igual o inferior a 3. o D. Incompleta:

hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados superior a 3. o E. Normal: las funciones son normales.

La disminución de la función sensorial implica que el paciente carece del sentido del tacto y no aprecia el frío, calor o dolor, asimismo no sabe la situación de sus piernas. El deterioro de la función motora implica que el lesionado no controla de manera voluntaria los músculos.

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo una revisión de la atención prehospitalaria en pacientes con lesión medular, se ha llegado a la conclusión de que los profesionales de enfermería han tenido un progreso considerable en el manejo de las personas que padecen esta lesión, lo que ha implicado una menor morbilidad.

En la asistencia prehospitalaria el personal de enfermería ha tenido un papel destacable, con un funcionamiento conjunto, interviniendo en todas las iniciativas relacionadas con el paciente. En una situación como la que se vive los enfermeros aportan un activo muy valioso para la persona que se encuentra en una situación prehospitalaria crítica.

El número de personas que padecen traumatismos graves sigue siendo elevado, sufriendo las personas jóvenes el índice más elevado, pero el personal de enfermería acepta el desafío de reducir la morbilidad por medio de llevar a cabo una atención sublime ante las personas que padecen una lesión grave, esto se consigue gracias a las guías de seguimiento que proporcionan los instrumentos a los enfermeros consolidados a nivel mundial.

Por lo que respecta a la utilización de los instrumentos en la inmovilización se debería examinar en personas de distintas edades y circunstancias, como niños, embarazadas, personas gordas o delgadas entre otras. Asimismo, estaría bien estudiar en el lesionado los parámetros subjetivos como el dolor que se padece, problemas en la piel u otras lesiones en distintas partes del cuerpo.

De la comparación de los datos incorporados al presente trabajo, se deduce la exigencia del estudio de nuevas formas de información para la elaboración de procedimientos que ayuden a un adecuado uso para la inmovilización de las personas con probable lesión medular.

En cuanto a las técnicas de bloqueo de la columna más aceptadas se pueden enumerar las siguientes:

- La utilización de escalas para evaluar al paciente lesionado.
- La inmovilización se debe de realizar valorando al paciente previamente para evitar problemas derivados de su aplicación.
- Son susceptibles de inmovilización las personas con lesión medular, con pérdida de conciencia o graves problemas neurológicos.
- No se aconseja por aumento del peligro que puede ocasionar: el movimiento brusco del cuello, el bloqueo cervical en pacientes graves y la técnica log-roll.
- El factor tiempo es fundamental para el diagnóstico de la persona, por lo tanto, todo lo que se pueda reducir en el traslado a un hospital es beneficio.
- Es escasa la mención de la asistencia de enfermería en la técnica de la inmovilización.

En lo referente a la formación de los sanitarios en la atención en el ámbito pre-hospitalario, se considera imprescindible una formación básica preliminar y continua, además, sería conveniente que los análisis que se llevan a cabo sobre las técnicas e instrumentos para aplicar en la espina dorsal se realizarán sobre procedimientos objetivos.

Se han realizado estudios entre personal experto y alumnos que han tenido formación específica, sin aparecer desigualdades a la hora de practicar la manipulación de la columna, lo que implica que las prácticas de formación han provocado que los alumnos hagan las técnicas de manera semejante a las personas experimentadas.

Para finalizar, no existen estudios que analicen la conveniencia de la inmovilización en el ámbito de las emergencias, ya que los datos que existen se han obtenido en otras situaciones.

6 Bibliografía

1. Schouten R, Albert T, Kwon B. The Spine-injured Patient: Initial Assessment and Emergency Treatment. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2012; 20(6):336-346.
2. Sarhan F, Saif D, Saif A. An overview of traumatic spinal cord injury: part 2. Acute management. *British journal of neuroscience nursing* [Internet]. 2013; (9).
3. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Spinal cord injury (SCI)–prehospital management. *Resuscitation* 2005; 66:127–39.
4. Azevedo A, Scarparo AF, Chaves LDP. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1):36-43.

5. Castro A, Bravo P. Paraplejia. Otra forma de vida. Madrid: Promociones Ediciones SANRO; 1993.
6. Organización Mundial de la Salud. Accidentes de tránsito [Internet]. Diciembre 2018 [Citado 24 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
7. Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*. 2011; 49(4):493-501.
8. Rodríguez G, Vaquero J. Traumatismo raquímedular. Madrid: Fundación Mapfre; 2009.
9. Ávila DM. Cuidados de Enfermería en el Paciente Politraumatizado. *Revista de Enfermería*. 2015 abril.
10. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Guía Clínica politraumatizado. Santiago de Chile: Minsal, 2007.
11. Canabal A, Perales N, Navarrete P, Sánchez Izquierdo JA. Manual de Soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
12. Arrese MA, SAbrido R. Atención prehospitalaria a la enfermedad traumática. Sociedad de medicina intensiva y unidades coronarias de Castilla la Mancha. Fiscam 2007. Disponible en: <http://www.somiuam.org/activos/protocolos/Atenci%C3%B3n%20Prehospitalaria%20a%20la%20enfermedad%20traum%C3%A1tica.pdf>.
13. Muñoz A, Silva L. Valoración inicial de enfermería al politraumatizado. 1ª ed. Sevilla: Mad; 2006.
14. Domeier RM, Evans RV, Swor RA, Rivera-Rivera EJ, Frederiksen SM. Prehospital clinical findings associated with spinal injury. *Prehosp Emerg Care* 1997; 1:11-5.
15. Guly HR, Bouamra O, Lecky FE. The incidence of neurogenic shock in patients with isolated spinal cord injury in the emergency department. *Resuscitation* 2008; 76(1):57-62.
16. Belanger E, Levi AD. The acute and chronic management of spinal cord injury. *J Am Colleg Surg* 2000; 190:603-18.
17. American Spinal Injury Association: International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury, revised 2000; Atlanta, GA; 2008.
18. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med* 2011; 34(6):535-546 doi:10.1179/204577211X13207446293695.

19. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Key Sensory Points (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Key%20Sensory%20Points.pdf>
20. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Motor Exam Guide (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Motor%20Exam%20Guide.pdf>
21. O'Dowd JK. Basic principles of management for cervical spine trauma. *Eur Spine J* 2010; 19(Suppl 1):S18-S22.
22. Hadley MN, Walters BC (coord.). Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Rolling Meadows, IL: American Association of Neurological Surgeons; 2001.
23. Accident Compensation Corporation. ASIA impairment scale (Internet). Disponible en: http://www.acc.co.nz/for-providers/clinical-best-practice/spinal-injury-guidelines/PRD_CTRB091020.

Capítulo 35

ENFERMERÍA Y LOS TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES NEUMOLÓGICOS

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

KATHERINE MISHALL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

Muchos trastornos inflamatorios como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico o la neumopatía intersticial pueden darse en mujeres en edad fértil y, por tanto, en situaciones especiales como durante el embarazo. Resulta importante en estas pacientes evitar los medicamentos que pueden aumentar el riesgo materno o fetal y a su vez conseguir el mayor control posible de la enfermedad de base. Para dicho fin, es necesario valorar el contexto clínico específico y la edad gestacional de la paciente, teniendo en cuenta que la enfermedad inflamatoria crónica no tratada conlleva sus propios riesgos tanto para la madre como para el feto.

Es necesario recomendar a nuestras pacientes en edad fértil el embarazo siempre que sea posible en periodos de no actividad, para así evitar brotes durante el mismo.

En caso de enfermedades reumatológicas sin afectación extraarticular ni de órgano diana sería suficiente con 3 meses de remisión, ya que si ha habido actividad en los 4-6 meses anteriores a la concepción existe riesgo de complicaciones durante la gestación.

Los tratamientos inmunosupresores empleados en reumatología y en neumología para patologías inflamatorias crónicas pueden traer consigo complicaciones como un aumento del riesgo de síndromes hipertensivos (hipertensión gestacional y preeclampsia), crecimiento intrauterino retardado, parto prematuro, riesgo de cesárea y prolongación de estancias hospitalarias.

2 Objetivos

- Revisar los tratamientos inmunosupresores empleados en la práctica clínica habitual en consultas de neumología y de reumatología que pueden ocasionar complicaciones durante el embarazo.
- Identificar los tratamientos inmunosupresores que no deben emplearse durante la gestación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una revisión exhaustiva en lo referente al uso de tratamiento inmunosupresor en mujeres gestantes y el riesgo del uso de los distintos subgrupos de inmunosupresores e inmunomoduladores. En esta revisión se plantean las contraindicaciones y los riesgos de cada uno de ellos tras la revisión de artículos científicos de interés en bases de datos internacionales.

4 Resultados

Se han revisado tratamientos inmunosupresores como glucocorticoides, FAME (Fármacos Modificadores de la Enfermedad) sintéticos, nuevos FAME sintéticos y FAME biológicos.

En el caso de los glucocorticoides, deben titularse a la mínima dosis eficaz, ya que ello reduce el riesgo de diabetes mellitus, de hipertensión arterial, de infecciones maternas, aunque su uso, ya sea a mínima o máxima dosis aumenta el riesgo

de parto prematuro, independientemente de la actividad de la enfermedad. También los glucocorticoides aumentan el riesgo de rotura de bolsa amniótica y crecimiento intrauterino retardado y, en la madre, aumentan el riesgo de hipertensión arterial inducida por el embarazo, diabetes gestacional, osteoporosis e infecciones.

En el caso de la ciclofosfamida no debe usarse durante el embarazo salvo en situaciones potencialmente mortales en las que no se encuentre una terapia alternativa. El riesgo de teratogenicidad es mayor durante el primer trimestre.

En el caso del metotrexato, está totalmente contraindicado su uso durante el embarazo, ya que es teratogénico y abortivo. La exposición al Metotrexato (MTX) durante el embarazo puede inducir deformidades congénitas, rasgos faciales anormales y un retraso en la osificación.

Igualmente, debe evitarse también el uso de micofenolato y leflunomida, teniendo que ser suspendidos semanas antes de la gestación.

En el caso de la hidroxicloroquina puede continuarse durante el embarazo, ya que no parece haber toxicidad con las dosis empleadas habitualmente.

Con la sulfasalazina, la azatioprina y la 6-mercaptopurina se debe tener precaución. Aunque no parecen aumentar el riesgo teratogénico, sí que traen consigo complicaciones como bajo peso y prematuridad.

Igualmente, con la ciclosporina debe guardarse precaución controlando la función renal y las cifras de tensión arterial maternas.

Por último, en el caso de los anti-TNF como etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab o infliximab, las guías actuales recomiendan su continuación en el segundo y tercer trimestre. El empleo de estos medicamentos puede estar autorizado si los beneficios superan a los riesgos potenciales, por lo que su uso hay que valorarlo individualmente. Si existe riesgo de brote de la enfermedad de base no deben suspenderse, aunque uno de ellos es compatible con el embarazo y la lactancia y está autorizado para dicho fin, el certolizumab.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusiones podemos destacar varios puntos:

- 1) El embarazo en el contexto de una enfermedad inflamatoria activa tiene buen pronóstico si se produce con la enfermedad en remisión y con el tratamiento adecuado.
- 2) La actividad persistente y los brotes durante el embarazo se asocian con riesgos para el recién nacido.

- 3) Durante el embarazo, la monitorización y el tratamiento de la enfermedad activa son importantes.
- 4) Las mujeres deben recibir consejo sobre qué tratamiento puede usarse previo al embarazo, durante el mismo y durante la posterior lactancia, así como estar informadas del riesgo.
- 5) La hidroxicloroquina, la sulfasalazina, la azatioprina y la 6-mercaptopurina se consideran compatibles con el embarazo.
- 6) Los glucocorticoides en dosis bajas son compatibles con el embarazo, ya que las dosis más altas aumentan el riesgo de diabetes e hipertensión.
- 7) Los anti-TNF y la ciclosporina son compatibles durante el embarazo.
- 9) Certolizumab es compatible durante el embarazo.
- 10) Los bebés expuestos a anti-TNF deben evitar las vacunas vivas durante los primeros seis meses de vida.

6 Bibliografía

1. Medicamentos inmunosupresores y biológicos en el embarazo, la lactancia y la fertilidad en enfermedades inmunomediadas. Olatz Ibarra Barrueta, Estela García Martín, Piedad López Sánchez, Esther Ramírez Herráiz, Vicente Merino Bohórquez y Arantza Ais Larisgoitia f. Elsevier. Volumen 47, Número 1, enero–febrero de 2023 , páginas 39-49.
2. Seguridad de los tratamientos antirreumáticos en la paciente gestante. Inmaculada Chalmeta Verdejo Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. Elsevier. Seminarios de la Fundación española de reumatología. Vol. 14. Núm. 1. páginas 14-17 (Enero - Marzo 2013).

Capítulo 36

ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ELENA BUENDÍA ORTIZ

KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, crónica y compleja que trae consigo múltiples síntomas y entidades relacionadas. Resulta complicado diferenciar las manifestaciones extraarticulares de las comorbilidades asociadas a la artritis reumatoide.

Se trata de una enfermedad que provoca un estado de inflamación mantenida, por lo que el control de la enfermedad inflamatoria va a determinar el control de la comorbilidad.

Existen diversas manifestaciones extraarticulares como son los nódulos reumatoides o el Síndrome de Sjögren secundario (que puede traer consigo síntomas leves o inapreciables y que se encuentra en relación con la actividad de la enfermedad aumentando el riesgo de linfoma no Hodgkin y mortalidad).

Otras manifestaciones son las discrasias sanguíneas; anemia: normocítica hipocrómica (también puede ser multifactorial), trombocitosis (en relación con la actividad inflamatoria) y el síndrome de Felty.

La neumopatía es la causa frecuente de morbilidad y segunda de mortalidad tras las manifestaciones cardiovasculares. Se puede manifestar en forma de patología pleural (derrame pleural, engrosamiento pleural, empiema, nódulos, neumotórax), de neumopatía intersticial, bronquiectasias, nódulos reumatoides e hipertensión pulmonar.

También existen manifestaciones cardíacas como la pericarditis, la miocarditis, la enfermedad valvular, coronaria o la insuficiencia cardíaca congestiva.

En lo referente a otros órganos y sistemas, pueden aparecer en relación también manifestaciones oculares como la xeroftalmia, escleritis, episcleritis o ambas, también puede aparecer disfunción renal, amiloidosis en pacientes con más años de evolución o alteraciones vasculíticas.

Otro riesgo en estos pacientes muy importante es el de sufrir una infección activa, ya sea por la actividad inflamatoria o por el estado de inmunosupresión.

2 Objetivos

- Analizar el riesgo de infección en los pacientes con artritis reumatoide con diversas complicaciones, la más importante la afectación pulmonar, así como en lo referente al tratamiento de la enfermedad con inmunosupresores.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica. Se han revisado de forma sistémica diversas revisiones sobre este tema, así como series de casos clínicos y artículos en diferentes revistas de impacto internacional. De las mismas se han analizado los datos en lo referente al riesgo infeccioso y a la relación con las diversas terapias que se emplean en la artritis reumatoide.

4 Resultados

Los pacientes con artritis reumatoide presentan mayor riesgo de sufrir infecciones graves debido a las alteraciones inmunológicas que presentan, así como por los tratamientos inmunosupresores que necesitan. Numerosos estudios de-

muestran un riesgo aumentado de infecciones asociado a la terapia inmunosupresora.

Aproximadamente, un tercio de los pacientes tiene una infección menor (bronquitis, sinusitis, faringitis, infección urinaria) y alrededor de 0.12% de ellos se complican con infecciones serias.

La susceptibilidad frente a las infecciones es mayor en las primeras 16 semanas del inicio de tratamiento.

Las infecciones más frecuentes en estos pacientes son las infecciones respiratorias de repetición, seguidas de las infecciones del tracto urinario y las infecciones de piel y tejidos blandos.

No existe un aumento significativo del riesgo de infección posterior en los pacientes tratados con fármacos anti-TNF después de una primera infección, siendo aquellos que están tratados con un FAME (fármacos modificadores de la enfermedad) no biológico, parecen tener menor riesgo de infección grave posterior. Los pacientes a los que se les retira definitivamente el tratamiento biológico tras una primera infección, tienen una tasa de infección posterior más alta debido al aumento de la actividad de la enfermedad y en consecuencia al empleo de corticoides sistémicos para el control de los síntomas, por tanto, debe reintroducirse el tratamiento biológico siempre que sea posible tras la infección para recuperar la situación de remisión inflamatoria.

En lo referente a los fármacos inhibidores de las JAK cinasas sí que existe un riesgo aumentado a la reactivación del virus Herpes Zóster, en relación con la supresión de la inmunidad innata. El riesgo es mayor con estos fármacos que con otras terapias biológicas, además es dosis-dependiente y se aumenta el riesgo con el uso concomitante de glucocorticoides o metotrexato.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusiones podemos descartar varios aspectos:

- La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica e inflamatoria que genera un estado de inmunosupresión.
- Los tratamientos empleados en dicha enfermedad son, por tanto, inmunosupresores, lo cual supone además un riesgo infeccioso aumentado.
- En el caso de un primer episodio infeccioso en pacientes tratados con anti-TNF se debe reiniciar la terapia lo antes posible para volver a alcanzar la remisión clínica, dado que el riesgo de una segunda infección posterior es mayor.
- En el caso de los fármacos inhibidores de las JAK cinasas existe un riesgo aumentado de reactivación del virus Herpes Zóster con respecto al resto de terapia

biológica.

6 Bibliografía

1. Infecciones en pacientes con artritis reumatoide: medicamentos moduladores de la respuesta biológica versus fármacos modificadores de la enfermedad. Seguimiento a un año. Juliana vega miranda, Luis Fernando Pinto Peñaranda, Carolina Muñoz Grajales, Javier Darío Márquez Hernández, Libia María RodríguezPadilla, Carlos Jaime Velásquez Franco. Revista Colombiana de Reumatología.Volumen 21, Número 1, marzo de 2014 , páginas 27-34.
2. Risk of Subsequent Infection Among Patients Receiving Tumor Necrosis FactorInhibitors and Other Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. Neil A. Accortt,Machaon M. Bonafede, David H. Collier, Jan Iles, Jeffrey R. Curtis. Arthritis and Rheumatology. Volume 68. Issue 1. Pages 1-264.

Capítulo 37

ENFERMERIA Y LOS MEDICAMENTOS QUE DISTRIBUYE EL SERVICIO DE FARMACIA

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

La farmacoterapia se lleva a cabo utilizando fármacos y preparados a base de ingredientes de origen animal, mineral o vegetal. Estas sustancias, cuando entran en contacto con el cuerpo, provocan reacciones celulares, que luego se utilizan tanto en la industria como en la medicina. Estos medicamentos tienen fines terapéuticos. El principal objetivo de la farmacoterapia es personalizar la medicación según las necesidades de cada paciente con el fin de controlar o tratar una determinada patología utilizando la mínima cantidad posible de principio activo o fármaco. El proceso de enfermería es un enfoque estructurado para la resolución de problemas que es la base de la práctica de enfermería y su aplicación es fundamental para el manejo de la medicación. Al tomar estas medidas, las enfermeras pueden garantizar que un proceso interdisciplinario, como la gestión

de medicamentos, dé como resultado una gestión de medicamentos personalizada, segura y eficaz, proporcionando beneficios para todos los pacientes bajo su cuidado. Tomar medicamentos de esta clase requiere una planificación cuidadosa y seguir un protocolo estándar. Después de desarrollar un plan de atención, la enfermera comienza a implementarlo. Estas acciones tienen como objetivo devolver al paciente a un nivel óptimo de salud y minimizar las consecuencias adversas asociadas al diagnóstico médico.

2 Objetivos

Ver la importancia que tienen los enfermeros/as en la administración de medicamentos en el servicio de farmacoterapia de los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica previa. Las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos.

4 Resultados

Le referiremos a la importancia de una buena evaluación de los pacientes por parte del equipo de enfermería. Este proceso es continuo que debe iniciarse con el primer contacto de la enfermera con el paciente y proseguir con cada acción posterior. Los datos brutos recopilados durante esta evaluación inicial se compararán con los datos de interacciones anteriores. Después de desarrollar un plan de atención, la enfermera comienza a implementarlo. Al tomar estas medidas, esperamos restaurar la salud del paciente tanto como sea posible y limitar cualquier consecuencia negativa que pueda resultar del diagnóstico. La enfermería necesita saber mucho sobre los efectos de los medicamentos y tener conocimientos profundos sobre cada medicamento. En primer lugar, se debe evaluar el efecto esperado del tratamiento; si esto no es suficiente, es posible que sea necesario reevaluar el tratamiento farmacológico. Para completar esta evaluación puede ser necesaria la evaluación de la condición física, los signos vitales, el peso, los resultados de las pruebas de laboratorio o las concentraciones séricas del fármaco del paciente. Al evaluar los resultados del tratamiento farmacológico se tendrán

en cuenta los datos objetivos, los cambios en la presión arterial y los informes de los pacientes sobre el alivio del dolor. Siempre que es posible, las enfermeras intentan prevenir o minimizar los efectos secundarios o no deseados mediante la evaluación de sus manifestaciones. Algunos efectos secundarios pueden ser controlados por el personal médico, pero si ocurren, se requiere asistencia médica para aliviar los síntomas del paciente. Por ejemplo, si las náuseas son graves, es posible que sea necesario recetar antieméticos al paciente para controlar los efectos secundarios de los vómitos y las náuseas si la afección es grave, aunque antes, sería mejor consultarlo a los cargos superiores

5 Discusión-Conclusión

Un elemento importante de lo que hace el personal de enfermería cuando los pacientes toman medicamentos es la educación del paciente. El desconocimiento y la no adherencia a este tipo de tratamiento están relacionados con el tipo y nivel de información que los pacientes deben tener sobre el medicamento. El objetivo de la farmacoterapia es utilizar medicamentos de forma segura y eficaz para lograr resultados positivos del tratamiento. Después de completar este programa educativo, los pacientes tendrán los conocimientos necesarios para lograr este objetivo. La forma en que las enfermeras interactúan con los pacientes brinda oportunidades de aprendizaje. Cantidades más pequeñas de información suelen ser más efectivas que cantidades grandes de información.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed
- <https://enfermeria.top/apuntes/farmacologia/proceso-enfermeriafarmacologia/>
- www.scielo.org

Capítulo 38

MÉTODO MADRE CANGURO PARA ENFERMERÍA

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

1 Introducción

El Método Madre Canguro es una técnica de enfermería desarrollada para cuidar a bebés prematuros o de bajo peso al nacer. Recibe este nombre debido a la similitud con la forma en que las marsupiales, como los canguros, llevan a sus crías en una bolsa abdominal para mantenerlas calientes y protegidas. Este método se ha convertido en una valiosa práctica en la atención neonatal y tiene varios beneficios:

Contacto Piel a Piel: El Método Madre Canguro promueve el contacto directo piel a piel entre la madre (o el padre) y el bebé. Esto ayuda a mantener al bebé caliente, estabiliza la frecuencia cardíaca y la respiración, y favorece el desarrollo emocional y el vínculo entre el bebé y sus padres.

Estabilidad Térmica: Al estar en contacto directo con la piel de los padres, el bebé mantiene una temperatura corporal adecuada sin necesidad de incubadoras, lo

que es especialmente beneficioso para los bebés prematuros.

Estímulo para la Lactancia Materna: El Método Madre Canguro fomenta la lactancia materna al permitir un acceso más fácil al pecho de la madre. La succión temprana y frecuente es fundamental para el desarrollo del sistema digestivo del bebé.

Reducción del Estrés: El contacto constante con los padres reduce el estrés en los bebés prematuros, lo que puede tener un impacto positivo en su desarrollo cognitivo y emocional a largo plazo.

Mejora en la Respiración: La proximidad de los padres puede ayudar a regular la respiración del bebé y reducir el riesgo de apnea.

Vínculo Familiar: Promueve un fuerte vínculo entre los padres y el bebé desde el principio, lo que puede tener un efecto duradero en la relación y el bienestar del niño.

El Método Madre Canguro es una técnica de enfermería que se enfoca en el cuidado y el desarrollo de bebés prematuros o de bajo peso al nacer a través del contacto piel a piel con los padres. Esta práctica ha demostrado ser beneficiosa para la salud y el bienestar de los bebés, así como para el fortalecimiento del vínculo familiar.

2 Objetivos

Exponer las funciones del enfermero dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del área de especializada.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El rol del enfermero en la implementación del Método Madre Canguro es esencial para garantizar el cuidado adecuado y el bienestar tanto de los bebés prematuros o de bajo peso al nacer como de sus padres. A continuación, se describen las funciones clave del enfermero en este método:

Educación y Asesoramiento: Los enfermeros desempeñan un papel crucial al educar a los padres sobre el Método Madre Canguro. Esto incluye explicar los beneficios del método, cómo llevarlo a cabo de manera segura y cuándo es apropiado, así como responder a las preguntas y preocupaciones de los padres.

Supervisión y Apoyo: Los enfermeros supervisan y brindan apoyo constante a los padres mientras implementan el Método Madre Canguro. Esto implica asegurarse de que el bebé esté colocado adecuadamente en el pecho de la madre o el padre, con la cabeza del bebé bien posicionada y con acceso al pecho para la lactancia.

Monitorización de Signos Vitales: Los enfermeros monitorizan de cerca los signos vitales del bebé mientras está en contacto piel a piel, como la frecuencia cardíaca, la respiración y la temperatura corporal. Esto es fundamental para detectar cualquier cambio en la condición del bebé y tomar medidas si es necesario.

Fomento de la Lactancia Materna: Si la madre está amamantando, los enfermeros brindan orientación y apoyo para asegurar una lactancia exitosa. Esto incluye asesoramiento sobre la técnica de lactancia y la frecuencia de las tomas.

Promoción del Vínculo Familiar: Los enfermeros alientan a los padres a pasar tiempo de calidad con su bebé en el Método Madre Canguro. Esto fortalece el vínculo familiar y brinda un ambiente seguro y amoroso para el bebé.

Educación Continua: A medida que el bebé crece y se desarrolla, los enfermeros continúan educando a los padres sobre la implementación adecuada del Método Madre Canguro y brindan información sobre la transición del bebé a otras formas de cuidado.

Colaboración Interdisciplinaria: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada para el bebé y la familia.

Registro y Documentación: Los enfermeros registran y documentan cuidadosamente la implementación del Método Madre Canguro, incluyendo la frecuencia y la duración del contacto piel a piel, así como cualquier observación relevante sobre la salud del bebé.

El enfermero desempeña un papel esencial en el éxito y la seguridad del Método Madre Canguro al brindar educación, asesoramiento, supervisión y apoyo continuo a los padres. Su enfoque en la salud del bebé y el fortalecimiento del vínculo familiar es fundamental para el cuidado y el desarrollo de estos bebés vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

Mi principal recomendación para una exitosa implementación del Método Madre Canguro es la paciencia y la dedicación. Este método puede ser beneficioso tanto para los bebés prematuros como para los padres, pero requiere tiempo y práctica para dominarlo. Aliento a los padres a tomarse el tiempo necesario para sentirse cómodos con el contacto piel a piel y la lactancia materna, si es posible. No se preocupen si al principio se sienten inseguros; es natural. El apoyo y la orientación de los enfermeros y el personal médico son fundamentales en esta etapa.

Además, la comunicación abierta con el equipo de atención médica es esencial. Siempre compartan sus inquietudes y preguntas. El equipo de enfermería está aquí para brindar apoyo y responder a sus necesidades. Juntos, podemos crear un ambiente cálido y amoroso que beneficie tanto a los bebés como a los padres en su viaje hacia la salud y el bienestar.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 39

- MANEJO DE ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBROS INFERIORES

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

1 Introducción

El manejo de úlceras venosas en miembros inferiores es un aspecto fundamental de la atención de enfermería para pacientes que padecen insuficiencia venosa crónica. Estas úlceras, que a menudo son dolorosas y persistentes, requieren un enfoque integral. Aquí se describen algunas estrategias clave en el manejo de estas úlceras:

Evaluación Integral: Comienza con una evaluación completa de la úlcera, incluyendo su tamaño, profundidad y características. También es importante evaluar la circulación sanguínea en la extremidad afectada.

Terapia de Compresión: La terapia de compresión es fundamental en el tratamiento de úlceras venosas. Se utilizan vendajes o medias de compresión graduada para mejorar el flujo sanguíneo venoso y reducir el edema.

Cuidado de la Úlcera: El enfermero debe limpiar y desbridar la úlcera de manera adecuada, utilizando técnicas asépticas para prevenir infecciones. El uso de apósitos apropiados puede ayudar a mantener un ambiente óptimo de cicatrización.

Educación al Paciente: La educación es esencial para el autocuidado del paciente. Esto incluye la promoción de la elevación regular de la pierna afectada, el control del edema, el seguimiento de una dieta equilibrada y la importancia de mantener una buena higiene.

Tratamiento de Enfermedades Subyacentes: En muchos casos, las úlceras venosas están relacionadas con insuficiencia venosa crónica. El manejo de esta afección subyacente es crucial para prevenir la recurrencia de úlceras.

Seguimiento Continuo: El enfermero realiza un seguimiento regular para evaluar la progresión de la úlcera, la eficacia de la terapia de compresión y cualquier cambio en la condición del paciente.

Colaboración Interdisciplinaria: La atención de enfermería en úlceras venosas a menudo implica trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como cirujanos vasculares o dermatólogos, para abordar aspectos específicos del tratamiento.

El manejo de úlceras venosas en miembros inferiores implica una combinación de enfoques que van desde la terapia de compresión hasta el autocuidado del paciente. El papel del enfermero es fundamental en la evaluación, el tratamiento y la educación para garantizar una atención integral y efectiva que promueva la cicatrización de la úlcera y mejore la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del enfermero dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del área de especializada.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos

necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El manejo de úlceras venosas en miembros inferiores es una parte importante de la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia venosa crónica. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la evaluación, tratamiento y seguimiento de estas úlceras, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud cuando sea necesario. A continuación, se describen en detalle las funciones clave del enfermero en este contexto:

Evaluación y Diagnóstico: Los enfermeros realizan una evaluación exhaustiva de la úlcera venosa y su entorno. Esto incluye medir el tamaño, profundidad y estado de tejido circundante de la úlcera. También se evalúa la circulación venosa y arterial de la extremidad afectada.

Planificación del Cuidado: Basándose en la evaluación, el enfermero elabora un plan de cuidados personalizado para el paciente. Esto incluye la elección de terapias de compresión adecuadas, apósitos y tratamientos para promover la cicatrización.

Terapia de Compresión: La terapia de compresión es esencial en el manejo de úlceras venosas. Los enfermeros aplican vendajes de compresión o medias de compresión graduada de acuerdo con las necesidades del paciente. Supervisan la tolerancia del paciente y ajustan la compresión según sea necesario.

Cuidado de la Úlcera: Los enfermeros se encargan de limpiar y desbridar la úlcera utilizando técnicas asépticas para prevenir infecciones. La elección y aplicación de apósitos adecuados es fundamental para crear un ambiente de cicatrización óptimo.

Educación al Paciente: La educación es un componente clave del manejo de úlceras venosas. Los enfermeros educan a los pacientes sobre la importancia de elevar la pierna afectada, mantener una higiene adecuada, seguir una dieta equilibrada y cómo aplicar la terapia de compresión si es necesario.

Seguimiento y Evaluación: Los enfermeros realizan un seguimiento regular para evaluar la progresión de la úlcera y la respuesta al tratamiento. Evalúan la eficacia de la terapia de compresión y hacen ajustes según sea necesario.

Colaboración Interdisciplinaria: El manejo de úlceras venosas puede requerir la colaboración con otros profesionales de la salud, como cirujanos vasculares o dermatólogos. Los enfermeros trabajan en equipo para abordar aspectos específicos del tratamiento.

Apoyo Emocional: La atención de enfermería también implica brindar apoyo emocional al paciente, ya que las úlceras venosas pueden ser dolorosas y afectar la calidad de vida. Los enfermeros alientan y escuchan las preocupaciones del paciente.

En conclusión, los enfermeros tienen un papel integral en el manejo de úlceras venosas en miembros inferiores. Su enfoque en la evaluación, el tratamiento, la educación y el apoyo al paciente contribuye significativamente a la cicatrización de la úlcera y al bienestar del paciente en general. La colaboración interdisciplinaria y la atención centrada en el paciente son fundamentales en este proceso.

5 Discusión-Conclusión

Mi recomendación fundamental para el manejo de úlceras venosas en miembros inferiores es la adherencia constante al tratamiento y el seguimiento cercano de las indicaciones del equipo de atención médica. Los pacientes deben entender la importancia de seguir las terapias de compresión y mantener una buena higiene de la úlcera. La paciencia es clave, ya que la cicatrización puede ser un proceso gradual.

Además, animo a los pacientes a comunicarse abiertamente con su enfermero o equipo médico si tienen preguntas o inquietudes. El autocuidado y la educación son herramientas poderosas en el manejo de úlceras venosas, y los enfermeros están disponibles para brindar apoyo y guía. Juntos, paciente y enfermero pueden trabajar para mejorar la calidad de vida y promover una cicatrización efectiva.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 40

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON INTENTO AUTOLÍTICO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

1 Introducción

Un paciente con un intento autolítico, también conocido como intento de suicidio, presenta una situación clínica de extrema gravedad que requiere una atención de enfermería especializada y compasiva. Este escenario plantea desafíos significativos tanto para el paciente como para el equipo de enfermería.

La primera prioridad es la evaluación de la seguridad del paciente. Los enfermeros deben asegurarse de que el paciente esté libre de riesgos inmediatos y mantener una estrecha vigilancia para prevenir futuros intentos de suicidio. Esto puede incluir la designación de un entorno seguro, la eliminación de objetos potencialmente peligrosos y la consideración de la necesidad de supervisión constante.

Además de la seguridad física, es crucial abordar las necesidades emocionales y psicológicas del paciente. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental al proporcionar apoyo emocional, comprensión y empatía. La comunicación efectiva y el establecimiento de una relación de confianza son esenciales para ayudar al paciente a expresar sus sentimientos y pensamientos.

El trabajo en equipo es esencial en esta situación. Los enfermeros colaboran con psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental para evaluar la salud mental del paciente, desarrollar un plan de tratamiento adecuado y brindar intervenciones terapéuticas. El seguimiento y la coordinación del cuidado a largo plazo son cruciales para prevenir futuros intentos de suicidio y promover la recuperación.

El manejo de un paciente con un intento autolítico implica garantizar la seguridad física, brindar apoyo emocional y trabajar en equipo para abordar las necesidades de salud mental. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la atención de estos pacientes, ayudándolos a encontrar esperanza y una senda hacia la recuperación.

2 Objetivos

Exponer las funciones del enfermero dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del área de especializada.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel de enfermería ante un paciente que ha realizado un intento autolítico, es decir, un intento de suicidio, es de suma importancia en la atención integral y el manejo de esta situación clínica crítica. En esta situación, los enfermeros desempeñan múltiples roles cruciales:

Evaluación de Riesgo: La primera tarea es evaluar el riesgo inmediato del paciente. Los enfermeros deben determinar si el paciente está en peligro de autolesionarse nuevamente y tomar medidas para garantizar la seguridad física, como la eliminación de objetos potencialmente peligrosos y la designación de un entorno seguro.

Apoyo Emocional: Los enfermeros brindan apoyo emocional al paciente en un momento de profundo sufrimiento. Escuchan activamente, muestran empatía y proporcionan un espacio seguro para que el paciente exprese sus emociones y pensamientos sin juicio.

Evaluación de Salud Mental: La evaluación de la salud mental es esencial. Los enfermeros trabajan en colaboración con psicólogos y psiquiatras para evaluar la condición psicológica del paciente, identificar factores de riesgo y establecer un diagnóstico. Esto ayuda a determinar el tratamiento adecuado.

Intervenciones Terapéuticas: Los enfermeros participan en la implementación de intervenciones terapéuticas según las recomendaciones del equipo de salud mental. Esto puede incluir terapia individual, terapia grupal o medicación psiquiátrica, dependiendo de las necesidades del paciente.

Vigilancia Continua: Se realiza una vigilancia continua del paciente para prevenir futuros intentos de suicidio. Los enfermeros mantienen una presencia constante, realizan chequeos regulares y mantienen una comunicación abierta para evaluar la evolución del paciente.

Educación y Prevención: Los enfermeros educan al paciente sobre la importancia de buscar ayuda en momentos de crisis y proporcionan recursos para el apoyo a largo plazo. También trabajan en la identificación de factores desencadenantes y estrategias de prevención.

Coordinación del Cuidado: La coordinación del cuidado es esencial. Los enfermeros colaboran con otros profesionales de la salud, como trabajadores sociales y terapeutas, para garantizar una atención integral y continua para el paciente.

Promoción de la Esperanza: Aunque es una situación difícil, los enfermeros desempeñan un papel importante en la promoción de la esperanza y la recuperación. Ayudan al paciente a ver un futuro más luminoso y a establecer metas alcanzables.

El papel de enfermería ante un paciente con un intento autolítico es multifacético

y va más allá de la atención física. Implica proporcionar un apoyo emocional sólido, evaluar la salud mental, implementar intervenciones terapéuticas, prevenir futuros intentos de suicidio y promover la esperanza en la recuperación. La atención de enfermería en este contexto es fundamental para la seguridad y el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Mi recomendación fundamental en el papel de enfermería ante un paciente con un intento autolítico es la empatía constante y la escucha compasiva. Escuchar activamente al paciente, brindar un espacio seguro para expresar emociones y preocupaciones, y mostrar comprensión son acciones esenciales. Además, fomentar la comunicación abierta y sin juicio puede ayudar al paciente a sentirse apoyado y comprendido.

En segundo lugar, insto a los enfermeros a trabajar en equipo de manera efectiva. Colaborar con otros profesionales de la salud, como psicólogos y psiquiatras, es crucial para proporcionar una atención integral y coordinada. Juntos, podemos evaluar, planificar y ejecutar un tratamiento adecuado que aborde las necesidades físicas y emocionales del paciente, promoviendo la recuperación y la esperanza en el proceso de sanación.

6 Bibliografía

Olivares, E., Catalini, S., Torres, J., Delgado, A., & Lenis-López, J. A. (2021). Revisión sistemática del estado de arte de conceptos sobre cuidado de enfermería (2016-2020). En función del modelo crítico. *Crear En Salud*, (15).

Capítulo 41

PACIENTE CON LINFEDEMA Y LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DEL CÁNCER

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

MARTA TENDERO RUIZ

MARIA JOSE MARIN SANCHÁ

JESÚS RUIZ CIFUENTES

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

1 Introducción

La segunda enfermedad más prevalente en el mundo, el cáncer, es una patología que puede afectar a cualquier parte del cuerpo y que, por supuesto, es completamente curable a día de hoy.

Tanto hombres como mujeres pueden desarrollar cáncer de mama, pero estas últimas tienen más probabilidades de desarrollarlo. La edad, las mutaciones genéticas y los antecedentes personales son factores de riesgo de cáncer de mama que no se pueden cambiar. Los pacientes con cáncer de mama en la familia, etc. después de completar procedimientos de diagnóstico como mamografía, pruebas de imágenes, marcadores analíticos de tumores, etc. Las pacientes a las que se les in-

forma que tienen cáncer de mama se someterán a un procedimiento quirúrgico llamado mastectomía. A veces solo extirpan una parte del seno, no siempre todo. Cuando el flujo linfático se acumula en los tejidos blandos, se puede desarrollar linfedema. Los ganglios linfáticos que drenan la linfa de la mama con frecuencia se ven afectados por el cáncer de mama si se propaga. A continuación, podría desarrollarse linfedema.

El desarrollo de la cirugía podría llevar meses o incluso años. Incluso puede extenderse a otras partes del cuerpo o provocar una infección localizada en el edema. Los cuidados de enfermería deben apoyar, dirigir y, por supuesto, escuchar al paciente con gran empatía como el impacto del paciente en el diagnóstico y el proceso posmastectomía.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de apoyo que enfermería puede proporcionar o dar a pacientes con cáncer de mama para prevenir el linfedema.

3 Metodología

Se realizó un análisis de publicaciones a partir de manuales, artículos y textos encontrados en línea. Para la búsqueda bibliográfica se utilizan las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos que discuten los cuidados fundamentales o particulares que las enfermeras deben brindar a estos pacientes.

4 Resultados

Se han podido incluir artículos de nuestro trabajo de revisión bibliográfica en los que podemos ver qué tipo de cuidados pueden recibir las pacientes postmastectomía para prevenir el linfedema.

Inmediatamente después de la cirugía, la enfermera debe realizar un programa de educación sanitaria sobre prevención del linfedema.

En el caso de que una paciente pueda ser propensa a sufrir linfedema, como en el caso de una mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o, enfermería, debe conocer los factores o riesgos más frecuentes que se pueden observar tratamiento con taxano.

La enfermera asesorará a los pacientes sobre cómo prevenir el linfedema, incluyendo evitar la obesidad mediante una dieta equilibrada, un estilo de vida sedentario, el consumo de tabaco y el consumo de sustancias tóxicas. Mantener una buena higiene personal detendrá la acumulación de grasa y suciedad que causa el linfedema. No se recomienda que la paciente se exponga a frío o calor extremos, ya que esto puede provocar una carga linfática excesiva. Con la extremidad afectada no realizarás ninguna acción ni levantarás objetos pesados. El paciente será observado de forma rutinaria por la enfermera, quien medirá la circunferencia volumétrica para prevenir el linfedema. Para medir el miembro principal, la enfermera utilizará una cinta métrica. Luego se medirá en la otra extremidad. Sospecharemos de linfedema si existe una diferencia de dos centímetros entre el miembro enfermo y el sano. Se realizarán una serie de preguntas a la paciente durante cada consulta de enfermería para determinar si ella también tiene linfedema. La enfermera podría sugerir fisioterapia para que el paciente pueda realizar ejercicios de prevención del linfedema. Los cuidados de enfermería deben apoyar, dirigir y, por supuesto, escuchar al paciente con gran empatía.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la segunda causa de muerte en el mundo hoy en día es el cáncer de mama, que afecta más a las mujeres que a los hombres, aunque también puede afectar a los hombres. Después de la mastectomía, o la extirpación quirúrgica de las mamas y los ganglios linfáticos, el linfedema es una complicación que puede desarrollarse.

Estos pacientes deben recibir consejos de enfermería sobre todos los aspectos del cuidado, incluido cómo evitar el sol, el frío y levantar objetos pesados con el brazo lesionado. En su consulta, la enfermera podrá determinar si el paciente tiene esta afección, haciéndole preguntas y comparando las longitudes medidas del brazo enfermo y el brazo sano.

6 Bibliografía

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

Capítulo 42

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL TRABAJO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

JESÚS RUIZ CIFUENTES

MARTA TENDERO RUIZ

MARIA JOSE MARIN SANCHA

1 Introducción

Brindar atención médica a los pacientes que la solicitan con urgencia es responsabilidad del servicio de urgencias de un hospital. Establece un estándar de atención que permitirá gestionar el riesgo clínico de cada paciente, permitiendo a los profesionales de la salud trabajar de forma segura. Cuando se dan circunstancias en las que hay una gran afluencia de pacientes. Para lograrlo, el personal de enfermería que participe en la consulta de triaje evaluará la salud de los pacientes mediante un sistema codificado por colores que utiliza los colores rojo, naranja, amarillo, verde y azul.

La paciente requiere atención inmediata porque el color rojo indica una condición grave que pone en peligro su vida.

Es necesario estabilizar al paciente lo antes posible porque el color naranja sugiere que la condición del paciente podría deteriorarse rápidamente hasta convertirse en una situación grave y potencialmente mortal.

La paciente se encuentra en un estado levemente grave, pero no corre peligro inminente de morir. Es posible que sea necesario retrasar la atención del paciente unas horas si es necesario debido al gran volumen en la sala de urgencias.

Según el color verde, la paciente está en paz, su vida no corre peligro y sus cuidados pueden esperar.

Como muestra el color azul, no existe riesgo, por lo que el paciente podrá posponer el tratamiento.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones de Enfermería en el servicio de Urgencias de un Hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de numerosos trabajos científicos relacionados con el tema seleccionado. Utilizando términos de búsqueda junto con filtros y descriptores como "trabajo", "funciones" y "emergencias", se ha buscado información en bases de datos científicas como Wikipedia, Google y Medline.

4 Resultados

El personal de enfermería podrá desempeñar sus funciones en cualquiera de los distintos servicios de urgencias de un hospital. Estas son las diferentes zonas que hay en urgencias:

- Entrada.
- Triage.
- Boxes o consultas para atención médica, áreas semicríticas o críticas y consultas de enfermería.
- Un lugar para observar.
- Salón con sillones.
- Un lugar para obtener ayuda o someterse a una cirugía menor.
- Sala de yesos.

Dependiendo de dónde se encuentren, las tareas que debe realizar este profesional de la salud pueden variar mucho, pero en la práctica son todas muy similares en situaciones de emergencia. Entre ellos están:

- Al ingreso del paciente a urgencias, se deben tomar los signos vitales y, en caso de ser necesario, ayudar a estabilizar al paciente.
- Actualizar a los familiares del paciente cuando el personal médico lo solicite.
- Dar al paciente la medicación prescrita.
- Trabajar juntos para realizar evaluaciones o pruebas con el fin de encontrar problemas. Que no se puede detectar sin una sola prueba de diagnóstico, como una tomografía computarizada, una radiografía o una ecografía.
- Realizar un seguimiento del progreso del paciente asignado mientras recibe atención en la sala de emergencias.

El personal de enfermería debe ser un profesional de la salud con capacidad de adaptación y respuesta rápida ante situaciones estresantes, siendo resolutivo en situaciones con pacientes que se encuentran en estado grave y teniendo una comunicación fluida con el paciente. El resto de sus compañeros de trabajo, incluidos equipos médicos o técnicos auxiliares de Enfermería. Además, debe ser comprensivo y comprensivo con las familias de los pacientes enfermos mientras ingresan en esta sección del hospital.

Cuando los equipos trabajan juntos, la prestación de atención médica es más rápida, más eficiente y de mayor calidad.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos decir que el equipo de licenciados en enfermería que conforma el área de urgencias es un tipo de profesionales sanitarios que, dependiendo del área de urgencias en la que trabajan, desempeñan funciones diferentes pero muy similares.

Se asignan (triaje, boxes, zona de observación, etc.). Además de ser indispensable para el equipo médico, ya que es su mano derecha y son los que le delegan muchas tareas, este profesional es crucial en las urgencias hospitalarias porque está capacitado para atender todo tipo de eventos que puedan llegar u ocurrir. El equipo multidisciplinario de esto debe involucrarse siempre al cien por cien. 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 43

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

MARTA TENDERO RUIZ

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

JESÚS RUIZ CIFUENTES

MARIA JOSE MARIN SANCHÁ

1 Introducción

La filtración de agua y la inmunización son dos avances médicos y programas de salud pública importantes que han contribuido a que las personas vivan más y experimenten una mejor salud con el tiempo.

Edward Jenner creó la vacuna contra la viruela en 1796, pero no fue hasta que Pasteur, conocido como el padre de la vacunación, hizo su descubrimiento y lo hizo público en 1880 que también se creó la vacuna contra la rabia.

Según numerosos estudios, antes del nacimiento, la madre transmite al feto inmunidad a microbios patógenos a través de la placenta; esta inmunidad dura algunas semanas.

Después de un tiempo mínimo, esta protección finaliza.

Para producir una inmunidad específica contra una enfermedad que sea activa y duradera, a las personas se les administran sustancias conocidas como vacunas. Cuando se administra esto, se estimula el sistema inmunológico, detecta el antígeno y se le pide que comience a producir anticuerpos contra lo que cree que es la enfermedad.

Como resultado, el cuerpo de la persona produciría defensas para ayudarla a evitar enfermarse o contraer la enfermedad si alguna vez entrara en contacto con el organismo contra el cual ya había recibido una vacuna.

Las inyecciones son la vía de administración más popular, aunque algunos medicamentos se pueden tomar por vía oral. Para que el efecto protector dure años, a menudo son necesarias varias dosis.

2 Objetivos

- Informar sobre la importancia de la inmunización tanto a nivel personal como en el contexto de la salud.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo actual de literatura científica. Se utilizaron las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Las vacunas están destinadas a reducir la mortalidad y la morbilidad relacionadas con enfermedades en poblaciones vulnerables, como niños pequeños menores de cinco años, mujeres embarazadas y personas en riesgo. Es necesario llamar la atención de la gente sobre este problema, y usted debe educarlas y asegurarse de que comprendan lo de vital importancia que es recibir todas las vacunas necesarias a lo largo de la vida.

A grandes rasgos y en un lenguaje que el público en general pueda comprender, diremos que son medicamentos biológicos que, administrados a personas sanas, activan y producen anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndolas en

caso de que entren en contacto. Me gustaría volver a trabajar con esa persona en el futuro. Se debe identificar el agente infeccioso para prevenir una infección o enfermedad.

En contraste con los graves efectos secundarios y consecuencias que pueden ocurrir, los padres frecuentemente sobreprotegen a sus hijos y dan alta prioridad a prevenir cualquier tipo de sufrimiento o dolor. En este caso, sin embargo, cualquier llanto o posibles molestias menores por parte del niño después de recibir una vacuna son irrelevantes.

Además, se administrarán a adultos como refuerzos o para un grupo de riesgo determinado, como es el caso, por ejemplo, de la vacuna, como comentamos anteriormente. Se administrarán tanto a adultos como a niños y recién nacidos.

La gripe es importante en algunos grupos. Durante los meses de prestación habitual, se imparte de forma gratuita en todos los centros de salud.

Están allí de octubre a noviembre porque es cuando es más probable que se propague la enfermedad. Las personas que corren mayor riesgo de sufrir complicaciones por tenerlo son aquellas a las que se dirige.

Personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, personas con obesidad o enfermedades crónicas, niños y adultos, quienes conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (entre 6 y 18 años), entre otros.

Personal de hospitales y servicios sociales, así como estudiantes y personal en formación, así como personal de servicios públicos vitales (como policía, bomberos, etc.) que hayan sido tratados durante un periodo prolongado de tiempo con ácido acetilsalicílico.

5 Discusión-Conclusión

Aunque hoy en día muchas personas siguen siendo reacias a vacunar a sus hijos debido a falsas creencias u otro tipo de creencias, ahora es bien sabido que ningún tipo de avance médico ha podido salvar tantas vidas como lo han hecho las vacunas. Independientemente de las causas subyacentes, el hecho es que debido a la negligencia de estos individuos, enfermedades que antes creíamos extintas han resurgido como un problema social. Este es el caso del sarampión o la polio, que son enfermedades extremadamente raras o prácticamente inexistentes que existen en otras naciones.

Sin embargo, todavía nos vacunamos porque no es difícil entrar en contacto con ellos, ya sea mientras viajamos al extranjero o cuando personas no vacunadas ingresan a nuestro país.

6 Bibliografía

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

Capítulo 44

ENFERMERÍA Y LA INTRAVENOSA CON LA BOMBA DE INFUSIÓN

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

1 Introducción

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, por tanto se trata de un problema sanitario de primera magnitud, debido a su incidencia y mortalidad.

Uno de los tratamientos aplicados para estos pacientes es la quimioterapia. En el Hospital de Día contamos con un fármaco quimioterápico denominado 5-FU.

Este fármaco permite la infusión continua ambulatoria del tratamiento a través de una bomba de infusión acoplada al reservorio subcutáneo que va conectado a un catéter venoso central.

En nuestro servicio usamos la bomba de infusión CADD-Legacy® PLUS. Esta bomba es portátil y ha sido diseñada para administrar medicación al organismo. Administra medicamentos con una tasa continua en mililitros 24 horas (ml/24h) y almacena la información programada e histórica. El médico prescribe el medicamento específicamente para cada paciente. La enfermera programa la prescrip-

ción de la bomba de acuerdo con las instrucciones específicas del médico. Esta bomba de infusión se caracteriza por tener incorporado un software de seguridad y para ello requiere conocimiento en las fases de preparación, infusión y retirada. Existen otros modelos de bombas CADD-Legacy® disponibles. Debemos revisar la etiqueta posterior de la bomba para asegurarnos de que se trata de una bomba CADD-Legacy®PLUS antes de utilizarla.

2 Objetivos

- Analizar el papel de las bombas de infusión inteligentes proporcionando conocimientos sobre cómo realizar un buen mantenimiento preventivo.
- Explicar el funcionamiento adecuado de la bomba de infusión continua CADD-Legacy® PLUS describiendo detalladamente la retirada de bomba.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de trabajos científicos en distintas bases de datos científicas como Scielo, Dialnet, y Google Scholar, así como de distintas guías de práctica clínica. Experiencia profesional.

Palabras clave: Tratamiento domiciliario, infusión intravenosa, CADD-Legacy®PLUS y quimioterapia.

4 Resultados

La bomba CADD-Legacy® Plus está diseñada para administrar medicación intravenosa de forma programada. La enfermera del Hospital de día deberá comprobar y programar el volumen en recipiente, la tasa continua (ml/h), detector de aire (desactivado, activado en alta sensibilidad, o activado en baja sensibilidad), el sensor línea arriba (desactivado o activado).

Una vez programado hay que dejarlo bloqueado para evitar desajustes accidentales. Es importante educar a los pacientes y cuidadores sobre las distintas alarmas y mensajes que pueden aparecer en la pantalla, y darles instrucciones para hacerles frente. Al aparecer:

- “Pila baja”: hay que presionar y deslizar la tapa del compartimento trasero de las pilas, sacarlas y sustituirlas por las pilas nuevas que se le han suministrado; colocar nuevamente la tapa y comprobar que en la pantalla se visualiza la palabra

“func”.

- “Presión elevada”: revisar que el sistema que va desde la bomba a la vía no esté acodado o doblado en ningún sitio: si ha detectado el problema, eliminar la obstrucción. La bomba debería dejar de sonar inmediatamente. Si continúa sonando la alarma, hay que apretar la tecla “parada/inicio” durante 3 segundos, hasta que aparezca “parada” en la pantalla. Si no consigue solucionar el problema, será necesario llamar al número de teléfono que se le ha proporcionado y seguir las instrucciones de la enfermera que le atienda.

Una vez terminado el tratamiento la bomba avisará a través de una alarma para su retirada. Cuando la retirada coincide con el fin de semana es necesario acudir al servicio de Urgencias. Para ello habrá que seguir los siguientes pasos:

Parada de la bomba; al detenerse la bomba se interrumpe la administración de medicamento.

- Pulsar y mantener presionada la tecla STOP/START

- Cuando vea que aparecen los 3 grupos de rayas, será necesario soltar la tecla. El mensaje STOPPED aparecerá en la pantalla principal.

Apagado de la bomba; cuando la bomba está detenida, puede ponerla en estado de baja potencia, apagándola. Se puede apagar la bomba cuando se desconecta de su sitio de acceso para almacenarla.

- Una vez parada, pulsar de forma prolongada: Act/desactivar.

- Cerrar con una pinza la línea de administración del fluido antes de quitar el cassette de la bomba para evitar una infusión de medicamento por gravedad, no controlada.

- Soltar el cartucho con una moneda girando en el sentido de las agujas del reloj.

- Tirar el cartucho desechable.

- Retirar las pilas usadas.

- Heparinizar la vía de acceso central con fibrilín.

- Devolver el bolso y la bomba al servicio perteneciente (en este caso Hospital de Día de Oncología).

Limpieza de la bomba y sus accesorios:

- No sumergir la bomba en agua o líquido de limpieza, ni deje que la solución se empape en la bomba, se acumule en el teclado o entre en el compartimiento de las pilas. La acumulación de humedad en el interior de la bomba podría producir daño a la misma.

- No limpiar la bomba con acetona ni otros solventes para plástico o limpiadores abrasivos, ya que podrían dañar la bomba. Rutinariamente limpie la bomba para mantenerla libre de polvo, líquidos y materias extrañas.

- Humedecer un paño suave, sin pelusas, con una solución de limpieza y limpieza

la superficie exterior de la bomba. No permita que la solución se impregne en la bomba.

- Secar toda la superficie con otro paño suave y sin pelusas. Dejar que la bomba se seque completamente antes de volver a utilizarla.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología juega un papel muy importante en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente. En particular en el proceso de administración de medicamentos IV con bomba, permite que el paciente reciba el tratamiento adecuado a su proceso en la comodidad de su domicilio, durante 24 horas, sin supervisión continua del profesional de enfermería. Es por ello que las bombas de infusión son cada vez más empleadas en los hospitales con el fin de garantizar una adecuada continuidad asistencial.

Además la bomba CADD-Legacy PLUS aumenta el bienestar y la calidad de vida del paciente, favoreciendo su autonomía, ofreciendo tranquilidad y apoyo más personalizado en el “lugar más terapéutico”. Se consigue reducir costes a nivel hospitalario, incrementa la capacidad productiva, eficacia, y efectividad del hospital, y sobre todo, evita infecciones nosocomiales. Al mismo tiempo aumenta la satisfacción paciente/familiar.

La bomba emitirá un sonido de alarma cuando detecte que el volumen del que dispone es escaso. Esto determina que está disponible para su retirada. El servicio de Hospital de Día ofrece una asistencia sanitaria de lunes a viernes siendo posible su retirada. Sin embargo, es habitual la finalización del tratamiento el fin de semana siendo necesario acudir al servicio de Urgencias para la retirada de bomba. Así pues, resulta imprescindible el conocimiento de la misma para su correcto manejo.

6 Bibliografía

1. Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico. Nutrición-Oncología [Internet]. Scielo.isciii.es. 2021 [cited 21 January].

Capítulo 45

ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

1 Introducción

La hospitalización a domicilio (HAD) no es un concepto nuevo. Hace medio siglo, los primeros experimentos se realizaron en el Hospital Montefiore de Nueva York. El objetivo es descongestionar los hospitales y proporcionar un entorno más cómodo para los pacientes y sus familias.

La transfusión de sangre es un procedimiento de tratamiento común para pacientes anémicos. Muchos de estos pacientes tienen dificultad para moverse. La infusión intravenosa en el hogar del paciente permite esta intervención y evita las molestias asociadas con las visitas al hospital. En definitiva, es una mejora en la calidad de vida de muchos pacientes.

Esto incluye donar sangre o plaquetas en el domicilio del paciente y evitar las visitas al hospital. Los riesgos de este tipo de transfusión de sangre son esencialmente los mismos que los de una transfusión de sangre regular, pero la naturaleza extrahospitalaria de su uso requiere la implementación de estrictas medidas de

seguridad y requisitos adicionales específicos para garantizar la seguridad del paciente. Entre ellos se destacan la selección precisa y rigurosa de los candidatos para esta modalidad de transfusión, el equipo de transfusión interno bien entrenado y disciplinado, y los procedimientos de trabajo bien establecidos. Con un profesional bien capacitado y un plan de atención estándar, puede administrar líquidos en casa de manera segura.

Los objetivos alcanzados en este servicio de atención domiciliaria son:

- Evitar trasladar pacientes enfermos, angustiados, generales al centro hospitalario.
 - Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evitar el riesgo de infecciones nosocomiales.
- Ahorrar tiempo para los pacientes y sus familias con procedimientos regulares de admisión y regreso a casa.

2 Objetivos

Exponer e indicar la actuación de enfermería en la transfusión sanguínea en el domicilio por parte del equipo de enfermería.

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

Los pacientes elegibles para esta atención deben cumplir con ciertos requisitos.

- Tener una línea telefónica en casa.
- Un familiar o cuidador acompaña al paciente durante la intervención y durante varias horas después.
- Respetar la higiene del hogar.

Los pacientes deben estar clínicamente estables.

- El paciente debe ser transfusionnaïve y no tener reacciones transfusionales.
- El paciente debe estar consciente y orientado. Destino:

- Describir las fortalezas y debilidades.
 - Se pedirá a los pacientes o familiares de pacientes que firmen un formulario de consentimiento informado.
 - Solicitar un hemograma completo + prueba cruzada.
- El muestreo de sangre se realizará de acuerdo con las instrucciones del médico.
- Hemocod para consultar datos de pacientes. Debe crear una lista de verificación.
 - Lista de verificación. Tanto en la extracción de sangre, identificación del paciente y transfusión.
 - Brazaletes de identificación del paciente.
 - Después de confirmar los resultados de los análisis de sangre y la necesidad de una transfusión de sangre, se requieren hemoderivados para el tratamiento de la presión arterial. Se avisará al paciente para que se vaya a su casa y prepare las herramientas necesarias. o Gotero o Bomba electrónica.
- + Sistema cuentagotas o botiquín:
- Guardia.
 - Acto Cortina 100.
 - Urbanson 40.
 - Urbano 20.
 - Adrenalina.
 - Polaramina.
 - Ranitidina.
 - Mochila de emergencia.
 - Hemocódigo
 - Bolsa de transporte de calor para conductos sanguíneos.
 - Verificación de seguridad de datos de identificación de pacientes y productos sanguíneos con colegas.
 - Se comprueban los datos del paciente.
 - Tubería periférica, mínimo N°20.
 - Obtener una constante. Bomba electrónica con caudal y tiempo de infusión programables.
 - Verificación por Hemocod (Sistema de Verificación Electrónica).
 - Iniciar goteo.
 - Después de la transfusión, contactar con el médico tratante para revisar los datos y valorar la adecuación del uso de diuréticos.
 - Fechas de administración, cantidades, medicamentos tomados e incidencias deben quedar registradas en la historia clínica del paciente.
 - Las bolsas de concentrado vacías se devuelven a la terapia de presión arterial.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos haciendo hincapié al grado de satisfacción por parte del paciente y familiares es muy elevado, asumiendo tras una transfusión la vigilancia y próximo control por parte del servicio de Hospitalización a domicilio.

El personal de enfermería, que juega un papel clave en los procedimientos de transfusión, vela por el uso seguro de esta tecnología. El conocimiento y las habilidades de todo el grupo, no solo a nivel individual, y la eficiencia del sistema son necesarios para garantizar todo el proceso. Es por esto que contar con evidencias en campo y contar con un profesional capacitado en la materia es fundamental.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulolahospitalizacion-domicilio-no-es-13324>.
2. <https://www.hemomadrid.com/servicios/banco-de-sangre/transfusiondomicilio/>.
3. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Anexos_Transfusion_Extrahospitalaria.
4. http://www.aneh.es/archives/15_congreso/poster_32.pdf.

Capítulo 46

ENFERMERÍA EN EL DECÚBITO PRONO EN UNIDADES DE CRÍTICOS

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

1 Introducción

La posición del paciente en decúbito prono, es una técnica no invasiva, que es utilizada en unidades de críticos, en el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), que es una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar, secundaria a un daño inflamatorio de la membrana alveolar y ocasiona un edema pulmonar, que es debido al aumento de la permeabilidad capilar pulmonar.

Esta posición nos ayuda a favorecer un incremento de la capacidad funcional pulmonar, mejorando así la redistribución de la perfusión, evacuación y movilidad de secreciones y como consecuencia, mejora la ventilación.

No es una técnica que esté exenta de complicaciones, ya que en algunas situaciones es difícil de realizar (como en pacientes con obesidad, con fijadores externos, embarazadas). Diversos estudios confirman la mejoría de la oxigenación con esta técnica, no así como la mortalidad, que no se ha demostrado de momento.

Es una técnica segura, aunque necesita ser protocolizada durante la maniobra. El papel de la enfermería juega un papel muy importante en la prevención de complicaciones. En los años 70, fue descubierta esta técnica en un estudio con unos enfermos con insuficiencia respiratoria, donde se veía al pronarlos, que mejoraba la oxigenación.

Actualmente, este tratamiento postural, es un procedimiento que se está aplicando cada vez con mayor frecuencia en las unidades de cuidados críticos.

2 Objetivos

- Describir la técnica de decúbito prono para poder ofrecer cuidados con la máxima calidad para el paciente y asegurar la seguridad de la asistencia.
- Exponer la función de enfermería en esta técnica.

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

Este tratamiento está especialmente dirigido a pacientes con el Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

Para la realización de esta técnica se necesita de uno o dos enfermeras, uno o dos auxiliares, dos celadores y un médico que esté presente en la unidad por si surgieran complicaciones. Se necesitará del siguiente material: sábanas, tres almohadas, empapadores, un rodete para la protección de la cara, alargaderas para en buen manejo de las vías y electrodos.

Para realizar el decúbito prono, el paciente debe estar sedoanalgesiado y relajado según prescripción médica. Se debe suspender, si el paciente estuviera con ella, la nutrición enteral, al menos una hora antes. Antes del procedimiento, comprobaremos heridas quirúrgicas, drenajes, catéteres, sondas y lo más importante, la correcta posición y sujeción del tubo endotraqueal comprobando la presión del neumotaponamiento.

Cuando vamos a iniciar la técnica, debemos colocar los brazos del paciente junto al cuerpo con las palmas de la mano hacia arriba. A continuación colocaremos las almohadas a la altura de la escápula, pelvis y tibias. Una vez puestas colocamos la sábana.

El personal necesario para la realización del prono, se coloca a ambos lados de la cama, sujetado ambas sábanas y enrollándolas hasta que queden bien pegadas al paciente. Muy importante, que esté en la cabecera de la cama, un enfermero/médico, que es el que va a controlar y sujetar el tubo endotraqueal para evitar una extubación y va a ser el que va a ir dando los pasos para dirigir la técnica a realizar.

Colocado el personal a ambos lados de la cama, comenzamos desplazando al paciente hacia el lado contrario que queremos girarlo. En el segundo movimiento, colocamos al paciente en decúbito lateral, elevando el lado más próximo al borde de la cama. Tras este movimiento, los que tienen las sábanas sujetas por debajo, pasan a sujetar las de arriba y viceversa, sin soltar la sábana (confirmando que el compañero tiene sujeta para poder cambiar mano y luego viceversa), acompañamos al paciente en el giro. Lo centraremos en la cama y comprobaremos su correcta alineación corporal.

Luego colocaremos los brazos, uno hacia arriba con rotación externa (para evitar lesiones) y el otro para abajo con rotación interna, así como la cabeza. En estos pacientes han de realizarse los cambios de brazos cada 2/3h (posición de nadador) y de cabeza (siempre con un rodete en forma de U, para así liberar presión de la cara y dejar libre TOT y sonda).

Debemos de hidratar bien zonas de presión con ácidos grasos hiperoxigenados. El paciente no debe permanecer en decúbito prono no menos de 16h y hasta 24h o más (esto ya dependerá de la decisión del médico).

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación y conocimiento por parte del personal sanitario durante el proceso de la técnica de prono, nos ayuda a que los pacientes afectados por SDRA, mejoren su capacidad pulmonar y con esto conseguiremos evitar una mayor morbi-mortalidad, así como una larga estancia hospitalaria.

Es muy importante, que todo el personal sanitario de unidades de cuidados críticos, tenga conocimientos básicos de esta técnica, porque así en una situación crítica, nos evitaría muchas complicaciones. Elaborando un protocolo de actuación de la técnica, conseguimos un plan de cuidados para estos pacientes, y así conseguimos una herramienta de trabajo del personal de unidades de críticos con

el fin de aumentar la seguridad en la maniobra y disminuir las complicaciones.

6 Bibliografía

1. Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja M^aI, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo M^aC. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería en uci: una revisión integrativa. Revista Científica de Enfermería. Mayo;10: 1-16.
2. Serrano JA, López N, Cazorla P, López AM, Payán A, Lao FJ. Ventilación en decúbito prono.
3. Bonet Procuras R, Moliné Pallarés A. Protocolo de colocación de paciente con síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. NURE inv.(Revista en internet)2009 May-Jun.

Capítulo 47

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

La púrpura de Schönlein-Henoch es una enfermedad que se suele prevalecer en la infancia antes que en adultos. Se caracteriza por ser una vasculitis en la que se acumulan depósitos de inmunoglobulina A, esto se produce en los vasos de pequeños calibres, predominando en arteriolas o vénulas o incluso en los capilares. Esta vasculitis lo que produce es una inflamación de la pared de los distintos vasos a los que afecta.

Todo esto produce una alteración en el cuerpo a nivel sistémico que se caracteriza por presentar:

1. Púrpuras palpables asociadas a edemas a nivel de la piel, preferentemente, a nivel de tronco inferior, es decir, glúteos, piernas, aunque a veces puede aparecer en tronco, cuello y cara.
2. Produce artralgias o artritis, afectando a nivel articular.
3. Dolor abdominal, afectando a nivel gastrointestinal.
4. Compromiso renal, afectando a nivel del sistema urinario.

A todo esto se lo conoce como la tétada clásica de la vasculitis por depósitos de inmunoglobulina A o púrpura de Schönlein-Henoch.

La prevalencia de esta enfermedad está entre los 10 y 20 casos en niños menores de edad por cada 100.000 niños, aunque a menor edad la prevalencia aumenta considerablemente, produciendo un pico de prevalencia entre los 5 y 10 años de edad.

Este tipo de vasculitis tiene una etiología desconocida, aunque se cree y se relaciona con algunas infecciones pasadas, sobre todo las relacionadas con el sistema respiratorio.

2 Objetivos

1. Actualizar los conocimientos sobre la enfermedad púrpura de Schönlein-Henoch
2. Visualizar un diagnóstico y un tratamiento precoz.
3. Tener conocimiento para poder prevenir consecuencias posteriores en la enfermedad.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, Pubmed y Cuiden, entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 6 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad púrpura de Schönlein-Henoch.

Palabras clave: púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis, inmunoglobulina A.

4 Resultados

La clínica que presentan los pacientes con esta enfermedad afecta a diferentes órganos, ya que afecta a todo el cuerpo, es decir, tiene una afectación multi-orgánica.

Por un lado, afecta a la piel, produciendo maculas, sobre todo a nivel del tronco inferior, donde hay existe más presión, afectando a piernas y glúteos, en los que se visualizan maculas que pueden durar alrededor de 10 días, aunque a veces van cambiando la apariencia. Una de las pruebas a realizar en este parte es una biopsia, en la que se encuentran restos de inmunoglobulina A.

Además, afecta al sistema articular, produciendo artritis y artralgiás en la que se afectan normalmente las pequeñas articulaciones, prevaleciendo las del tronco inferior, también como pueden ser los tobillos y las rodillas. Todo esto puede limitar la movilidad del paciente y pueden producir inflamación de estas.

También encontramos afectación del sistema digestivo, ya que produce dolor abdominal. Una de las complicaciones más frecuente por esta afectación es afectación del intestino delgado produciendo una invaginación. Con esta complicación se puede encontrar en las heces sangre, por lo que otra de las pruebas a realizar sería la sangre oculta en heces.

Y la afectación no menos importante es a nivel renal, que es la que puede producir más complicaciones a largo plazo, llegando a producir daño renal, por esta razón es el factor más grave a tener en cuenta sobre todo en años posteriores, ya que es la secuela más importante que produce esta enfermedad. En esta parte se puede comprobar con analíticas de orina en la que existe hematuria.

Las pruebas diagnósticas realizadas para llegar al consenso de que existe la enfermedad púrpura de Schönlein-Henoch, se tienen que ir complementando unas con otras, y además ir descartando otras enfermedades. Ya que no existe una prueba directamente relacionada para especificar que existe esta enfermedad. Hay que ir comparando resultados y que se complemente para llegar a la conclusión de diagnosticar la vasculitis.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad púrpura de Schönlein-Henoch es una de las muchas enfermedades raras que existen, aunque tiene una prevalencia elevada en niños y es una de las vasculitis más comunes.

Tiene muchas manifestaciones clínicas que afectan a nivel multiorgánico, por lo que se tienen que complementar las pruebas en los diferentes sistemas u órganos a los que afectan para poder llegar a una conclusión de diagnosticar esta enfermedad.

Hay que tener en cuenta que la complicación más grave es la afectación renal que puede producir a largo plazo, por lo que un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad puede parar consecuencias posteriores en la persona afectada por ella.

6 Bibliografía

1. Solís Cartas U., Milera Rodríguez Y., Santana I., Pereira Torres J. A., De Armas Hernández A. Púrpura de Schönlein-Henoch, presentación de caso. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2012[Consultado 28 de septiembre de 2023]; XIV (21). Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/217/324>.
2. Camacho Lovillo M.S., Lirola Cruz, M.J. Púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki y otras vasculitis. *Pediatr Integral* [Internet]. 2017 [Consultado 28 de septiembre de 2023]; XXI (3):183-195. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi03/04/n3-183-195_M-Camacho.pdf.
3. Mazas M.C. Púrpura de Schönlein-Henoch ¿Qué hay de nuevo? *Rev Argent Dermatol* [Internet]. 2011[Consultado 28 de septiembre de 2023]; 92(1).
4. Hasbún T., Chaparro X., Kaplan V., Cavagnaro F., Castro A. Púrpura de Schönlein-Henoch Buloso. Caso Clínico. *Rev Chil Pediatr*[Internet]. 2018[Consultado 28 de septiembre de 2023]; 89(1).
5. López Muñoz, D. F., Salazar Riascos, W. A., Amortegui Restrepo, A. F., Marín Peña, D. V., & Hernández Lozano, J. J... Púrpura de Henoch-Schönlein en adulto con Ausencia de Determinantes Clínicos. Informe de Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023[Consultado 28 de septiembre de 2023]; 7(3), 6327-3634. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6636.
6. Camacho-Pereza L.C., Rubio Rivera, M. Púrpura de Schönlein-Henoch en adultos: reporte de cuatro casos. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2023[consultado 28 de septiembre de 2023]; 30(1).

Capítulo 48

ENFERMERÍA Y ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LESIONES TRAUMÁTICAS

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

1 Introducción

La enfermería es una disciplina fundamental en la atención de pacientes con lesiones traumáticas, ya que juega un papel clave en la prevención de complicaciones y la promoción de la recuperación. La atención integral de estos pacientes comienza desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria, y se enfoca en garantizar una atención eficiente y efectiva para su pronta recuperación.

Para ello, es importante que el personal de enfermería esté capacitado para realizar una valoración rápida y precisa del paciente, identificando las lesiones y complicaciones potenciales, y diseñando un plan de cuidados personalizado. Este plan debe incluir la administración de medicamentos, el manejo del dolor, la prevención de infecciones y la promoción de la movilidad y la rehabilitación.

El enfoque integral de la atención también implica la coordinación y colaboración interdisciplinaria entre el personal médico y de enfermería, así como la educación del paciente y su familia sobre la importancia del seguimiento de los tratamientos y cuidados recomendados.

El papel del enfermero es fundamental en la atención del paciente con lesiones traumáticas, ya que es el encargado de asegurar la continuidad y calidad de los cuidados, proporcionando un soporte emocional y psicológico al paciente y su familia durante todo el proceso de recuperación.

2 Objetivos

- Identificar las principales complicaciones y cuidados que se deben considerar en la atención de pacientes con lesiones traumáticas.
- Exponer cómo el personal de enfermería puede prevenirlas y abordarlas de manera efectiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención integral de pacientes con lesiones traumáticas requiere de un enfoque multidisciplinario, en el cual el personal de enfermería tiene un rol clave en la valoración, cuidados y coordinación de los tratamientos, buscando siempre la pronta recuperación del paciente y su bienestar integral.

La atención de pacientes con lesiones traumáticas es una tarea compleja que requiere una coordinación interdisciplinaria, donde el enfermero desempeña un papel clave en el proceso de recuperación del paciente. El objetivo de este capítulo es analizar las funciones del enfermero en la atención integral de pacientes con lesiones traumáticas, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

En el momento del ingreso, el enfermero debe realizar una valoración rápida y precisa del paciente, identificando las lesiones y complicaciones potenciales.

Para ello, se debe tener en cuenta la historia clínica del paciente, los signos y síntomas presentes, así como los antecedentes médicos y familiares relevantes. Además, es importante que el enfermero realice una valoración completa del estado emocional y psicológico del paciente, y brinde el soporte necesario para su bienestar integral.

Una vez realizada la valoración, el enfermero debe diseñar un plan de cuidados personalizado, que incluya la administración de medicamentos, el manejo del dolor, la prevención de infecciones y la promoción de la movilidad y la rehabilitación.

El plan de cuidados debe ser revisado y actualizado periódicamente, teniendo en cuenta la evolución del paciente y las complicaciones potenciales.

El enfoque integral de la atención implica también la educación del paciente y su familia sobre la importancia del seguimiento de los tratamientos y cuidados recomendados.

El enfermero debe proporcionar información clara y precisa sobre los procedimientos médicos, los cuidados en el hogar, así como los recursos y apoyos disponibles para la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La atención integral de pacientes con lesiones traumáticas requiere de un enfoque multidisciplinario en el que el papel del enfermero es esencial.

Desde el momento del ingreso, el enfermero debe realizar una valoración rápida y precisa del paciente y diseñar un plan de cuidados personalizado que incluya la prevención de complicaciones y la promoción de la recuperación. El enfermero debe brindar un soporte y coordinar la comunicación y colaboración interdisciplinaria para garantizar la continuidad y calidad de los cuidados.

La educación del paciente y su familia también es un aspecto fundamental para lograr una recuperación exitosa.

En definitiva, el enfermero desempeña un papel clave en la atención integral de pacientes con lesiones traumáticas, siendo un agente fundamental en la promoción del bienestar integral del paciente.

6 Bibliografía

1. Raya-Alonso L, Gómez-Arnau JI, Planells-del Pozo P, Hernández-Tejedor A. Lesiones traumáticas: la enfermería en la atención prehospitalaria y en urgencias. *Enferm Intensiva*. 2018;29(3):115-22.

2. Prada-García C, López-Morales M, Torrijos-Rodríguez P. Atención de enfermería al paciente con politraumatismo. *Enferm Intensiva*. 2020;31(4):201-8.
3. Gómez-Fernández MC, Masa-Calles J, Guerrero-Carmona FJ, Gutiérrez Grana-dos S, Salcedo Carretero S. Cuidados de enfermería en el traumatismo craneoencefálico. *Rev Cient Enferm*. 2021;28(1):90-8.
4. Martínez-Salazar MG, Torres-Hernández AL, Pérez-García MJ. Atención de enfermería en pacientes con fracturas múltiples. *Enferm Clin*. 2021;31:295-9.
5. Navarro-Castaño I, Alonso-García A, González-Vázquez S, Alves-Pérez MT. Atención de enfermería en pacientes con lesiones medulares traumáticas. *Rev Rol Enf*. 2019;42(11-12):774-81.
6. Ramírez-Cañas B, Moncada-Jiménez J. Atención de enfermería en la fase aguda de las lesiones musculoesqueléticas. *Cienc Enferm*. 2021;27(1):29-42.
7. Coloma-Cantero C, Beltrán-Casado M, Ortiz-González C. Cuidados de enfermería en la atención al paciente quemado. *Index Enferm*. 2021;30(1-2):49-53.
8. García-Moreno-Sánchez E, Rodríguez-Sánchez JA, Rodríguez-Salinas N, Melero-López ML, Delgado-Gómez D. Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. *Enferm Clin*. 2019;29(2):117-25.

Capítulo 49

ENFERMERÍA Y LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

1 Introducción

El código de ictus se define como el reconocimiento temprano de los signos y síntomas que pueden causar un accidente cerebrovascular, una enfermedad cerebrovascular causada por la lesión o un flujo sanguíneo bajo. De conformidad con el código de derecho, la atención y el traslado inmediato al hospital más próximo tienen prioridad para el tratamiento en las primeras horas de la fase aguda.

El ictus supone, actualmente, la segunda causa de mortalidad en el mundo.

Este accidente cerebrovascular puede darse de dos formas distintas: uno sucede al suspenderse de manera espontánea el flujo sanguíneo a una parte del cerebro, provocando una isquemia cerebral que es el cual nos vamos a centrar. Por ejemplo, que un trombo obstruya la circulación sanguínea en alguna zona del cerebro, y como consecuencia empieza a dañarse y morir células, también puede ocurrir que ciertas enfermedades estrechen el vaso sanguíneo, llegando a cerrarse por completo.

Es imprescindible identificar qué lo ha podido causar, ya que será determinante para concretar el tratamiento que se le proporcionará y el plan terapéutico que se le aplicará para que no se vuelva a repetir.

Los síntomas que nos pueden indicar un ictus son muy variados: puede ocurrir debilidad muscular en uno de los lados del cuerpo, apraxia, afasia, pérdida de visión en uno o ambos ojos, confusión repentina, mareos, dolor de cabeza, etc.

2 Objetivos

Exponer qué es un ictus y su clasificación, destacando aspectos importantes a tener en cuenta por enfermería ante la activación del código ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud define el ictus como la afección neurológica, de origen vascular, y de aparición súbita, que perdura más allá de las 24 horas, produciendo un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral.

- Los ictus se clasifican:
- Isquémicos: se producen cuando existe una interrupción del suministro de oxígeno a una región del cerebro, ya sea por un trombo, un émbolo o una estenosis.
- Las hemorrágicas son hemorragias traumáticas que se presentan en el cerebro, los ventrículos, el espacio subaracnoideo o el espacio subdural.
- Los principales factores de riesgo son:
Edad y sexo, factores hereditarios, dislipemias, raza/etnia, localización geográfica, bajo peso al nacer, hipertrofia ventricular, diabetes, homocisteinemia, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, azúcar, sal o drogas, uso de anticonceptivos orales, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía (fibrilación auricular, endocarditis infecciosa), tabaquismo, anemia de células falciformes e ictus previos.

El paciente debe determinar si sus síntomas podrían ser de un posible ictus, porque en pocos minutos, el cerebro puede destruirse por completo, pudiendo provocar secuelas permanentes y a pesar de todos estos síntomas, muy pocas personas pueden reconocerlos.

Los objetivos del Código Ictus intrahospitalario, se basan en minimizar el tiempo entre el inicio de los síntomas y el acceso a un posible tratamiento cuando se ha producido el diagnóstico. El departamento de neurología iniciará un protocolo de apoplejía en el cual el paciente será evaluado y se realizará una neuroimagen. La enfermera de triaje debe de identificar una posible enfermedad neurológica con signos y síntomas de sospecha de ictus, basados en el inicio brusco y la etiología vascular, el paciente presente. Este último será responsable de verificar la dosis prescrita, el bolo y la perfusión según el peso del paciente, así como la preparación y dilución del medicamento.

5 Discusión-Conclusión

El ictus supone uno de los problemas sociosanitarios más preocupantes a nivel nacional, esto es debido a la elevada morbilidad. Es muy importante actuar muy rápido cuando una persona sufre un accidente cerebrovascular, ya que las secuelas puede variar mucho, incluso puede comprometer la vida de la persona, en muchas ocasiones es inevitable que haya secuelas.

Se resalta la importancia de seguir una alimentación saludable, limitando el consumo de sal para favorecer la presión arterial baja y salud vascular para así reducir el riesgo de sufrir un ictus, aparte de evitar el tabaquismo, obesidad y otras sustancias nocivas para la salud.

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 50

ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el proceso que se lleva a cabo en pacientes que necesitan alimento por otra vía, por no poder alimentarse por la boca. Una sonda nasogástrica es un dispositivo que se utiliza para proporcionar nutrición enteral. Este procedimiento consiste en insertar un tubo de plástico (polivinilo, silicona o poliuretano) es flexible y permite que los alimentos pasen por la nariz y lleguen directamente al estómago. Las enfermeras deben tener el conocimiento suficiente para realizar los cuidados individualizados que requieren los pacientes con sonda nasogástrica (p. ej., sonda, cuidados nasales y bucales), especialmente durante la inserción o movilización del paciente. Es necesario administrar el medicamento al paciente. Son un tipo de cuidados, especialmente de enfermería, pero ellos brindan parte de este tipo de cuidados, el personal de enfermería y enfermeras para brindar

una atención integral a los pacientes a través de un excelente trabajo interdisciplinario, debes saber. También existen otros tipos de sondas nasogástricas que son más gruesas que las sondas de alimentación y se utilizan para descomprimir y vaciar el estómago durante episodios de obstrucción intestinal, obstrucción intestinal o atonía.

Estos tipos de catéteres se usan para pacientes que mantienen las deposiciones pero que no toman alimentos por la boca.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar los cuidados y técnicas del personal de enfermería en los pacientes portadores de sondas nasogástricas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google, con las palabras clave “cuidados de enfermería en la sonda nasogástrica”.

4 Resultados

El manejo de enfermería de los pacientes con inserción de sonda nasogástrica es el siguiente.

- Cambiar el inmovilizador y mover el transductor cada 24 horas para evitar úlceras por presión (a menos que las condiciones médicas lo contraindiquen). Para cirugía gástrica y esofágica, no movilizamos sondas ni realizamos irrigación a menos que lo indique su médico. Mantener la calma y esté atento a las náuseas, los vómitos o la hinchazón que pueden indicar un catéter bloqueado.
- Supervisar la integridad de la sonda. El transductor debe ser reemplazado cada 15 días, alternando entre dos coanas. Los cambios se realizan cada vez que se enciende la sonda.
30 días. No tirar ni mover el transductor.
- Para las sondas nasogástricas de una sola luz, se usa succión intermitente de baja presión. El lumen doble permite una succión débil continua (30 mmHg) o

una succión fuerte intermitente entre 80 y 120 mmHg).

- Observar la higiene bucal, nariz y garganta. La posición correcta de la sonda debe verificarse antes de administrar cualquier medicamento o alimento y siempre que exista alguna duda sobre la posición correcta de la sonda.
- Registro del procedimiento: registrar la fecha de inserción, el motivo de la inserción del catéter, la muestra y el dispositivo de medición del catéter, y cualquier problema continuo. Las órdenes del técnico deben estar firmadas por un médico.
- Si se usa sonda nasogástrica (NGS) para nutrición parenteral o medicación, enjuagar la sonda con 50 cc de agua antes y después de la dosificación y cada 4 o 6 horas para alimentación continua. Sostener al paciente en la posición de Fowler durante la dosificación y después de 30 minutos levantar el reposacabezas 30 grados del paciente.
- Preguntar al paciente sobre los sentimientos que está experimentando e involucrarlo en el cuidado personal tanto como sea posible. Programar diferentes fechas según el tipo de transmisor y el tipo de mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje nasogástrico es un procedimiento bastante desagradable para los pacientes. Un correcto mantenimiento con las prácticas y cuidados, disminuye las complicaciones y ayuda al bienestar de los pacientes en situación de sondaje enteral.

Con este tipo de cuidados, se ayudará con el resultado y la duración del sondaje nasogástrico, mientras este sea necesario, evitando los cambios de sonda innecesarios con el consiguiente malestar para el paciente.

Una vez que se realiza el sondaje nasogástrico y mientras sea necesario el mantenimiento de este, el enfermero/a deberá revisarlo constantemente con el fin de comprobar el correcto funcionamiento, así como posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://iqaquiron.com/portal/cuidados-de-las-sonda-nasogastrica/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeriaalpacienteportador-de-sonda-nasogastrica/>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnicacuidadosenfermeria-sondaje-nasogastrico>.

Capítulo 51

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA DEPRESIÓN POSTPARTO

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo, puede afectar a las madres jóvenes. Porque el nacimiento de una nueva familia supone un gran cambio en la vida de toda la familia. No se debe confundir la "tristeza posparto" o la tristeza posparto con la depresión posparto. Los trastornos del estado de ánimo más comunes en las madres jóvenes se caracterizan por síntomas leves, como cambios de humor, irregularidades en el apetito e irritabilidad, que comienzan en los primeros días de vida y duran hasta dos semanas. Se cree que aproximadamente del 30 al 75 por ciento de las mujeres que dan a luz tienen este trastorno del estado de ánimo, caracterizado por síntomas leves como irritabilidad o una combinación de ambos. Por el contrario, del 10 al 15 por ciento de las nuevas madres sufren de depresión posparto y sus síntomas. Los problemas cognitivos,

como los déficits de memoria y atención, también pueden contribuir a la depresión posparto, al igual que los sentimientos de culpa y fracaso. Además, la depresión posparto comienza entre el primer y el último mes después del parto y dura mucho más que las primeras 4 semanas, los primeros 6 meses y hasta el infinito. Para que la familia sobrelleve esta situación con éxito, todos en la familia, especialmente las madres, deben aprender nuevos roles y habilidades para hacer frente a sus nuevas responsabilidades.

2 Objetivos

- Explorar qué intervenciones diagnósticas y terapéuticas pueden proporcionar las enfermeras para la depresión posparto.
- Describir el papel que desempeña la enfermería en la depresión posparto.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar un diagnóstico se debe poder identificar la etiología que influye en la aparición de la Depresión postparto. Esta lista incluye:

- La falta de apoyo social de un individuo, eventos de vida traumáticos o estresantes, tipo de pareja y relación, o puede verse afectado por el estado social y económico. Hay una naturaleza.
- La ansiedad y la depresión personal o familiar también pueden ser un factor.

Por lo tanto, las enfermeras deben monitorear de cerca el historial y la condición actual del paciente, y estar atentos a los signos de la depresión. El Manual de diagnóstico de referencia de psicopatología también se puede utilizar para encontrarla. El DSM 5 se refiere a esta condición como trastorno depresivo no especificado de inicio perinatal. El manual ya aclara que la depresión se puede iniciar antes del nacimiento, durante el embarazo o a las semanas después de la etapa. Finalmente, los profesionales de la salud realizaron entrevistas semiestructuradas

a las pacientes para evaluar sus expectativas de ser madres, si estas eran realistas, sus insuficiencias, es importante saber si tiene baja autoestima o se siente deprimida. Con o sin autoestima, o sin confianza. Los autores enumeran una serie de herramientas que las enfermeras pueden proporcionar a los pacientes que actúan como defensa frente a las intervenciones de enfermería en la depresión.

- En particular, me gustaría enfatizar los siguientes puntos:

- Un teléfono.

- Visitas domiciliarias según sea necesario.

- Educación Relacionada con la Salud.

Este punto final, la educación para la salud, debe servir como el enfoque principal de las enfermeras para brindar consejos útiles a los pacientes y sugerir varios cambios en el estilo de vida.

Al igual que los recursos anteriores, estos funcionan como un mecanismo.

5 Discusión-Conclusión

La depresión posparto es una de las complicaciones posparto más comunes y afecta hasta un 15-20 % de las mujeres en todo el mundo, siendo las mujeres de nivel socioeconómico bajo a moderado las más vulnerables. Una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y un diagnóstico diferencial preciso son esenciales, ya que la psicoterapia es el tratamiento de referencia para los trastornos de todos los niveles de gravedad. Estos son algunos consejos para ayudar a prevenir o reducir los efectos negativos de la depresión posparto.

- Detección precoz.

- Evaluación de la Salud Mental de las nuevas madres.

- Promoción de la consejería posparto.

En nuestra opinión consideramos que la figura de la enfermera en el puerperio es una pieza clave, 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 52

ENFERMERÍA EN BAROTRAUMA O TRAUMATISMO PULMONAR Y AUDITIVO

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

La presión positiva causa trauma pulmonar, también conocido como barotrauma, que da como resultado la formación y escape de aire del espacio interior alveolar, lo que resulta en una variedad de efectos adversos y complicaciones, que incluyen enfisema subcutáneo, neumotórax, enfisema intersticial, neumomediastino y embolia gaseosa entre otros, etc. Estas ocurrencias son provocadas por ascensos atmosféricos, buceo y uso de soporte ventilatorio mecánico, entre otros factores. Mientras que en las pruebas de buceo se deben a la descompresión con incidencia de embolia, las lesiones provocadas por el mencionado barotrauma atmosférico tienden a deteriorar, a lesionar y afectar fundamentalmente a los oídos y senos paranasales. Cuando ocurre el barotrauma, presenta la siguiente sintomatología típica: pérdida de audición, vértigo, barotrauma y oídos tapados

son algunos de los síntomas. El barotrauma es provocado por cambios de presión que dañan el oído porque la trompa de Eustaquio no puede mantener una presión equilibrada en los tímpanos. Se puede ver en el otorrinolaringólogo el examen del tímpano con el fin de evaluar si su función es la correcta o no. Se recomienda que las personas que vuelan usen aerosoles nasales o unos descongestionantes orales antes del despegue y el aterrizaje para así evitar la enfermedad del barotrauma.

2 Objetivos

Conocer como personal de enfermería qué es el barotrauma y saber dar una explicación del trauma pulmonar y auditivo en los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si se produce un barotrauma auditivo en el oído externo, será cuando el buceador desciende con tapones para los oídos, provocando una otorragia por la aparición de ampollas por la rotura del tímpano. El tipo de afectación más frecuente es la afectación del oído medio, que se desarrolla como consecuencia del contraste de presión que experimenta el oído medio entre el CAE y la trompa de Eustaquio para realizar y poner en acción maniobras de Valsalva, durante el descenso de manera similar, como resultado de la ausencia o la menor permeabilidad de la trompa de Eustaquio causando dolor severo. Cuando los orificios de drenaje durante los descensos en picado se obstruyen, se produce un barotrauma en los senos paranasales, lo que provoca dolor y epistaxis. Se recomienda mantener los oídos secos y evite bucear y volar mientras el tímpano esté dañado. Los descongestionantes nasales y los antihistamínicos pueden ser efectivos, pero no se pueden usar antibióticos comunes porque no se ha demostrado que sean efectivos. La enfermedad por descompresión se produce como consecuencia de descensos superiores a 10 metros y cuando la presión aumenta significativamente,

el nitrógeno tiene una reacción que se disuelve en la sangre, si el aumento es exponencialmente rápido, se inducen burbujas en el torrente sanguíneo. Los síntomas clínicos incluyen dolor articular inmediato, mialgia, prurito con apariencia de erupción, migraña, fatiga, trastornos visuales y del comportamiento, dolor esternal, tos y disnea. Los síntomas también pueden aparecer hasta 12 horas después de que se desencadenan los síntomas clínicos. La descompresión se utiliza como tratamiento cámara hiperbárica, que aún puede ser muy eficaz si se pospone por más de una semana e incluso cuando una situación tiene pocos síntomas de esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Como personal de enfermería destacamos en la introducción del capítulo que el barotrauma es una situación con graves repercusiones. Aunque no siempre tiene por qué ser por este motivo, estos eventos también pueden ocurrir en pacientes conectados a ventilación mecánica. En la gran mayoría de los casos, estos eventos pueden evitarse con la debida instrucción, capacitación y conocimiento por parte de la persona que va a realizar cualquiera de las actividades mencionadas en este capítulo. Como profesionales de enfermería debemos estar preparados para su correcto manejo y cuidado en caso de que se presenten, es decir, debemos ser conscientes de que nuestra máxima prioridad a la hora de tratarlos será el manejo y tratamiento de las posibles complicaciones que puedan surgir.

6 Bibliografía

1. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/barotrauma>.
2. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=>.

Capítulo 53

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONJUNTIVITIS INFANTIL

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

1 Introducción

La conjuntivitis se caracteriza por la inflamación de la conjuntiva, que puede tener un origen bacteriano, viral, alérgico o infeccioso. La enfermedad ocular más prevalente en personas de todas las edades es la conjuntivitis. En los niños, se divide en conjuntivitis pediátrica y oftalmía neonatal. El primer mes de vida se caracteriza por oftalmía neonatal, que provoca enrojecimiento y secreción que puede ser purulenta, mucosa o muco purulenta. Otras patologías como la obstrucción del conducto nasolagimal, la dacriocistitis o el glaucoma congénito deben descartarse cuando se presentan en esta etapa de la vida. Según su agente etimológico, las causas más frecuentes de conjuntivitis neonatal son provocadas por gonorrea, clamidia y herpes. Las bacterias, la clamidia y los virus son las

causas más comunes de conjuntivitis en los niños. La conjuntivitis causada por bacterias suele tener fugas, una o ambas conjuntivas son purulentas.

A pesar de comenzar como unilateral, la conjuntivitis viral finalmente se vuelve bilateral, con secreción acuosa o mucosa e inflamación blefaroconjuntival significativa. Puede durar hasta dos semanas. A pesar de la naturaleza benigna de la mayoría de las conjuntivitis, la terapia con antibióticos. El germen que los provoca debe eliminarse lo antes posible. Para contribuir, la enfermería debe ofrecer una serie de orientaciones y cuidados. Varios tipos de conjuntivitis infantil mejoran después de establecerse en el paciente.

2 Objetivos

- Establecer e indicar los cuidados del personal de enfermería en el tratamiento del niño con conjuntivitis en los centros 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 conjuntivitis es una inflamación de la membrana transparente entre el párpado y el globo ocular. Esta membrana se llama conjuntiva. Cuando los pequeños vasos sanguíneos de la conjuntiva se hinchan e irritan, se hacen más visibles. Esto es lo que hace que la parte blanca del ojo se vuelva rojiza o de color rosa. La conjuntivitis también se conoce como “ojo rosado”. También puede producirse por una infección bacteriana, una reacción alérgica o, en el caso de los bebés, un conducto lacrimal que no está completamente abierto. Aunque la conjuntivitis puede ser molesta, rara vez afecta la visión. Los tratamientos pueden ayudar a aliviar las molestias de la conjuntivitis. Como la conjuntivitis puede ser contagiosa, obtener un diagnóstico temprano y tomar algunas precauciones pueden limitar el contagio a otras personas.

El personal de enfermería debe realizar y aconsejar el lavado de los ojos para eliminar la secreción purulenta que se desarrolla en ellos, aliviando las molestias y favoreciendo el tratamiento antibiótico local para que penetre mejor en el ojo. Es cierto que los bebés suelen contraer conjuntivitis. Se utilizará un antibiótico de amplio espectro, y se aplicará durante 7 días, aunque tiene lugar en los primeros días. En caso contrario, enfermería debe realizar un cultivo para determinar el antibiótico preciso que se debe aplicar. Cuando un niño tiene conjuntivitis, la enfermera:

- Busca enrojecimiento, exudación o ulceración alrededor de los ojos.
- Presta atención al reflejo corneal.
- Utilizar una técnica aséptica para inyectar el medicamento en el saco conjuntival.
- Si el medicamento tiene efectos sintéticos, apriete ligeramente el conducto nasolagrimal.
- Maneja los efectos desfavorables, locales, sintéticos y relacionados con el tratamiento que puedan ocurrir.
- Lleva un registro de cuándo se administró el medicamento y cómo respondió el paciente.
- Si es necesario, aplica protección para los ojos.

Es fundamental que el profesional de enfermería tenga la formación necesaria en patología ocular pediátrica para dar una adecuada respuesta de cuidados e intervenciones que ayuden a la resolución de la patología en la mayor brevedad posible, además de tratamientos y medicamentos en oftalmología el más utilizado.

5 Discusión-Conclusión

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva que puede afectar a personas de cualquier edad porque puede desarrollarse durante la infancia. La etiología de la conjuntivitis puede ser de naturaleza bacteriana, viral o alérgica. En cualquier caso, es fundamental establecer un tratamiento ocular provisional al microbio subyacente de la patología. La oftalmía neonatal es el término que se utiliza cuando se presenta en un recién nacido. Conjuntivitis pediátrica es el término que se utiliza cuando afecta a niños mayores de un mes de edad. El personal de enfermería ayudará a la curación de esta inflamación a través de sus cuidados e intervenciones, pero solo será eficaz si cuenta con la formación adecuada para los cuidados únicos que requiere esta patología.

6 Bibliografía

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

Capítulo 54

IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

TAMARA PEREZ GARCIA

ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA RODRIGUEZ QUESADA

1 Introducción

En 2012 se consumieron en España 108 litros por habitante y año (unos dos litros de alcohol a la semana o a 327 cañas de cerveza).

El volumen de alcohol se incrementó un 10% en 2012 respecto a 2011 mientras que el gasto creció únicamente un 0,48%. Los hombres gastaron por persona 70,48 € en alcohol, mientras que las mujeres 57,25 €.

En el consumo de alcohol en hogares: se situó a los vascos a la cabeza 81 €, por delante de gallegos 77 €, catalanes 76 €, madrileños 74 € y baleares 73 €. Los hogares extremeños 40 €, canarios 53 € y castellanoleoneses 54 € fueron los que menos consumieron.

En Navarra, el incremento de alcohol por persona es el más notable, siendo un 14,24% mayor respecto al año anterior, mientras que Extremadura muestra el mayor descenso: un 21%.

El perfil medio de consumidor de alcohol en España es, el de un hombre de 65 años o más, con estudios universitarios.

Consumo de alcohol en menores de 21 años:

Los adolescentes beben cada vez cantidades mayores de alcohol: no habitualmente como las personas adultas, pero cuando lo hacen, beben más que estas,

llegando a considerarse que se llega a un consumo excesivo de alcohol. 5.000 personas de edad menor a 21 años mueren cada año por culpa del alcohol directa o indirectamente debido a: accidentes de coche, homicidios, suicidios, intoxicaciones etílicas, caídas, quemaduras o ahogamiento. Más de 190.000 personas menores de 21 años tuvieron que acudir a urgencias por lesiones relacionadas con el alcohol en 2008. A todo esto se añaden los problemas en el desarrollo del cerebro así como la pérdida de control de los actos durante el estado de embriaguez. Consumo de alcohol en universitarios: En la etapa universitaria los jóvenes sufren los efectos del alcohol directamente o bien indirectamente por las consecuencias negativas que conlleva que alguno de los compañeros lo consuma, ya que cuatro de cada cinco jóvenes en edad universitaria beben alcohol. 1.825 jóvenes mueren entre las edades de 18 y 24 años por causas relacionadas con el alcohol. Más de 690.000 son agredidos por otros que han estado consumiendo alcohol. Más de 97.000 son violados o víctimas de acoso sexual por personas que han consumido alcohol. Un 25% ven afectados sus estudios y entre el 1,2% y el 1,5% intentó suicidarse debido al consumo de alcohol.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es estudiar los efectos que tiene el abuso del etanol en el sistema nervioso central de los adolescentes, pudiendo afectar significativamente en las funciones cerebrales adultas.

3 Metodología

El método que se ha llevado a cabo se ha basado en la búsqueda de información tanto en buscadores como “Google” como en “PubMed”. Se han utilizado diferentes las palabras clave para la obtención de cada una de las referencias utilizadas en este artículo de revisión.

4 Resultados

Etanol:

El etanol es una droga psicótropa reforzante que debido a su estructura química

puede reaccionar con componentes polares y apolares de la membrana y atravesar libremente la barrera hematoencefálica a los pocos minutos de su ingesta.

Rutas de administración y absorción del etanol:

El etanol es consumido, de forma prácticamente exclusiva, por vía oral. Por tanto, la descripción que a continuación se presenta de la absorción del mismo se hace considerando esta vía de administración.

La absorción del etanol, tras un consumo oral se produce fundamentalmente en el tracto digestivo. A nivel cuantitativo parece que el etanol se absorbe fundamentalmente en el intestino delgado, debido a que en este órgano la presencia de microvellosidades aumenta de forma notable la superficie que posibilita dicha absorción.

La duración media del proceso gástrico de absorción del etanol ha sido cifrada en 1,7 minutos. En cualquier caso, este tiempo depende también de la dosis, ya que incrementando ésta se aumenta el tiempo de absorción. Por otra parte, existen una serie de factores que parecen afectar a los procesos de incorporación-absorción y, en consecuencia, de biodisponibilidad.

Eliminación del etanol:

La mayor parte de la eliminación del etanol se produce por metabolismo, pero existe un escaso porcentaje de etanol que es eliminado sin sufrir transformación alguna, mediante su incorporación a la orina, heces, sudor o al aire exhalado.

Existe una gran variabilidad en las velocidades y tasas de eliminación de etanol entre diferentes sujetos, pero se suele considerar que la media de la población elimina entre 10 y 20 mg. de etanol por cada 100 ml de sangre y hora. En esta velocidad no parece que la edad o el sexo sean factores determinantes, pero sí parece serlo la asiduidad de los episodios de bebida, ya que conforme aumenta ésta aumenta también la capacidad metabólica y de eliminación del etanol. Existen otros factores que pueden alterar su eliminación.

Tolerancia:

Es la necesidad de aumentar la dosis para mantener el mismo nivel en el efecto. Existen dos tipos de procesos en el desarrollo de la tolerancia: un proceso de habituación que progresivamente reduce la intensidad de los efectos del alcohol y un proceso de adaptación homeostática.

Dependencia:

Se basa en la aparición de signos y síntomas de abstinencia cuando se suspende el consumo de alcohol. En periodos de abstinencia lo que se produce es un aumento de la neurotransmisión excitatoria con respecto a la inhibitoria. Los deseos de beber durante este periodo están mediados por la disminución del sistema dopaminérgico mesolímbico, que está modulado por los receptores NMDA y el sistema

opioide.

El etanol inhibe la función del NMDA, pero el consumo crónico la aumenta así como su número y los canales de Ca^{2+} dependientes de voltaje, lo que causa una hiperexcitabilidad en los componentes sinápticos, que tiene relación con los síntomas de abstinencia al alcohol. La administración de un antagonista del NMDA atenúa las convulsiones.

En el sistema dopaminérgico mesolímbico el etanol estimula la liberación de dopamina en el núcleo de Accumbens, pero tras el consumo crónico y posterior supresión del mismo hay un decrecimiento en la actividad de las neuronas dopaminérgicas. Estos menores niveles de dopamina potencian el consumo de etanol.

Las adaptaciones y disminuciones en la neurotransmisión GABAérgica parecen participar en los mecanismos de tolerancia y dependencia del alcohol. Las diferencias en la composición de subunidades del receptor GABAA así como la distinta sensibilidad al etanol por algunas de las subunidades pueden explicar que en algunos individuos se altere la respuesta del receptor GABAA llevando a cambios en la sensibilidad de las acciones del alcohol sobre el mismo.

Se cree que el consumo crónico del alcohol reduce la expresión de ciertas subunidades a la vez que incrementa el de otras, lo que también podría intervenir en la reducción de la respuesta de GABAA y participar en los mecanismos de tolerancia y dependencia.

Las sustancias que potencian la transmisión GABAérgica reducen los síntomas del síndrome de abstinencia.

Consumo de alcohol y daño cerebral durante la adolescencia:

Cambios madurativos estructurales y funcionales del cerebro durante la adolescencia

El cerebro humano sufre cambios en términos de su morfología, volumen, composición y función durante su maduración y desarrollo. Importantes alteraciones en el peso del cerebro ocurren durante el desarrollo fetal y neonatal pero cambios en su estructura y función son más sutiles en la infancia y adolescencia que en los primeros cuatro años de vida. Estos cambios en la maduración funcional de las vías neuronales que conectan distintas regiones del cerebro son una condición esencial para conseguir unas funciones cognitivas, motoras y sensoriales exitosas desde la infancia, a través de la adolescencia y en la edad adulta.

Estudios recientes han mostrado claramente que el cerebro continúa desarrollándose durante la adolescencia hasta la edad adulta. Durante este proceso sufre importantes cambios: estructurales, funcionales, en la plasticidad sináptica y en la conectividad neuronal en las distintas regiones cerebrales (incluyendo la corteza

prefrontal temporal, parietal y un numeroso número de estructuras subcorticales, las cuales sufren alteraciones en la densidad de la materia gris y blanca).

Estos cambios ocurren de forma paralela a modificaciones en ciertos sistemas de neurotransmisión y secreción hormonal, lo cual influye marcadamente en el refinamiento de ciertas áreas del cerebro y circuitos neuronales. Con lo cual, considerando los enormes cambios que ocurren durante las etapas de maduración del cerebro en la adolescencia y la vulnerabilidad del desarrollo del cerebro a los efectos perjudiciales del etanol, se espera que el consumo del alcohol en las etapas juveniles ha de tener un impacto significativo en las funciones cerebrales adultas. Específicamente, tres procesos principales ocurren durante las etapas de maduración del cerebro y la transición de la adolescencia a la edad adulta:

- Proliferación, en la cual tiene lugar el rápido crecimiento de la materia gris y la formación de nuevas conexiones en el cerebro.
- Maduración de la materia gris, se establecen nuevas conexiones sinápticas, mientras que otras son eliminadas.
- Mielinización, el aumento de los axones mielinizados acelera la comunicación entre neuronas.

Adicionalmente, las regiones con proyecciones dopaminérgicas del prosencéfalo y los sistemas de circuitos de recompensa también sufren importantes remodelaciones. Estos cambios en la plasticidad podrían ser los responsables de conferir la especial vulnerabilidad del cerebro en la adolescencia a los efectos perjudiciales del etanol.

La desinhibición:

El alcohol puede producir cambios en la conducta y en el estado de ánimo. Por ejemplo aquellos que han consumido alcohol pueden sentirse alegres, al momento tristes, y posteriormente tal vez desarrollen conductas agresivas o temerarias. ¿Qué explica esta amplia variabilidad? Existen varias explicaciones que han intentado esclarecer estos comportamientos. Una de las más recientes, e incluso popular, de los efectos del alcohol es la teoría de la desinhibición. Esta teoría plantea que el alcohol tiene un efecto depresor selectivo sobre la corteza cerebral (zona donde ocurre la percepción, la imaginación, el pensamiento, el juicio y la decisión), pero respeta las estructuras subcorticales (zonas de instintos más primitivos). Es decir, el alcohol disminuye las inhibiciones basadas en el razonamiento y el juicio

Craig MacAndrew y Robert Edgerton, expusieron la teoría de la desinhibición en su libro titulado "Drumken Comportment". Sugieren que la conducta bajo la influencia del alcohol cambia de un contexto a otro, oponiéndose a la idea de que el alcohol aumentaba las desinhibiciones. Esta teoría resultará ser falsa.

Problemas fetales derivados de la ingesta de etanol:

Posiblemente los efectos más deletéreos del alcohol en la sociedad son los teratogénicos. Cuando una mujer embarazada toma alcohol, éste atraviesa fácilmente la placenta hacia el feto. El síndrome fetal alcohólico y los efectos fetales del alcohol, producidos por el consumo de esta sustancia durante el embarazo, pueden generar alteraciones faciales, esqueléticas, neurales, neuroconductuales y emocionales, tales como retardo mental desde ligero hasta severo, dificultades en el aprendizaje, tiempo de atención corto, hiperactividad durante la niñez, dificultades en la coordinación de los movimientos de los dedos, de la mano y del cuerpo, conducta sexual inapropiada, dificultades para estructurar el tiempo, dificultades de memoria, dificultades para generalizar información y conductas, dificultades para internalizar conductas modeladas, hipo o hipersensibilidad sensorial, dificultades para solucionar problemas y mayor producción del habla que comprensión del lenguaje, irritabilidad durante la infancia, dependencia de otros en relación con sus necesidades diarias, impulsividad, miedo y dificultad para responder ante informaciones verbales de precaución, con consecuencias sociales a largo plazo como dificultad para terminar la educación básica, problemas legales frecuentes y confinamiento psiquiátrico y carcelario.

Diferencias de las respuestas de las personas al alcohol:

Hay diferencias individuales en las respuestas de las personas al alcohol. Estas diferencias se correlacionan con la edad, el sexo, el tamaño corporal... las personas que son corpulentas, en general, son menos sensibles al alcohol, ya que éste se encuentra más diluido en los líquidos corporales. Las personas ancianas también pueden ser más vulnerables al alcohol, que los jóvenes. Esto se debe a que los ancianos, tienen barreras menos eficaces contra la absorción de drogas y procesos menos efectivos y eficaces para metabolizar y eliminar el alcohol del organismo.

Observando que hay personas más propensas al abuso y a la dependencia del alcohol, los científicos han propuesto tres líneas de investigaciones que sugieren una contribución genética:

- Los estudios demuestran que si un miembro de un par de gemelos abusa del alcohol, es más probable, que el otro abuse si es univitelino (tienen la misma constitución genética), que si son bivitelinos (tienen sólo algunos de sus genes en común).
- Los resultados de estudios de personas adoptadas poco después del nacimiento, pone de manifiesto que es más probable que abusen del alcohol si sus padres biológicos eran alcohólicos, aún cuando no hubieran tenido contacto con ellos.
- A la mayoría de los animales, no les atrae el alcohol, la cría selectiva de ratones,

ratas y monos puede producir cepas que lo consumen en grandes cantidades. Estas líneas de investigación, son cuestionables. Puede darse el caso de que los gemelos univitelinos muestren mayor concordancia en el abuso del alcohol porque están más expuestos a ambientes más parecidos que los gemelos bivitelinos. Tal vez la relación entre el alcoholismo en los adoptados y sus padres biológicos esté ligada, a cambios en el sistema nervioso por la exposición prenatal a la droga. Por últimos que los animales pueden ser reproducidos selectivamente para el consumo del alcohol, no significa que los humanos alcohólicos tengan una constitución genética similar.

Aunque los investigadores siguen estudiando las características que parecen influir en el consumo del alcohol, aún no existe ninguna prueba que permita sugerir que un gen específico determine el abuso del alcohol. Tampoco existen pruebas que expliquen por qué unos individuos son más propensos al abuso del alcohol que otros. Incluso, aunque pudiera hallarse un gen o genes particulares mujer embarazada toma alcohol, éste atraviesa cuando una fácilmente la placenta hacia el feto. para el abuso de alcohol, ese factor genético no daría una explicación completa de la adicción al alcohol. Como puede verse en el caso de gemelos idénticos, que uno se convierta en adicto, no tiene que implicar necesariamente que el otro también lo haga.

Diferencias de género en el consumo de alcohol:

Las mujeres son el doble de sensibles al alcohol que los hombres. Esto se debe en parte al tamaño corporal, así como a las diferencias hormonales entre hombres y mujeres. Las mujeres expresan más efectos colaterales y letales como reacción a las medicinas psicotropas. Las diferencias en la proporción de los bioelementos, líquidos y lípidos, en el flujo sanguíneocerebral, en el tiempo de vaciamiento gastrointestinal, en las terapias hormonales y en uso de contraceptivos exógenos, pueden causar diferencias en las reacciones a las drogas.

El núcleo sexual dimórfico del área preóptica, el núcleo de lecho de la estría terminal y los núcleos intersticiales 2 y 3 del hipotálamo anterior son más grandes en los hombres; la comisura anterior, el cuerpo y el istmo del cuerpo calloso y la adherencia talámica son de tamaño mayor en las mujeres; y la rodilla del cuerpo calloso y el núcleo supraquiasmático poseen formas diferentes en hombres y en mujeres. Estas diferencias estructurales y sus consecuencias funcionales entre los cerebros masculinos y femeninos pueden servir de base para explicar las diferencias en algunas ejecuciones cognitivas, en las tareas viso-espaciales y verbales, en el riesgo de depresión, en la respuesta al estrés y en la rapidez de la recuperación de los trastornos cerebro-vasculares.

El volumen de distribución del etanol será diferente en cada caso (0.7 L/kg en

hombres respecto a 0.6 L/kg en mujeres). Este hecho, junto con la tendencia media de un menor peso corporal de las mujeres y las diferencias expuestas anteriormente, provoca mayores niveles de etanol en sangre en éstas ante un mismo consumo de etanol

Actualmente hay un incremento del consumo del alcohol de las mujeres, que puede llegar incluso a alcanzar el de los hombres.

Estas diferencias pueden interpretarse por factores farmacocinéticos. La proporción de líquidos y de lípidos, diferente en hombres y en mujeres, hace que una misma cantidad de alcohol, consumida por un hombre y una mujer de igual peso e iguales condiciones de salud, se absorba, se distribuya y se metabolice de manera diferente.

El hombre metaboliza y elimina aproximadamente 10% más alcohol que la mujer; la mujer acumula mayor cantidad de alcohol en la grasa corporal y la interacción del alcohol con algunas hormonas del ciclo menstrual aceleran su absorción durante los días inmediatamente menstruación.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado del estudio de investigación, es posible concluir, que el consumo de alcohol en grandes cantidades, puede acarrear graves problemas de salud en la sociedad. Pero la ingesta de este, en cantidades moderadas, puede tener beneficios, como es el aumento de la cantidad de antioxidantes.

Debido a los problemas que causa, es necesario mentalizar a la sociedad y en especial a los jóvenes, de la relación entre el consumo excesivo de alcohol y sus efectos en el organismo. Durante la adolescencia (periodo de máxima maduración del cerebro), el consumo es muy elevado y puede tener graves repercusiones a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Los españoles consumen 2.357 cigarrillos y 108 litros de alcohol al año. [Internet]. España: Strategic Research Center de EAE Business School. 2013 [consulta el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.eae.es/news/2013/07/22/los-espanoles-consumen-2.357-cigarrillos-y-108-litros-de-alcohol-al-ano>
2. Underage drinking [Internet]. USA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; [consultado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol->

health/special-populations-co-occurring-disorders/underage-drinking

3. Guerri C. Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. *Transtornos adictivos*. 2000, 2(1):14-25.

4. Aragón C, Miquel M, Correa M, Sanchis C. Alcohol y metabolismo humano. Castellón: Universitat Jaume I; *Rev Adicciones*. [Internet] 2002-Volumen 14-Número Supl. No1 Alcohol; [Consulta el 28 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/aragon.3.pdf>

5. Guerri C, Pascual M. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*. 2010 Feb;44(1):15-26. doi: 10.1016/j.alcohol.2009.10.003.

6. Kolb y Whishaw. *Neuropsicología humana*. Madrid, España. 5o edición. Ed: Médica Panamericana S.A. 2009, 6(1):137-139

7. Alcohol myopia [Internet]. [Acceso el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Alcohol_myopia

8. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. MedlinePlus. [Acceso el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000911.htm>.

9. Bríñez, Horta J.A. Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. Universidad Católica de Colombia, Centro de Estudios e Investigaciones sobre las Adicciones y la Violencia (CEIAV). Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/brinez-horta.pdf>

Capítulo 55

ENFERMERÍA ANTE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las quemaduras son definidas como aquellas lesiones que afectan a las diferentes capas de la piel y que son producidas por causas diversas. La gran mayoría de ellas, se producen por causas térmicas seguidas de las quemaduras eléctricas y químicas. En niños, la principal causa suele ser la escaldadura, mientras que en adultos suele estar relacionado con llamas. Suelen ser más frecuentes en países pobres so en personas con bajos recursos.

Entre las principales causas que pueden provocar una quemadura encontramos: fuego, líquidos calientes, productos químicos (por ejemplo lejía o gasolina), vapor, radiaciones, objetos calientes o abuso.

Atendiendo a la causa que la provoque, encontramos diferentes tipos de quemaduras:

- Químicas: son las provocadas por sustancias químicas. Atendiendo al pH del producto, pueden ser ácidas o alcalinas. Las ácidas son más graves y provocan necrosis en la piel, ya que penetran profundamente. Las segundas, suelen ser algo menos graves provocando necrosis por coagulación.
- Eléctricas: son las producidas por una corriente eléctrica. Pueden presentar pequeñas lesiones que pueden ser engañosas y por dentro del organismo ocasionar más daños de los que parecen.
- Térmicas: son las más comunes provocadas por el contacto o exposición con objetos o sustancias calientes como por ejemplo el fuego o agua hirviendo. Suelen provocar heridas locales de mayor o menos extensión dependiendo de la etiología.

2 Objetivos

Determinar las principales actuaciones que se deben realizar en el servicio de urgencias ante un paciente que presenta diversas quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura más actualizada del paciente gran quemado. Para ello, se utilizaron como palabras clave: “paciente”, “gran quemado”, “quemadura” y “urgencias”. Se revisaron las siguientes bases de datos: UptoDate, Pubmed y Google Académico. Se descartaron todos aquellos artículos anteriores a 2019 con imposibilidad de acceso a texto completo gratis o cuya información no fuera relevante para nuestro capítulo.

4 Resultados

Cuando un paciente acude al servicio de urgencias por una quemadura debemos valorar:

- 1.- Profundidad de las quemaduras: podemos distinguir 3 tipos:
 - >Primer grado: solo afectan a la epidermis. No presentan ampollas, tiene buena evolución y suelen curarse a la semana
 - >Segundo grado: afectan a la dermis.
- Dermis superficial: suelen ser dolorosas y presentar ampollas. Suelen curar en dos semanas.

- Dermis profunda: duelen menos que las anteriores, ya que, aunque son más profundas, hay destrucción de terminaciones nerviosas. Presentan ampollas, son exudativas. Tardan entre 2-3 semanas en cicatrizar. Dependiendo del caso, pueden llegar a necesitar injertos.

>Tercer grado: afectan a todo el espesor de la piel. No duelen y presentan un color marronaceo con vasos trombosados al fondo. Necesitan injertos para curarse.

2.- Extensión: valoraremos la superficie corporal quemada (SCQ). Para ello existen multitud de reglas siendo de las más utilizadas la regla de los 9 o de Wallace. Esta es muy útil en quemaduras de gran extensión. En heridas más pequeñas, se suele usar la regla de la mano considerando que la palma de la mano corresponde con el 1% de la superficie corporal quemada.

En cuanto al manejo principal de paciente en un primer momento, debemos valorar todos los sistemas orgánicos del organismo valorando la afectación de estos. Comenzando por el sistema cardiovascular, existe un riesgo elevado de shock hipovolémico y distributivo. Por ello, es importante una vez que sepamos la SCQ y el peso del paciente, usar la fórmula de Parkland y comenzar con la reposición de líquidos siendo la principal solución utilizada el Ringer Lactato.

A nivel respiratorio, se deben valorar una posible intoxicación con CO y posibles obstrucciones de las vías aéreas. Ante la sospecha, se debe realizar una intubación precoz para evitar que el paciente se asfixie.

A nivel metabólico y nutricional, tras la quemadura el organismo reacciona con una respuesta hipermetabólica. El aporte de nutrientes debe ser adecuado para favorecer la curación de heridas, evitar la depresión respiratoria y el debilitamiento muscular.

Continuando con el manejo de la herida, se realizará un lavado de la zona. Las zonas necróticas serán desbridadas. Las ampollas que no afectan a las articulaciones, se deben dejar intactas. Se pueden utilizar dos tipos de curas: expositivas u oclusivas. En las primeras, la herida permanecerá al descubierto mientras que en las segundas, la herida será tapada y se suelen aplicar pomadas de acción tópica como por ejemplo el Silvederma.

Otros cuidados que se deben proporcionar son:

- Colocación de sonda nasogástrica en pacientes con una SCQ > 25% para evitar náuseas y vómitos. Se deben utilizar protectores gástricos para evitar úlceras de curling.
- Profilaxis antitetánica al paciente gran quemado.
- Uso de analgesia intravenosa.
- Uso de antibióticos solo si hay infección sistémica y no de manera profiláctica.
- Se deberán quedar ingresados en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) aquellos

pacientes que presenten estas características:

- Quemaduras > 20% con grado II-III.
- Quemaduras > 10% en niños o en adultos mayores.
- Quemaduras eléctricas o químicas.
- Quemaduras en pacientes de riesgo como inmunodeprimidos o diabéticos.
- Quemaduras en cabeza o articulaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el paciente gran quemado es un paciente de potencial riesgo que puede derivar en un shock hipovolémico o muerte por asfixia si no es tratado a tiempo y de manera adecuada. Se debe realizar un abordaje integral del paciente teniendo en cuenta al grado de extensión de las quemaduras y su alcance con la finalidad de comenzar la resucitación del paciente en las primeras horas. Se deben controlar a nivel circulatorio, respiratorio, metabólico y el estado de la piel. Se deberá realizar la reposición de líquidos y la intubación, en el caso de que sea necesaria, lo antes posible para asegurar la buena evolución del paciente. La cura de las heridas dependerá del grado de extensión pudiendo requerir injertos en determinados casos.

6 Bibliografía

1. Guerra-Martín MD, Cascales PL, Fernández-Rodríguez V. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras [Internet]. Medigraphic.com. [Citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuben/cnf-2019/cnf192n.pdf>.
2. Gaibor Mestanza PM, Curicho Imbacuán DA, Cajas Tipán VD, Roldán Pinarogote FE. Actualización en el manejo del paciente quemado en urgencias. Anál comport las líneas de crédito a través del corp finac nac su aporte al desarrollo de las YMES Guadayaquil 2011-2015 [Internet]. 2023 [citado el 2 abril de 2023]; 7 (1): 207-17. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1944>.
3. Galindo-Velaz AE, De la A-Matamoros VE, Gaybor-Chancay KM, AcaroMerino AN. Quemaduras y su manejo integral. Polo del Conocimiento [Internet]. 2020 [citado el 2 de abril de 2023]; 5 (11):778-93. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2099> 166.

4. Phillip L, Rice, Jr., MD, Dennis P. Orgill, MD, PhD. Evaluación y clasificación de las lesiones por quemadura [Internet]. UptoDate. 2023 [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury?search=manejo%20de%20las%20quemaduras&source=search_result&selectedTitle=9150&usage_type=default&display_rank=9.

Capítulo 56

ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES DURANTE LAS TRANSFUSIONES DE LOS HEMODERIVADOS

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

La transferencia de sangre u otros componentes sanguíneos de un donante a un receptor se denomina transfusión de hemoderivados sanguíneos.

Dado que incluye todos los diferentes tipos de componentes sanguíneos, la transfusión de productos sanguíneos puede interpretarse en un sentido muy amplio. Debido a que el receptor recibía todos los componentes que forman la sangre, el término "transfusión de sangre" solía ser el más común. Otros componentes, como las plaquetas o el plasma, ahora pueden administrarse de forma específica gracias a los avances científicos. enfocándose en tratar diversas patologías de esta manera con mayor especificidad. Es importante enfatizar que debido a que cada

componente sanguíneo se puede extraer, un donante puede ayudar a múltiples pacientes.

Dado que se utiliza en situaciones como pacientes politraumatizados, enfermedades crónicas y agudas (como anemia y cáncer) y hemorragias quirúrgicas, esta actividad es una de las más frecuentes que se realizan en los hospitales en la actualidad.

La administración de tratamientos con componentes sanguíneos es fundamentalmente una práctica de enfermería, es de vital importancia adquirir los conocimientos necesarios para hacerlo, manejando de la mejor manera posible los protocolos y los síntomas de los pacientes en todo momento. Es crucial comprender los efectos secundarios primarios que puede causar la transfusión.

No es una actividad libre de riesgos solo porque es común, mas bien es un procedimiento estándar que, si bien en ellos se mencionan riesgos y efectos desfavorables, no deben presentarse complicaciones si se practica una adecuada hemo vigilancia. Los sistemas cardiovascular, hematológico y renal, así como los órganos hepáticos, son los órganos más vulnerables en este tipo de circunstancias.

2 Objetivos

Conocer los tipos de reacciones que hay durante la transfusión de hemoderivados, describiendo sus principales signos y síntomas por el personal de enfermería.

3 Metodología

Para la ejecución del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica encontrada en las principales bases de datos como son, Medline y Scielo, así como Google académico y revistas de prestigio.

4 Resultados

La identificación temprana de los síntomas de reacción a la transfusión y la pronta notificación al sistema del banco de sangre del que se originan son cruciales. Los signos y síntomas más típicos incluyen rigidez, disnea, mareos, fiebre, urticaria y dolor lumbar. La transfusión del componente sanguíneo problemático debe detenerse de inmediato y la línea venosa debe mantenerse abierta con solución fisiológica, en caso de que se manifieste alguno de estos síntomas. El exceso

de material en la bolsa que contiene el componente problemático también se retirará del paciente y se enviará al banco de sangre para su análisis junto con las muestras coaguladas y no coaguladas del paciente.

Las diferentes categorías de reacciones transfusionales inmediatas incluyen:

1. Respuesta hemolítica aguda: Los anticuerpos del plasma del receptor interactúan con los antígenos de los glóbulos rojos del donante para provocar la reacción hemolítica aguda. La incompatibilidad ABO es la causa más común de este tipo de ocurrencia. La causa más típica es el etiquetado incorrecto de la muestra del receptor tomada durante la pretransfusión y la falta de realización de una prueba de compatibilidad justo antes de la transfusión.

A los pocos minutos del comienzo de la transfusión u horas después de que haya terminado, pueden aparecer los primeros síntomas. Un paciente despierto puede experimentar cualquiera de los siguientes síntomas: dolor, ansiedad, disnea, fiebre, enrojecimiento facial o shock. Aunque la hipotensión es el síntoma más obvio en pacientes que están sedados, el daño renal también puede provocar orina oscura, lo que indicaría hemoglobinuria.

2. (EICH) Enfermedad de injerto contra huésped: La enfermedad de injerto contra huésped ocurre cuando el sistema inmunitario del receptor no puede eliminar los linfocitos del donante, lo que provoca que los linfocitos del donante ataquen los tejidos del huésped. Los pacientes con sistemas inmunitarios debilitados tienen más probabilidades de experimentarlo. Los signos y síntomas más típicos suelen ser linfadenopatía, aplasia de la médula ósea, vómitos y diarrea sanguinolenta.

La ictericia y el daño hepático están presentes en cantidades significativas y son comunes. Entre cinco y treinta días después de la transfusión, suele ocurrir.

3. Sobrecarga en el sistema circulatorio: Esta complicación frecuentemente pasa desapercibida, pero ha sido identificada como una de las principales causas de muertes relacionadas con transfusiones. La carga osmótica de los componentes sanguíneos transfundidos desplaza el volumen hacia el espacio intravascular que cuando ocurre este tipo de sobrecarga, lo que lleva a una sobrecarga circulatoria. Los pacientes con insuficiencia cardíaca o renal lo experimentan con frecuencia. Los medicamentos diuréticos como la furosemida se usan de manera similar a como se trata la insuficiencia cardíaca.

4. Daño pulmonar agudo: Es creado por anticuerpos anti-HLA que aglutinan los granulocitos del paciente en el pulmón. Los síntomas respiratorios y el edema pulmonar no cardiogénico se pueden ver en las radiografías, que son los síntomas y signos más distintivos. Dado que se resuelve por sí solo en el transcurso de unos pocos días, generalmente no se usa un tratamiento específico.

5. síntomas de alergia: Debido a componentes desconocidos o alertas, estos son

bastante comunes. Edema, vértigo, dolores de cabeza y urticaria son los síntomas más comunes y suelen ser leves.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que el uso de hemoderivados en las terapias antes mencionadas está indicado para prolongar la vida de pacientes con enfermedades crónicas y para atender emergencias que amenazan la vida.

Para minimizar la morbilidad que pueden causar las complicaciones durante esta actividad para el personal de enfermería es fundamental conocer y seguir los protocolos establecidos.

Nunca hay una garantía del 100% de que no surgirán complicaciones, a pesar de la prevención primaria/secundaria eficaz. Conocer las posibles complicaciones más frecuentes en este tipo de actividad permite al personal de enfermería actuar con rapidez, lo que suele redundar en una menor probabilidad de daño al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001303.htm>.
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400019.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 57

POSTOPERATORIO EN UNA APENDICECTOMÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE POR ENFERMERIA

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

El primer segmento del intestino grueso es donde comienza a sobresalir el apéndice, un órgano diminuto en forma de dedo. Crea inmunoglobulina, una proteína que mata las bacterias y ayuda en la defensa del cuerpo contra las infecciones. Sin embargo, debido a que otros órganos del cuerpo asumen esta función cuando se extirpa el apéndice, su función no es absolutamente necesaria.

Apendicitis es el término que se usa cuando la condición ha progresado a infección o inflamación. Una vez detectado, es fundamental retirarlo lo antes posible porque puede haber una perforación por la que podría filtrarse e infectar toda la zona abdominal, provocando una infección que podría ser mortal.

Para la extirpación del apéndice, existen dos procedimientos quirúrgicos.

- Apendicectomía abierta. Una apendicectomía abierta es el procedimiento habitual. En la esquina inferior derecha de su abdomen, se hace un corte (incisión) de entre 5 y 10 cm de largo. Mediante la incisión se extrae el apéndice.
- Extirpación laparoscópica del apéndice: La técnica de apendicectomía laparoscópica es más reciente y mínimamente invasiva. Este enfoque es menos invasivo. Los cortes van de uno a tres. Uno de los cortes se usa para insertar un tubo largo y delgado conocido como laparoscopio.

Una apendicectomía típicamente tiene una recuperación postoperatoria rápida y completa. La mayoría de los pacientes regresan a casa el día después de la cirugía, donde reanudan rápidamente su dieta y rutinas habituales. La recuperación es generalmente un poco más lenta y más difícil si el apéndice se rompió o desarrolló un absceso, lo que requiere el uso de medicamentos como antibióticos para tratar la infección.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento y la evolución de una apendicectomía por el personal de enfermería teniendo en cuenta las posibles complicaciones postquirúrgicas.

3 Metodología

Para la ejecución del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre literatura científica encontrada en las principales bases de datos como son, Medline y Scielo, así como Google académico y revistas de prestigio.

4 Resultados

Con una apendicectomía tradicional, el período de recuperación puede durar desde una semana hasta un mes, mientras que una apendicectomía laparoscópica se recupera más rápidamente.

Actualmente, la recuperación es increíblemente rápida después de la cirugía laparoscópica. Después de la cirugía, el paciente podrá comenzar una dieta y realizar actividades diarias como caminar y bañarse en unas pocas horas. Después de la cirugía, el hospital suele dar de alta a los pacientes entre 24 y 48 horas después.

Estos son algunos ejemplos de los cuidados postoperatorios de enfermería que podemos dar al paciente:.

1. Analgésicos para reducir el dolor y aumentar la comodidad física.
 2. Prevención de infecciones cuidando bien la herida quirúrgica.
 3. La administración de medicinas.
 4. Fomentar la movilización temprana.
 5. El control de la diuresis.
 6. Reconocer los síntomas y signos de infección.
 7. Manejo de los ruidos intestinales.
 8. Después del alta, instruir al paciente en el cuidado postoperatorio.
- Mantenga los primeros días relativamente descansados fomentando caminatas cortas. Para prevenir hernias a través de los agujeros de cicatrización, se recomienda posponer la actividad física y el levantamiento de objetos pesados hasta después de 30 días.
 - Siguiendo el consejo médico, se deben realizar cuidados diarios a la herida quirúrgica, y 10 días después del procedimiento, se deben retirar los puntos.
 - En los primeros días, asegurarse de consumir al menos 8 vasos de agua al día y optar por alimentos a la plancha o cocinados como carnes blancas, pescados, verduras y frutas.
 - Durante los primeros siete días, presione sobre la herida cada vez que necesite toser.
 - Abstenerse de conducir durante las primeras tres semanas después de la cirugía. Coloque el cinturón de seguridad en la cicatriz con cuidado.

Las complicaciones más frecuentes después de una apendicectomía son las infecciones en el sitio quirúrgico y las infecciones profundas o abscesos. Después de una apendicectomía abierta, se producen infecciones de la herida en alrededor del 5% de los pacientes con apendicitis no complicada. La probabilidad de infecciones de la herida después de una apendicectomía laparoscópica es menor. Se debe realizar una tomografía computarizada o una ecografía en pacientes que tienen fiebre, leucocitosis y una herida quirúrgica que parece curarse normalmente para descartar la posibilidad de un absceso intraabdominal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la apendicitis perforada y el absceso intraperitoneal, que se relacionaron con pacientes de edad avanzada, fueron las reacciones adversas más significativas en la apendicectomía.

Por lo tanto, el cuidado del personal de enfermería de estos subgrupos de pacientes debe ser especialmente cuidadoso; en ancianos, prevenir la descompensación de órganos y utilizar procedimientos mínimamente invasivos siempre que sea posible. No solo el personal de enfermería, sino también los médicos de atención primaria y las urgencias hospitalarias, son cruciales a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir la perforación del apéndice o la peritonitis.

Las tasas de reingreso disminuirán si las complicaciones son menos comunes.

6 Bibliografía

1. Richmond B. The appendix. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 50.
2. Rosenthal MD, Sarosi GS. Appendicitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*: PA: Elsevier;

Capítulo 58

ENFERMERÍA: CIENCIA HUMANA

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

MARIA E. AGUILAR RICO

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MIRIAM SORIA GIL

1 Introducción

La curación basada en las ciencias médicas es la base del sistema sanitario. Pero el hecho de enfermar es una vivencia subjetiva que no puede objetivarse ni ocultarse ni ser sustituida por objetivación médica del conjunto de manifestaciones que aparecen cuando existe una disfunción orgánica. La medicina puede determinar que causas producen la enfermedad y ponerle remedio, identificar signos y síntomas y administrar tratamiento, sin embargo, el no implica lo que debería hacerse para el bienestar de esa persona. Pellegrino nos recuerda, el compromiso moral de la enfermería no es trabajar únicamente para el bienestar de las personas, sino también ser competente en la resolución técnica de la enfermedad, de esto subyace la dicotomía de las prácticas sanitarias, curar-cuidar.

La práctica de las ciencias humanas debe considerar el espíritu no solo como espíritu, sino que deben ocuparse de sus fundamentos corporales. Husserl. 1965. Está claro que el cuidado de la salud tiene una base biológica, bioquímica y orgánica que son fundamentales, pero el cuidado de la salud no puede ser entendido simplemente como un intento de curar a las personas con la aplicación

de las ciencias médicas porque esa actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado de las personas. La enfermera debe poseer competencia técnica en los saberes biomédicos y en el arte de los cuidados sin excluir el imperativo moral que obliga a usar esos saberes para conseguir el bienestar de la persona que cuida.

Las ciencias humanas pueden fundar la práctica de la enfermería porque esta, al igual que aquellas tratan de acceder al significado de una región de la experiencia humana, la vivencia de la salud-enfermedad. Watson, 1985.

El sentido de la enfermería surge de experiencias prácticas que se basan en explicaciones científicas, cuando es necesario, pero sin reducir lo práctico a lo tecnológico. Cuando la práctica es reducida a la ciencia aplicada los seres humanos son, teóricamente, designados como objetos, negando su humanidad mediante su reducción a cosas totalmente determinadas por procesos naturales.

2 Objetivos

Describir la enfermería como una ciencia humana.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuidar para el bienestar implica que es la enfermera la que interviene en el bienestar de las personas. Si la intervención y su finalidad que son la curación se imponen en el sistema de salud, entonces el cuidar es reducido al curar, si la lógica de la intervención tecnológica triunfa, el cuidado desaparecerá como referente en los sistemas sanitarios. Como consecuencia de ello, las enfermeras de nuevo, y si es que alguna vez han dejado de serlo, se convertirán en bondadosas y sumisas asistentes del médico, que es el protagonista de la acción tecnológica. La relación entre ciencias humanas y naturales es como Gadow 1985 defiende, debe subordinar la intervención basada en las Teorías de las ciencias Naturales

a la práctica basada en las ciencias humanas. Es decir, debe evitarse uno de los mas claros efectos perniciosos que el dominio de la visión tecnológica en el cuidado de la salud, incorporar una visión mecánica y reducida del cuerpo humano. Las ciencias humanas deben tener en cuenta la persona como sujeto y no como objeto, Strasser 1985.

La enfermería es una ciencia humana practica porque implica relaciones entre personas, y porque está fundada en el imperativo moral de potenciar el bienestar de las personas. La diferencia entre un técnico y un práctico reside en que mientras el técnico una técnicas que son evaluadas por su eficiencia, el práctico toma decisiones que son evaluadas por su contribución al bienestar de la persona, de hecho muchas enfermeras son técnicas en cuidados de salud y si esto es así, entonces, la enfermera es una especialista en aplicar los saberes producidos por la investigación biomédica, es decir administrar tratamientos y realizar técnicas y nada más.

La noción de cuidado es polisémica, multidimensional, dinámico y complejo, con componentes científico-técnicos orientados hacia la dimensión biológica de las persona cuidada y componentes humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual de aquella, es por tanto de naturaleza holística.

5 Discusión-Conclusión

La medina reclama históricamente de la enfermería que seamos bondadosas y sumisas asistentes del médico. Las enfermeras vemos con tristeza como los propios estudiantes centran su interés en las prácticas puramente técnicas, no es extraño que los estudiantes nos reclamen aprender cómo se canalizan vías o arterias y olvidan que la enfermería es más que eso, no les interesa, ni están concienciados, ni ponen en práctica el PAE. Es habitual ver enfermeras frustradas por no alcanzar el nivel técnico exigido por un sistema sanitario completamente abducido por las prácticas tecnológicas e hiperespecializadas, cuando la enfermería interviene de manera más que eficiente en el cuidado y el bienestar de las personas, pero eso no nos reporta ninguna satisfacción como colectivo profesional, porque el sistema no pone en valor nuestro trabajo y sigue reclamándonos como técnicos especializados al servicio de la medicina. Desde las instituciones y sobre todo desde la universidad, debería ofrecerse una metodología de estudio diferente.

La corriente humanizadora es una hipocresía. El sistema sanitario está deshumanizado porque a la enfermería no le dejan hacer su trabajo correctamente. La

humanización debería empezar por los trabajadores de la sanidad. El sistema sanitario no es sistema jerarquizado en la forma pero si en el fondo, y la enfermería sigue siendo considerada la hermana pequeña de la medicina. La enfermería es una ciencia humana. La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación, el Proceso de Atención. La enfermería es una ciencia multidisciplinar. A estas alturas esta fuera de toda duda que la enfermería es una ciencia, una ciencia con un cuerpo propio de conocimientos.

La enfermera se culpa por no haber podido canalizar una vía, pero se olvida de que antes de eso: saludo al paciente y le llamó por su nombre, le trató con educación y respeto, hizo lo posible porque estuviera cómodo en la cama, lo tapó con las sábanas y le ofreció una manta por si tenía frío, le acomodo el respaldo, charlo con el distendidamente y le animó a que le hiciera preguntas, resolvió sus dudas y miedos, abrió las cortinas para que entrara luz, le pidió permiso para tocarlo, salvaguardó su intimidad, se aseguró de que los acompañantes estuvieran con él, le explico la técnica que tenía que realizar, y muchas más cosas de las que la enfermera jamás se sentirá orgullosa, que el sistema no nos reconocerá, y que nosotras seguiremos sin registrar, porque estas cosas no tienen importancia alguna, solo es importante para el enfermo, tener una vía canalizada, y administrar el tratamiento prescrito.

La enfermería es una ciencia humana, y como tal, somos y debemos ser, las garantes de la humanización en el sistema sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 59

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ICTUS Y ACCIDENTES CEREBRAVASCULARES

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

1 Introducción

Los pacientes que sufren un ictus tienen la mala fortuna de sufrir una de las enfermedades actuales con más casos que hacen necesario su ingreso en la unidad hospitalaria especializada en su tratamiento. Las secuelas de los ictus en los pacientes son siempre muy graves, requiriendo una gran cantidad de sesiones de rehabilitación, para conseguir que los mismos, recuperen parte de su movilidad funcional normal.

Cuando se habla de parte de su movilidad funcional se hace referencia, que los pacientes que han tenido un ictus, siempre conservan algún grado de discapacidad en sus funciones motoras y sensoriales, sobre todo, en aquellos pacientes con más edad y en aquellos que presentan otras patologías añadidas.

Las administraciones sanitarias están en la consecución de la prevención del ictus, prevenir el ictus es fundamental, para la disminución de sus consecuencias de incapacidad del paciente, consiguiendo en gran parte, que el paciente conserve sus funciones motoras y sensoriales en el mayor grado posible.

Por este motivo, la unidad de ictus y accidentes cerebrovasculares, tiene entre sus objetivos, ofrecer los cuidados y los tratamientos preventivos, para los pacientes ingresados en la misma, que en su fase inicial de la enfermedad puedan ser tratados para disminuir las secuelas y consecuencias de la misma.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la prevención en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ictus.
- Describir los cuidados que la enfermera realiza en la unidad de ictus y enfermedades cerebrovasculares con estos pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

El ingreso del paciente en la unidad se realiza por el protocolo de código ictus, que exige que la enfermera siga unas pautas con el paciente, en primer lugar, monitoriza al paciente, es decir, le coloca los electrodos para realizar un electrocardiograma, comprobando la actividad del corazón, que no existan bradicardias o taquicardias, así como le pone el pulsímetro para saber la saturación de oxígeno en sangre.

En los cuidados en la unidad, la enfermera, visita al paciente continuamente, y cada cuatro horas le comprueba la temperatura, le realiza un bmt, es decir, le pincha y comprueba los niveles de azúcar en sangre, y por último le comprueba la tensión arterial. Todos estos valores tienen que estar en un estado normal, la temperatura alrededor de treinta y seis grados, la glucemia, entre ochenta y ciento

diez, y la tensión arterial, entre siete, la baja, y doce, la alta; y en el caso que los valores fuesen anormales, la enfermera, administraría la medicación necesaria. La enfermera pauta para el paciente, una dieta absoluta, es decir, nada de alimentos sólidos o líquidos, excepto los sueros salinos, que será la vía para la administración de la medicación recetada por el neurólogo, así como, revisará todas las vías que el paciente porte, extrayendo sangre del mismo, para la realización de analíticas de sangre, cada cuatro horas.

En los cuidados al paciente con ictus, la enfermera indica, al auxiliar de enfermería, la posición del paciente en la cama, eligiendo la posición de semisentado, con el cabecero elevado, treinta grados, para evitar en lo posible, una bronco aspiración del paciente, que pudiera afectar a los pulmones.

En los casos de pacientes con ictus isquémicos, también en los ictus hemorrágicos, el neurólogo, indica la realización de un tac con perfusión, es decir, con la introducción del contraste en el paciente. La enfermera, siempre acompaña al paciente en la realización de estas pruebas, y junto al celador, y neurólogo, se practica la misma al paciente. En muchas ocasiones, la enfermera de la unidad, es la encargada de programar la bomba perfusora, y la colocación de los tubos en la vía del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como exposición final del trabajo realizado, se pueden resaltar, que los cuidados ofrecidos por la enfermera al paciente con un ictus, son altamente especializados, cumpliendo con las normas y pautas que marca la atención al paciente, según el protocolo de código ictus. Señalar del mismo modo, que la gestión de las bombas perfusoras en la realización de los tac, es competencia de la enfermera de la unidad, en el caso de ausencia de la enfermera destinada en el servicio de radiología, ausencias que se producen en fines de semana, turnos de tarde y noche, y los días festivos, ya que la enfermera del servicio de radiología siempre tiene el turno diurno.

6 Bibliografía

1. Plan de atención a los pacientes con ictus. Disponible en: <https://www.madrid.org>
2. Qué es una unidad de ictus. Disponible en: <https://www.neurodidactica.es>
3. Cuidados de enfermería al paciente con ictus. Disponible en: <https://revistadeinvestigacion.com>

Capítulo 60

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

1 Introducción

La unidad de enfermedades infecciosas está especializada en la atención y cuidados de los pacientes que han contraído una enfermedad altamente infecciosa, cuya transmisibilidad, puede producirse por el aire o por contacto directo con otra persona. Para evitar que los pacientes con alguna patología infecciosa, pueda poner a otros pacientes en peligro de contagio, existe esta unidad.

En la unidad se encuentran pacientes con todas las patologías transmisibles, tuberculosis, SIDA, SARS, COVID, etc., aunque en los últimos años, debido a la aparición de la covid-19, casi todos los pacientes están aquejados de esta enfermedad. El covid-19 está producido por un virus que se contagia vía aérea, por lo que las medidas preventivas en la unidad están presentes en todas las actuaciones que se realizan con los pacientes.

La unidad de enfermedades infecciosas se suele ubicar en la parte más alejada de otras unidades o servicios, y las medidas de acompañamiento, así como de las visitas, están muy restringidas, para evitar que las enfermedades de los pacientes se transmitan por medio de las mismas.

Los profesionales de la unidad trabajan siempre con el equipo de protección individual, compuesto, por traje impermeable, calzas, pantallas, mascarillas, gorro, guantes y los dispensadores de geles están por todas las habitaciones y pasillos de la unidad.

2 Objetivos

- Conocer el tipo de paciente que ingresa en la unidad hospitalaria de enfermedades infecciosas.
- Desarrollas las funciones que la enfermera realiza en la atención y cuidado del paciente ingresado en la unidad de enfermedades infecciosas.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Los ingresos en la unidad de enfermedades infecciosas se realizan en el pasillo que da acceso a la misma. En este pasillo es escaso el movimiento de personal, pues la planta se sitúa en la más alta del hospital, sacando la cama de la unidad hasta el mismo se realiza la transferencia del paciente desde la cama de origen. Estos ingresos se realizan generalmente de otras unidades, donde el paciente, ha dado positivo de la infección. La enfermera recibe al paciente, y acompaña al celador, en el traslado del enfermo hasta su habitación, individual, y aislado. La enfermera revisa cómo viene el paciente, si trae colocada vía intravenosa, drenajes o sueros, y comprueba la conectividad de los cables y sondas, así como,

recoge la hoja de la prescripción de los cuidados pautados. Estos cuidados se refieren a la medicación prescrita, así como, a la información sanitaria del paciente. La enfermera tramita al servicio de radiología las placas radiológicas para realizar a estos pacientes, pues se procura, que los mismos no salgan de las habitaciones, a excepción de pruebas complementarias que no se puedan realizar en la habitación del paciente.

La enfermera colabora con los profesionales del servicio de rayos, en la movilización del paciente, e informando del tipo de aislamiento que tiene el paciente, para incidir aún más en las medidas preventivas oportunas, aunque el personal sanitario y no sanitario, se visten con el equipo de protección individual.

Si el paciente necesita la realización de un tac u otra prueba que necesite salir de la habitación, la enfermera acompaña al paciente, eligiendo la hora de menos prevalencia de personal por el circuito de sucio del hospital, y esperando las indicaciones del servicio radiológico.

La enfermera, pasados un tiempo de ingreso del paciente, vuelve a realizar las oportunas pruebas de las muestras biológicas para comprobar si persiste la infección o por el contrario ya es negativa la incidencia. En estos casos, la enfermera, en la hoja de cuidados, si el resultado es negativo, propone el alta de enfermería del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como reflexión del capítulo se puede asegurar que en la unidad de enfermedades infecciosas, el personal que trabaja en la misma, siempre debe de llevar colocado el equipo de protección individual, siempre, en cada labor que se realice con el enfermo, también, la enfermera, máxima precaución, porque es uno de ellos, que más veces contacta con el paciente. Se ha de resaltar la falta de enfermeras en la unidad, porque es verdad, que en esta unidad, el ratio de los pacientes infecciosos para cada una de ella, es elevado.

Reiterar que los protocolos de seguridad en la unidad deben ser revisados frecuentemente, porque, por ejemplo, la virulencia del virus, Sars-Covid19, no es la misma actualmente que cuando el inicio de la pandemia.

6 Bibliografía

1. Medicina interna. Unidad de infecciosas. Disponible en: <https://www.quironsalud.es>
2. Unidad de enfermedades infecciosas. Disponible en: <https://www.chospab.es>

3. El papel de la enfermería en el control de las infecciones. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com>

Capítulo 61

LA ENFERMERA Y SU TRABAJO EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria es uno de los servicios que ofrece el hospital para la atención integral del paciente ingresado y del ambulante también, como se verá más adelante. La función de la farmacia hospitalaria es la dispensación de los medicamentos que se necesitan en las distintas unidades y servicios del centro hospitalario, así como de los centros de atención primaria y consultorios locales que están bajo su gerencia.

La farmacia hospitalaria recepciona todos los medicamentos que las empresas farmacéuticas, mediante licitación de contratación, han obtenido el servicio. Estos medicamentos serán guardados en los clasificadores y cámaras frigoríficas que existen en el servicio, todo bajo la supervisión de los farmacéuticos y farmacéuticas.

En estos expositores o estanterías se ordenan la medicación por clase, es decir, las cremas por un lado, las ampollas por otro, las grageas por otros, y por nombre

comercial, es decir, por el nombre del medicamento. Aquellos medicamentos o soluciones magistrales, sueros o alimentaciones especiales los pacientes, preparados, etc., se almacenan en las cámaras de refrigeración, existiendo dos cámaras, la de frío normal, hasta los ocho grados bajo cero, y las de superfrío, de ocho grados a sesenta grados bajo cero, ya que existen medicamentos que tienen que ser guardados hasta por debajo de los cincuenta grados.

Dicha gestión de la medicación que se necesita en el hospital es realizada por la enfermera destinada en el servicio, siempre con el visto bueno de la farmacéutica, y la colaboración del equipo que compone el servicio, auxiliares de enfermería, administrativos y celadores.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad del servicio de farmacia hospitalaria.
- Desarrollar las funciones que la enfermera realiza en el servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de información a través de diferentes buscadores y con la lectura de libros y revistas científicas, otorgando al presente trabajo mayor fiabilidad. Entre los buscadores a destacar en el desarrollo del trabajo se destacan Dialnet, Goodle Académico y Medline.

4 Resultados

La enfermera en el servicio realiza las siguientes funciones:

- Supervisión y gestión de los volantes de medicación de los usuarios ambulatorios. La farmacia hospitalaria dispone de un servicio de dispensación para pacientes que no están ingresados en el hospital, son los ambulatorios, bajo la prescripción médica de su reciente proceso asistencial en el hospital, o bien para aquellas enfermedades crónicas, que la consejería de sanidad, tiene dentro de la medicación gratuita. La enfermera tras el visionado del volante, que tiene que estar sellado por el inspector médico, da el visto bueno al auxiliar de enfermería para su entrega al paciente.

Estos volantes serán guardados y archivados por la enfermera para su entrega al farmacéutico responsable del servicio.

-Supervisión y gestión de las unidades de medicamentos de los pacientes ingresados. Las unidades son preparadas diariamente, en dos turnos, para la atención y el tratamiento diagnosticado de los pacientes que se encuentran ingresados en las distintas unidades hospitalarias. Estas unidades son supervisadas por la enfermera, con la hoja de prescripción de planta de todos los servicios, donde aparece, la pauta, el nombre del medicamento y el paciente que debe tomarlos. Una vez da el visto bueno la enfermera, los auxiliares de enfermería son los encargados de irlos depositando en los diferentes casilleros de los carros unidades de las plantas.

-Comprobación del estado de los medicamentos, caducidades y albaranes. La enfermera de farmacia en la recepción del material y medicación que se recibe diariamente, comprueba que efectivamente, lo recibido coincida con lo que realmente viene en las cajas y embalajes. Así como las caducidades de los medicamentos recibidos.

En esta función de supervisar y comprobar las caducidades de los medicamentos, también, se incluyen los almacenados en la farmacia, acción que realiza la enfermera diariamente, por estanterías o por clasificación de tipología. En la farmacia hospitalaria se maneja y almacena tan cantidad de medicamentos, cremas, alimentación, aceites, etc., que verificar la fecha de caducidad de los mismos es una función que la enfermera realiza casi a diario, desechando los caducados, para el punto sigre, que serán retirados posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Como escalafón del trabajo se puede comprobar que las funciones que realiza la enfermera en la farmacia hospitalaria no están exentas de una gran responsabilidad. Una responsabilidad compartida en dos vertientes: en no cometer errores en la asignación de la medicación a los pacientes, y en la revisión de las caducidades de los medicamentos que no sean derrochados inútilmente.

Señalar que la falta de personal de enfermería en todos los servicios, también llega hasta la farmacia hospitalaria, cuyo cupo de enfermeras en la misma, no está en relación con el número de pacientes que son atendidos en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. La importancia de la enfermera en la farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

2. La labor de la enfermera en la farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://nuevaenfermeria.com>
3. La unidad de enfermería de farmacia. Disponible en: <https://www.chospab.es>

Capítulo 62

LA ENFERMERA EN EL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

Antes de describir lo que conlleva colocar un desfibrilador automático implantable, debemos conocer que en un corazón normal el impulso eléctrico cardíaco se inicia en el nodo sinusal en la parte superior de la aurícula derecha, que es la estructura con mayor automatismo, es decir, con mayor capacidad para crear estímulos eléctricos periódicos por sí mismo. Cuando esta parte tiene problemas comenzamos a hablar de marcapasos, cateterismo, desfibriladores, etc.

La atención inmediata a la muerte súbita cardíaca es primordial para disminuir los casos de muerte por taquicardias ventriculares y fibrilación ventricular. El motivo principal de dicha atención inmediata viene dado por la escasa posibilidad de sobrevivir a una parada extrahospitalaria, mientras que en las intrahospitalarias las posibilidades aumentan de forma exponencial.

En las últimas décadas, los avances tecnológicos han permitido la creación de desfibriladores automáticos implantables como tratamiento para evitar las paradas extrahospitalarias previniendo la muerte súbita.

El personal de enfermería juega un papel primordial en estos tratamientos para proporcionar los cuidados integrales que les permita a estos pacientes volver a su vida cotidiana.

El implante de estos desfibriladores expone al paciente a una situación de vulnerabilidad física y psicológica que puede repercutir negativamente sobre su calidad de vida relacionada con la salud, por ello debemos promover una serie de cuidados que conlleven cambiar los hábitos de vida de tal manera que logren tener una vida confortable.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Analizar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable para una correcta adaptación al nuevo estilo de vida.

Como objetivo secundario:

- Mostrar el trabajo en equipo multidisciplinar de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes con un desfibrilador automático.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Google Scholar, Cuiden y Medline. Se acotaron las fechas de búsqueda a los últimos 7 años. Los 5 textos seleccionados de un total de 16 hacían referencia a las complicaciones y atención de enfermería en pacientes sometidos a la implantación de un desfibrilador automático implantable.

Palabras clave: enfermería, cuidados, desfibrilador automático implantable.

4 Resultados

Las enfermeras deben conocer las fases que forman parte del proceso de implantación de desfibrilador automático implantado: preparación quirúrgica, implantación, postoperatorio, primeros cuidados y educación sanitaria, además del seguimiento del dispositivo.

Todo esto se realiza desde nuestra profesión para lograr el cuidado integral del paciente con calidad, teniendo en cuenta que debemos trabajar en equipo multidisciplinario con los diferentes profesionales, ya que ello va a hacer realidad la asistencia correcta que el paciente necesita.

Los estudios revisados ponen de manifiesto que una cualificación correcta de los profesionales de enfermería garantiza la calidad asistencial tanto antes, como durante y después de la implantación de desfibriladores automáticos.

La atención integral e individualizada de la enfermera al paciente con este dispositivo juega un importante papel de vigilancia y control durante todo el proceso para disminuir riesgos y complicaciones, y mantener una correcta adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida. Todo esto conlleva una serie de cambios en los hábitos de vida de los pacientes que implican una reeducación sanitaria.

Los cuidados de enfermería al paciente con desfibrilador automático implantable son imprescindibles tanto antes, durante y después de la implantación, y permiten disminuir la ansiedad y mejorar potencialmente los conocimientos de los pacientes para llevar a cabo un mejor mantenimiento de la salud y, por tanto, mejorar el pronóstico.

La comunicación y apoyo al paciente es fundamental durante todo el proceso de implantación que comienza desde que le comunican que debe ponerse dicho dispositivo hasta que realiza y asume un cambio de vida. Debemos asegurar la adquisición de conocimientos y hábitos que garantizan la continuidad de cuidados en autocuidados orientados a mejorar su calidad de vida y en devolver la autonomía, por ello es primordial el vínculo terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

Es conocido por todos los profesionales, no solo por las enfermeras, que el corazón como órgano es muy complejo, por lo que la complejidad de la patología cardíaca es evidente, así como de la prevalencia de la misma en la sociedad, se exige un manejo profesional enfermero. Es por ello que el trabajo de enfermería es fundamental para ofrecer un cuidado e integral al paciente y su familia como entidad única.

Por ello, debemos promover la calidad de vida en estos pacientes porque favorece el aumento de supervivencia, la facilidad de inserción, la aceptación de la terapia, así como el estado mental, funcional y social de la persona que porta el desfibrilador.

Se destaca la importancia de la profesión de la enfermería, que proporciona una atención integral que influye positivamente en la calidad de vida del paciente y sus allegados.

6 Bibliografía

1. Racero JI. Intervenciones de enfermería al paciente portador de desfibrilador automático implantable. Cardiocore. 2013;
2. Sarrias, A., Galve, E., Sabaté, X., Moya, À., Anguera, I., Núñez, E. & García Dorado, D. (2015). Terapia con desfibrilador automático implantable en la miocardiopatía hipertrófica: utilidad en prevención primaria y secundaria. Revista Española de Cardiología, 68
3. Mora, S. I. G. (2011). Cuidados al paciente con desfibrilador automático implantable. 51.

Capítulo 63

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA MUCOSITIS

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

La inflamación de la mucosa es una patología secundaria que afecta al aparato digestivo desde su entrada hasta su salida. Es uno de los efectos secundarios de los tratamientos y procedimientos que los facultativos pautan para luchar contra la neoplasia. La etiología surge por el uso de los medicamentos citotóxicos y los efectos locales de la radioterapia sobre la zona de la boca o de la cabeza apareciendo heridas y úlceras.

Los lugares donde los efectos secundarios de estos tratamientos y procedimientos contra el cáncer se suelen observar son en labios, suelo de la boca, mucosa del paladar blando y lengua. Las personas que muestran síntomas y signos de la mucositis ven que en la boca existe sequedad de boca, dificultad para deglutir, como si se quemarán, dolor etc. Los medicamentos para paliar o luchar contra la enfermedad del SXXI en infusión por bomba y a dosis elevadas, son las causas con alta probabilidad que se produzcan mucositis que afectan a la zona de la boca

provocando graves consecuencias para favorecer una alimentación equilibrada y adecuada para estos pacientes. Este efecto secundario afecta aún más tanto física como psíquicamente a los pacientes con cáncer.

Los pacientes oncológicos se encuentran en un estado inmunodepresión, por lo que son los huéspedes ideales para recibir infecciones que entran en algunos casos por la boca provocando una infección de todo el sistema como es el caso de la mucositis. donde podría ser la cavidad oral una de las fuentes de ingreso para una infección sistemática como la mucositis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las pautas y cuidados de la enfermera como personal sanitario respecto a la mucositis oral en pacientes con tratamientos y procedimientos antineoplásico con citotóxicos.

Objetivo secundario:

- Mostrar la capacidad de los profesionales sanitarios para trabajar en equipo en pro del paciente.

3 Metodología

Para generar este capítulo, se ha realizado un proceso de investigación, que consiste en revisar bibliográficamente en los textos científicos existentes buscando en las principales bases de datos como: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas de acuerdo con los objetivos de este capítulo.

Sin restricciones en el idioma se realiza una revisión bibliográfica mediante los siguientes descriptores: mucositis, quimioterapia, radioterapia, enfermería y tratamiento.

4 Resultados

La madre de los cuidados de enfermería que se la conoce como Virginia Henderson nos expone que la atención que la enfermera ofrece trata de alcanzar que las personas que atendemos recuperen su independencia a través de sus catorce necesidades básicas para conseguir que el paciente se adhiera a su tratamiento. Por ello, debemos promover que estas personas con cáncer eviten en la medida

de los conocimientos y pautas que demos a los mismos los efectos secundarios como es el caso de la mucositis.

Por ello, es importante que la enfermera realice actividades de prevención y manejo de lesiones en la cavidad oral para que no sea una de las causas por la que se interrumpe su tratamiento, es necesario realizar una valoración de enfermería para poder identificar las lesiones a tiempo y actuar ante ellas, brindando recomendaciones sobre la adecuada higiene bucal, enjuagues bucales y el uso de sustancias que reduzcan la aparición o disminución de la mucositis

Como profesionales sanitarios que desarrollamos nuestras funciones en la planta de oncología o en el hospital de día oncológico como enfermeras debemos atender, asistir y educar al paciente en todas aquellas medidas que puedan prevenir y evitar los efectos secundarios del tratamiento y los procedimientos tan agresivos a los que se someten. Es de vital importancia ser capaz de identificar dentro de las escalas que utilizamos en nuestra labor diaria el estado del paciente para poder priorizar los riesgos que nos permitan generar las intervenciones correctas para el cuidado de la boca y sus zonas adyacentes.

Lo primero que debemos realizar al recibir a un paciente que comienza estos tratamientos será el poder valorarlos a través del plan de atención de enfermería para poder saber en qué estado se encuentra el proceso de las mucositis. Recalcamos de nuevo que para paliar los riesgos de este efecto secundario la educación en la higiene bucal es básica.

Dentro de las actuaciones que realizaremos con los pacientes:

- Enseñar el correcto uso del hilo dental.
- Usar cepillos de cerdas suaves.
- Recordar que se debe cepillar la lengua.
- Educar en la limpieza bucal después de cada ingesta alimentaria.
- Realizar la higiene a la higiene a las prótesis dentales retirándolas para dormir.
- Utilizar la crioterapia que es aplicar hielo en la boca una media hora antes de administrar los citotóxicos. De esta forma se previene y palian los efectos de la mucositis.
- Utilizar enjuagues bucales que sean citoprotectores como la bencidamida
- Utilizar la morfina al 0.2% para paliar el dolor de la mucositis.
- Aconsejar el uso del aloe vera que favorece la cicatrización y disminuye el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es de vital importancia que el personal de enfermería refuerce las medidas preventivas en la aparición de este efecto secundario al tratamiento

neoplásico porque cuando la mucositis aparece, los tratamientos para paliarla son poco efectivos.

Dada la complejidad de la misma, que es cada vez más prevalente y fundamental en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los profesionales sanitarios, así como su tratamiento terapéutico en base a la formación de cada uno.

Por último, el personal de enfermería debe elaborar un plan de atención individualizado para intervenir y atender a cada paciente con mucositis con calidad.

6 Bibliografía

- Puyal, M.; Jiménez, C.; Chimenos, E.; López, J. & Juliá, A. Protocolo de estudio y tratamiento de la Mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. Med. Oral, 8:10-8, 2003
- Molina Giraldo, S. M. & Estupiñán Guzmán, J. R. Mucositis oral en el paciente con terapia antineoplásica. Med. U. P. B., 29(2):135-43, 2010.
- Erdem, O. & Güngörmüs, Z. The effect of royal jelly on oral mucositis in patients undergoing radiotherapy and chemotherapy. Holist. Nurs. Pract., 28(4):242-6, 2014
- Araújo SNM, Luz MHBA, da Silva GRF, Andrade EMLR, Nunes LCC, Moura RO. Cancer patients with oral mucositis: Challenges for nursing care. Rev Lat Am Enfermagem. 2015
- <https://seom.org/publicaciones/guias-clinicas>
- http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_abstract&pid=S1988-348X2017000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Capítulo 64

PLAN DE ATENCIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NEONATO

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

El plan de cuidados enfermeros del neonato o recién nacido es importante pese a que el recién nacido esté sano. Se entiende por recién nacido sano aquel que es producto de un embarazo de duración normal (37-42 semanas) sin enfermedad, ni complicación alguna en la madre durante el mismo, cuyo parto es de evolución normal y siendo sus características anatómicas y fisiológicas normales en el momento de nacer.

Debemos realizar una valoración general junto con unos cuidados específicos para conseguir el bienestar y seguridad tanto del recién nacido como de la madre para poder crear un plan de cuidados adecuado tanto a las necesidades de la madre como del neonato.

Al ser el tiempo de permanencia en el centro hospitalario de menor tiempo que los neonatos prematuros. Esto supone un reto para la enfermería, ya que se deben

administrar una serie de cuidados y atenciones en poco tiempo que deben ser asumidos por los padres para que los puedan instaurar en el domicilio desde el momento de su alta hospitalaria.

Como personal de enfermería debemos ofrecer tanto al neonato como a la familia unos cuidados y procedimientos integrales que permitan generar un vínculo terapéutico con los padres que permita ofrecer una educación en los cuidados del recién nacido.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Valorar al recién nacido según las necesidades básicas de Virginia Henderson según la NANDA., estableciendo objetivos e intervenciones según el sistema NIC/NOC.

Objetivo secundario:

- Establecer un plan de cuidados al recién nacido.

3 Metodología

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

Palabras clave: recién nacido, enfermería, cuidados, neonato entre otras.

4 Resultados

El personal de enfermería va a ser el encargado de realizar los cuidados primeros al recién nacido y de tratar de educar a la familia para que aporten al recién nacido las necesidades que precisa para crecer sano.

Durante el parto en el paritorio, en el momento en que se separa de la madre y se corta el cordón umbilical le realizará el test Apgar, al minuto y a los cinco minutos del nacimiento con el fin de determinar su estado general (frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja, color).

La enfermera con la maniobra de Credé colocará unas gotas de colirio antibiótico en los ojos para evitar infecciones. Debemos pesar al recién nacido para observar si está dentro de los límites normales (2500-4000 gramos) siendo importante que esté totalmente identificable para ello se le colocará su respectiva pulsera identificativa.

Se debe fomentar en todo momento el apego con los padres por lo que se realizará el piel con piel como máximo a los treinta minutos del nacimiento.

Los celadores, tras haber permanecido dos horas en la sala de recuperación de partos, el recién nacido es trasladado a la unidad de maternidad junto con la madre cuya estancia máxima será de 48 horas en partos eutócicos, 72 horas en partos distócicos y en la cesárea otras 72 horas. A su llegada realizaremos la identificación que se trata de la famosa pulsera identificativa y registro del neonato en la unidad.

Se revisará la historia comprobando que en el paritorio se le haya administrado la dosis de vitamina

K y la profilaxis antibiótica de los ojos. El recién nacido será ubicado en la habitación de la madre, excepto en los casos en los que por distintos motivos como neonatos prematuros o problemas de la madre en el parto no sea posible. Se procederá a la entrega del impreso de la fenilcetonuria a la familia, explicando los días en que se debe realizar la prueba, así como la importancia de la misma. Se les entregará a los progenitores la cartilla de vacunación y el proceso a seguir según el calendario vacunal.

La higiene de la piel y mantener la temperatura corporal es una necesidad básica que debe satisfacer el personal de enfermería junto con el confort; para ello se le realizará el baño, la piel del recién nacido tiene que ser fina y elástica, aunque puede presentar escamas en cuyo caso habrá que hidratarla. Se procederá a la cura del cordón umbilical.

Los recién nacidos pierden calor con mucha facilidad porque no tienen las funciones de regulación de su temperatura corporal desarrolladas por lo cual hay que proporcionarle abrigo para ello, se le vestirá con una chaqueta y un pañal y se le arropará en la cuna.

A la hora de acostarlo se procurará poner decúbito supino o decúbito lateral. Se procederá al cambio de pañal siempre que sea necesario para mantenerlo y seco limpio.

El personal de enfermería debe fomentar la lactancia materna, para ello el neonato debe de ser puesto al pecho materno, para iniciar la lactancia lo más pronto posible y así estimular la producción de leche. La succión temprana proporcionará el calostro, que le va a ofrecer protección contra las infecciones así

como importantes nutrientes. La subida de la leche se producirá a las 48-72 horas después del parto, a partir de ese momento se irá regulando la frecuencia de las tomas, y los dos adoptarán un horario y ritmo adecuado que variará dependiendo de la demanda de cada neonato.

La necesidad de eliminación es muy importante tanto la micción, como la deposición. Deberá orinar muy a menudo tendremos que controlar que esto ocurra y además observar el color de la orina. En cuanto a la primera deposición tendrá que tener lugar entre las primeras 48 horas, debemos observar que sea de color negro y espesa para constatar que expulse meconio, en los días siguientes se van haciendo verde-amarillentas, para después pasar a un color amarillo.

El recién nacido tiene ciertos reflejos innatos son una reacción muscular involuntaria que sucede automáticamente en respuesta a un estímulo. Ciertas sensaciones o movimientos producen respuestas musculares específicas. La presencia e intensidad de un reflejo es una señal importante de funcionamiento y desarrollo del sistema nervioso. Muchos reflejos desaparecen a medida que el niño crece, aunque algunos permanecen a lo largo de la vida adulta. Algunos reflejos son el reflejo moro, babinski o de succión.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, las primeras horas de vida son importantes para conseguir la adaptación del neonato al medio, su sistema termorregulador es aún inmaduro, en las primeras 12 horas es cuando más probabilidad de descompensaciones térmicas existen y es cuando más se le debe proteger.

Por ello, las enfermeras nos encargamos de ofrecer tanto al recién nacido como a la madre un programa de detección precoz de los problemas y de ofrecer unos cuidados que promuevan el mantenimiento de la salud en el domicilio familiar.

Por último, debemos fomentar en todo momento el vínculo entre la madre y el bebé siendo capaces de poder escuchar sus necesidades de tal manera que nace un vínculo terapéutico que logra que los padres asuman los conocimientos sobre el cuidado de su hijo.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatalogia-en-revision>.
- Bulechek G M , Butcher H K ,Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de

Enfermería (NIC). 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2014

- NANDA Internacional, Herdman TH ed. Kamitsuru S ed. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2014

Capítulo 65

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA MENINGITIS EN EL ADULTO

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

1 Introducción

La meningitis en adultos es una enfermedad que implica la inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, conocidas como meninges. Esta afección puede ser causada por diversos agentes infecciosos, siendo las bacterias y los virus las causas más comunes. Los síntomas típicos de la meningitis en adultos incluyen fiebre alta, dolor de cabeza intenso, rigidez en el cuello, vómitos, confusión, y en algunos casos, erupciones cutáneas.

El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones graves. Los médicos suelen realizar una punción lumbar para analizar el líquido cefalorraquídeo y determinar la causa de la meningitis. Si se trata de una infección bacteriana, se administrarán antibióticos. En casos de meningitis viral, el tratamiento se centra en aliviar los síntomas, ya que no hay medicamentos antivirales específicos.

La prevención es clave para reducir el riesgo de meningitis en adultos. Las vacunas, como la vacuna contra el meningococo o la vacuna contra el neumococo, pueden ser recomendadas en ciertos casos. Además, practicar una buena higiene, como lavarse las manos regularmente y evitar el contacto cercano con personas enfermas, puede ayudar a prevenir la propagación de infecciones.

La meningitis en adultos es una afección seria que requiere atención médica inmediata. Con un diagnóstico y tratamiento oportunos, la mayoría de los pacientes se recupera completamente, aunque la prevención a través de vacunaciones y buenas prácticas de higiene es fundamental para reducir el riesgo de contraer esta enfermedad potencialmente grave.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero ante la meningitis en el adulto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del enfermero en el cuidado de adultos con meningitis es esencial para garantizar una atención adecuada y la recuperación del paciente. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en esta situación:

Evaluación y monitorización continua: Los enfermeros realizan una evaluación completa del paciente con meningitis, incluyendo la medición de signos vitales, la evaluación de la rigidez de cuello, la observación de cambios en el estado mental y la valoración de síntomas como fiebre y dolor de cabeza. Esta monitorización constante es esencial para detectar cualquier cambio en la condición del paciente.

Administración de medicamentos: Los enfermeros son responsables de administrar los medicamentos prescritos por el médico, que pueden incluir antibióticos

para la meningitis bacteriana o medicamentos para aliviar los síntomas, como analgésicos o antipiréticos. Garantizar la administración adecuada y en tiempo es crucial para el tratamiento.

Cuidado de las vías intravenosas: En muchos casos, se requiere una vía intravenosa para administrar líquidos y medicamentos. Los enfermeros se encargan de mantener la vía permeable, prevenir infecciones y supervisar el equilibrio de líquidos del paciente.

Control de infecciones: La meningitis puede ser contagiosa, por lo que los enfermeros implementan estrictas medidas de control de infecciones para prevenir la propagación de la enfermedad en el entorno hospitalario. Esto incluye el uso de equipo de protección personal y el aislamiento según sea necesario.

Apoyo emocional: La meningitis puede ser una experiencia aterradora para el paciente y su familia. Los enfermeros brindan apoyo emocional al proporcionar información clara, tranquilizar preocupaciones y estar disponibles para responder preguntas y aliviar el estrés.

Educación al paciente y la familia: Los enfermeros educan al paciente y a sus seres queridos sobre la meningitis, su tratamiento, las medidas de prevención y las señales de advertencia de complicaciones. Esta información empodera a la familia para colaborar en el cuidado del paciente.

Coordinación del cuidado: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para coordinar el cuidado del paciente, asegurando que se sigan las pautas de tratamiento y se realicen las pruebas diagnósticas necesarias.

Seguimiento post-alta: Después del alta hospitalaria, los enfermeros pueden seguir monitoreando al paciente en el hogar para asegurarse de que se recupere adecuadamente y continúe con el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un tratamiento eficaz en un paciente ingresado por meningitis, es esencial seguir las siguientes recomendaciones. En primer lugar, es fundamental cumplir rigurosamente con el plan de tratamiento prescrito por el médico. Esto incluye la administración de medicamentos en los horarios indicados y la finalización completa del curso de tratamiento, incluso si los síntomas mejoran antes. Interrumpir el tratamiento prematuramente puede llevar a complicaciones

graves.

En segundo lugar, es importante mantener una estrecha comunicación con el equipo de atención médica y enfermería. Reporte cualquier cambio en la condición del paciente, como fiebre persistente, empeoramiento de los síntomas o efectos secundarios de los medicamentos. La detección temprana de problemas es crucial para tomar medidas rápidas.

Los enfermeros desempeñan un papel crítico en el cuidado de adultos con meningitis, abordando todos los aspectos del tratamiento, desde la evaluación inicial hasta el apoyo emocional y la prevención de infecciones. Su trabajo contribuye significativamente a la atención integral del paciente y a su recuperación exitosa.

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 66

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE COVID

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

1 Introducción

Un paciente con COVID-19 es alguien que ha sido infectado por el virus SARS-CoV-2, el virus responsable de la pandemia de COVID-19 que comenzó en 2019. Esta enfermedad puede variar en gravedad desde síntomas leves hasta complicaciones potencialmente mortales. Los síntomas comunes incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, pérdida del gusto o el olfato y dolores musculares.

Los pacientes con COVID-19 pueden requerir diferentes niveles de atención médica. Algunos pueden manejar la enfermedad en casa con aislamiento y cuidados básicos, mientras que otros, especialmente aquellos con síntomas graves, pueden necesitar ser hospitalizados. En el hospital, los pacientes pueden recibir oxígeno suplementario, medicamentos y, en casos graves, ventilación mecánica.

Los enfermeros desempeñan un papel crucial en el cuidado de pacientes con COVID-19. Esto incluye la monitorización de los signos vitales, la administración

de medicamentos, el apoyo emocional y la implementación de medidas de control de infecciones para prevenir la propagación del virus en entornos de atención médica. También educan a los pacientes y sus familias sobre la enfermedad y las medidas de prevención.

Un paciente con COVID-19 puede experimentar una variedad de síntomas y puede requerir atención médica de diversa intensidad. El cuidado de enfermería es fundamental para el tratamiento y la recuperación, así como para reducir la propagación del virus en la comunidad. La prevención, a través de la vacunación y el cumplimiento de las medidas de salud pública, sigue siendo esencial para combatir esta enfermedad.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero ante el paciente COVID.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del enfermero en el cuidado de pacientes ingresados por COVID-19 son esenciales para garantizar una atención efectiva y segura. Aquí se describen algunas de las principales responsabilidades del enfermero en esta situación:

Evaluación y monitorización continua: Los enfermeros realizan una evaluación completa de los pacientes con COVID-19, incluyendo la medición de signos vitales, la monitorización de la saturación de oxígeno, la evaluación de los síntomas y la respuesta al tratamiento. Esto ayuda a detectar cualquier empeoramiento en la condición del paciente de manera temprana.

Administración de tratamiento y medicamentos: Los enfermeros administran medicamentos prescritos, como antivirales o antiinflamatorios, y aseguran que

los pacientes reciban tratamientos adicionales, como oxígeno suplementario o ventilación mecánica, cuando sea necesario.

Cuidado de las vías respiratorias: En pacientes con dificultades respiratorias, los enfermeros se encargan de mantener las vías respiratorias despejadas y, en algunos casos, asisten en la intubación y el manejo de ventiladores.

Control de infecciones: Dado que el COVID-19 es altamente contagioso, los enfermeros implementan rigurosas medidas de control de infecciones para prevenir la propagación del virus en el entorno hospitalario. Esto incluye el uso adecuado del equipo de protección personal (EPP).

Apoyo emocional: La hospitalización por COVID-19 puede ser estresante y aislante. Los enfermeros brindan apoyo emocional a los pacientes, ayudándoles a lidiar con el miedo y la ansiedad, y facilitando la comunicación con sus seres queridos a través de dispositivos electrónicos.

Educación al paciente: Los enfermeros educan a los pacientes sobre la enfermedad, las medidas de prevención, la importancia del aislamiento y las pautas de autocuidado. También proporcionan información sobre el alta y el seguimiento necesario.

Coordinación del cuidado: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada. Comunican los cambios en la condición del paciente y participan en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Monitoreo post-alta: Después del alta hospitalaria, los enfermeros pueden realizar seguimiento telefónico o ambulatorio para asegurarse de que el paciente continúe mejorando y siga las recomendaciones de salud.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de pacientes ingresados por COVID-19, proporcionando atención médica, apoyo emocional y educación. Su trabajo es esencial para la recuperación de los pacientes y la prevención de la propagación del virus en el entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un tratamiento efectivo del paciente con COVID-19, es esencial seguir estas recomendaciones. En primer lugar, es crucial cumplir rigurosamente

con el plan de tratamiento y las indicaciones médicas. Esto incluye tomar los medicamentos según lo prescrito, seguir las medidas de aislamiento y seguir las recomendaciones del equipo de atención médica.

En segundo lugar, mantener una comunicación abierta con el personal de enfermería y el equipo médico. Informe cualquier cambio en los síntomas o cualquier preocupación que pueda surgir. La detección temprana de problemas es esencial para ajustar el tratamiento de manera oportuna.

Además, seguir estrictamente las medidas de prevención, como el uso adecuado de mascarillas, el distanciamiento social y el lavado frecuente de manos, para proteger a quienes lo rodean y evitar la propagación del virus.

Trabajar en colaboración con el equipo de atención médica y confíe en su experiencia para garantizar la mejor atención posible. La adherencia al tratamiento y las medidas de prevención son clave para superar con éxito la enfermedad y proteger la salud de todos.

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 67

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ROTURA DE CADERA

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

1 Introducción

La rotura de cadera es una lesión seria, especialmente común en adultos mayores y requiere atención médica urgente. Esta lesión suele ocurrir debido a una caída o un trauma en la región de la cadera y puede afectar la calidad de vida del paciente.

Los pacientes con rotura de cadera pueden experimentar dolor intenso en la cadera o la ingle, dificultad para mover la pierna afectada y, en algunos casos, la pierna puede parecer más corta o estar girada. El diagnóstico se realiza a través de radiografías y otros estudios de imagen para evaluar la gravedad y ubicación de la fractura.

El tratamiento principal para una rotura de cadera suele ser una cirugía para reparar o reemplazar la articulación. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes, prestando atención a la administración

del dolor, supervisando signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, y colaborando con el equipo médico en la rehabilitación del paciente.

Además, brindan apoyo emocional y educación al paciente y a su familia sobre el proceso de recuperación y las medidas de prevención de caídas futuras. El objetivo es ayudar al paciente a recuperar la movilidad y la independencia, y mejorar su calidad de vida después de una rotura de cadera.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero ante el paciente con rotura de cadera.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del enfermero en el cuidado de pacientes con rotura de cadera es fundamental para garantizar una atención integral y la recuperación exitosa del paciente. A continuación, se describen algunas de las principales funciones del enfermero en esta situación:

Evaluación y monitorización continua: Los enfermeros realizan una evaluación exhaustiva del paciente con rotura de cadera, evaluando el dolor, la movilidad, los signos vitales y posibles complicaciones, como la pérdida de sangre. Esta monitorización constante es esencial para detectar cualquier cambio en la condición del paciente.

Control del dolor: El manejo del dolor es esencial en el cuidado de pacientes con rotura de cadera. Los enfermeros administran analgésicos según lo prescrito por el médico y evalúan regularmente la eficacia del tratamiento para asegurarse de que el paciente esté cómodo.

Movilización y cuidado postoperatorio: Los enfermeros ayudan al paciente a movilizarse de manera segura después de la cirugía o el tratamiento conservador. Esto incluye la enseñanza de técnicas de movilización segura y el uso de dispositivos de asistencia, como andadores o muletas.

Prevención de complicaciones: Los enfermeros están atentos a posibles complicaciones, como infecciones, trombosis venosa profunda o úlceras por presión, y toman medidas para prevenirlas. Esto incluye la administración de anticoagulantes, cambios de posición y cuidado de la piel.

Apoyo emocional: Una rotura de cadera puede ser una experiencia traumática y debilitante para el paciente. Los enfermeros brindan apoyo emocional, escuchan las preocupaciones del paciente y alientan la motivación para la rehabilitación.

Educación al paciente y la familia: Los enfermeros educan al paciente y a sus familiares sobre el proceso de recuperación, la importancia de la rehabilitación, las precauciones para prevenir caídas futuras y los signos de complicaciones que deben ser reportados.

Coordinación del cuidado: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para coordinar el cuidado del paciente, asegurando una atención integral y un plan de rehabilitación personalizado.

Planificación del alta: Los enfermeros participan en la planificación del alta hospitalaria, asegurándose de que el paciente tenga acceso a la atención y los recursos necesarios para continuar su recuperación en casa o en un centro de rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento exitoso del paciente con rotura de cadera, es fundamental seguir estas recomendaciones. En primer lugar, es necesario seguir rigurosamente las indicaciones médicas y el plan de cuidados prescrito. Esto incluye la rehabilitación y ejercicios recomendados para recuperar la fuerza y la movilidad. Además, respetar las restricciones de peso y las precauciones para prevenir caídas es esencial.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el cuidado de pacientes con rotura de cadera, brindando atención médica, apoyo emocional, educación y prevención de complicaciones. Su compromiso contribuye significativamente a la

recuperación exitosa y la mejora de la calidad de vida del paciente.

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 68

INTERVENCIÓN ANTE UN GOLPE DE CALOR POR ENFERMERÍA EN URGENCIAS

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

1 Introducción

En verano uno de la sintomatología mas frecuente es el desvanecimiento por el aumento de temperatura. Es fácil reconocer los síntomas, pero aun así las personas no identifican que no es muy beneficioso no hidratarse o estar a pleno sol durante las horas punta.

Se habla de golpe de calor como que es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, generalmente como consecuencia de la exposición prolongada a altas temperaturas o del esfuerzo físico en altas temperaturas. Es un momento en el que esta persona debe ser trasladado a un servicio de urgencias para poder ayudarlo e hidratar a esa persona. En caso de no realizar las medidas y tratamiento pertinente puede agravar la situación y afectará a corazón, riñones,

cerebro cuanto mas tarde se traslade el paciente a un servicio de urgencias más grave puede estar.

La sintomatología de un golpe de calor pueden ser desorientación, desvanecimiento, disnea, convulsiones en casos graves entre otros.

Son muchos los pacientes que acuden por sí mismos a servicio de urgencias para el rápido tratamiento que contra el golpe de calor, aunque existen mas casos en los que el paciente es derivado a urgencias por otras personas que se encuentran al lado del paciente durante el golpe de calor.

2 Objetivos

- Describir que tipo de actuación puede realizar la enfermería en un servicio de urgencias a un paciente con un golpe de calor.

3 Metodología

Se realizó una revisión y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre los cuidados básicos o específicos debe de realizar enfermería a estos pacientes.

Palabras clave: sol, desvanecimientos cuidados, enfermería, calor.

4 Resultados

- Hemos querido incluir artículos los cuales nos indican que tipo de cuidados de enfermería va a necesitar un paciente a la llegada de un servicio de urgencias el cual ha sufrido un golpe de calor y se encuentra mal.
- En el momento de llegada del paciente se le trasladara a una camilla, enfermería canalizara una vía periférica hasta la llegada del facultativo. En este momento podrá realizar también extracción sanguínea y se evitará un nuevo pinchazo al paciente.
- Durante la exploración, la enfermera detectara una temperatura muy elevada, realizara una toma de constantes vitales, y monitorizara al paciente para comprobar como se encuentran sus signos vitales.
- Durante la estancia en urgencias y tras la valoración de facultativo del paciente, se administrará la medicación correspondiente como analgésicos y por supuesto

se administrará hidratación mediante sueros, salvo que el facultativo nos indique que el paciente presenta alguna patología cardíaca o renal.

- La enfermera colocará en casos graves un sondaje vesical para el control de los líquidos y diuresis del paciente. Para ello preparará todo el material correcto y se empleará una técnica estéril con el riesgo de evitar infecciones no deseadas en todo momento.
- Se realizará pruebas diagnósticas al paciente para descartar otras patologías, también en estas pruebas se pueden detectar algún tipo de fractura en caso de que el paciente haya sufrido un desvanecimiento a causa del golpe de calor.
- Todo lo que sea valorado por enfermería será registrado en el programa informático con la idea de que se llegue a un diagnóstico final correcto.
- En el momento que el paciente tenga repuestos líquidos empezará a recuperarse, se quedará unas horas en urgencias y posteriormente salvo casos graves podrá ir a su domicilio.

5 Discusión-Conclusión

El golpe de calor parece un síntoma o signo no importante, pero si no se realiza un tratamiento rápidamente será perjudicial para el paciente e incluso complicaciones, cardíacas, renales y de cerebro.

En el momento de llegada del paciente como se ha podido observar enfermería es autónoma para poder ir realizando pruebas diagnósticas para rápidamente tras ser atendido por el facultativo puedan administrar los analgésicos, o fármacos correspondientes.

Según nuestra lectura en verano es cuando mas pacientes con golpe de calor acude a urgencias de forma que es muy importante que en el momento de llegada de este paciente según los síntomas sea diagnosticado precozmente.

6 Bibliografía

- Búrdalo A. Enfermería y golpe de calor [Internet]. Fuden. 2019.
- 00007 hipertermia [Internet]. Notas de Enfermería. Axel Hernández; 2022.
- Filep EM, Murata Y, Endres BD, Kim G, Stearns RL, Casa DJ. Exertional Heat Stroke, Modality Cooling Rate, and Survival Outcomes: A Systematic Review. Medicina (Kaunas).

Capítulo 69

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UNA UROSTOMÍA TIPO BRICKER

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

1 Introducción

En el presente capítulo realizaremos una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería que se deben realizar a un paciente portador de urostomía, en concreto la de tipo Bricker. Una urostomía es una derivación urinaria al exterior saltándonos el trayecto normal de la orina. En este caso, la urostomía tipo Bricker consiste en abocar los uréteres a una porción intestinal de íleon previamente aislada, que posteriormente se exterioriza a la pared abdominal creando así la ureteroileostomía. Este tipo de intervención se lleva a cabo cuando existe algún problema de salud que causa graves problemas en la vejiga, como pueden ser vejiga neurógena, neoplasias, uropatías obstructivas, traumatismos, malformaciones congénitas, entre otras. De entre todas ellas, la más frecuente es la neoplasia de vejiga pero la supervivencia que presenta también es elevada debido

a que se trata de un proceso oncológico con altas tasas de curación. Cabe mencionar que el cáncer de vejiga es el cuarto más frecuente en varones, situándose detrás del de pulmón, el de próstata y el de colon. Es por ello que el diagnóstico precoz es un método eficaz para combatir esta patología. El principal signo de alerta es la hematuria asintomática en el paciente y el diagnóstico se lleva a cabo con una serie de pruebas diagnósticas como son citología urinaria, ecografía y endoscopia entre otras.

Este tipo de intervención conlleva un aprendizaje para el autocuidado del paciente, ya que al exteriorizar heces y orina al abdomen, el paciente debe conocer cuáles son los cuidados de la piel estomal y periestomal así como apoyo psicológico por el cambio en la imagen corporal del paciente que supone.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar los cuidados de enfermería a pacientes portadores de urostomía tipo Bricker y que deben hacer con las indicaciones de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los aspectos más importantes en los cuidados de enfermería en pacientes con ureteroileostomía tipo Bricker. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es elevada la incidencia del cáncer de vejiga, pero ante esta mala noticia, a los pacientes se les informa de una posibilidad de tratamiento que consiste en la cistectomía radical. Al realizarla, el paciente necesita que la orina sea recanalizada a otra zona anatómica, ya que la vejiga deja de existir como almacén urinario. En estos casos, se deriva la orina mediante estoma a la pared abdominal. A partir de aquí, los pacientes presentan reacciones muy variadas que pueden ir desde la aceptación de su nueva situación de salud con la consiguiente colaboración en el proceso asistencias, hasta el rechazo, depresión y adopción de actitudes negativas y dejadez en los autocuidados. Es aquí cuando el papel de la enfermería se

hace fundamental para el paciente, ya que el equipo de enfermería le transmite la información que necesita y le ayuda en los inicios de su autocuidado. También en la esfera psicológica está presente el personal de enfermería, ya que ser portador de un estoma conlleva un cambio importante en la imagen corporal y a veces es difícil de afrontar por el paciente. La enfermería le ayudará a reducir su grado de ansiedad y estrés mediante mensajes positivos, ayuda en el día a día del paciente, informándole de los cambios y de las alternativas en el cuidado e incluso con el desarrollo de técnicas de relajación. Los cuidados de enfermería se extienden en diferentes momentos del proceso del paciente: cuando es diagnosticado y se le explican las alternativas y en qué consisten, cuando en planta de hospitalización va a someterse a la intervención (preoperatorio) y cuando regresa de ella (postoperatorio) hasta el momento del alta, así como en atención primaria, ya que es el profesional de referencia para ayuda en el cuidado antes las dudas y problemas que al paciente le puedan surgir. Es por ello que es necesario que existan planes de cuidados de enfermería para pacientes portadores de una urostomía, así como un estoma de cualquier tipo.

5 Discusión-Conclusión

El paciente que es portador de un estoma sufre un fuerte impacto de su imagen corporal, lo que le puede provocar trastornos a nivel físico, social y psicológico. El personal de enfermería juega un papel importante aquí, ya que servirá de apoyo al paciente en el preoperatorio, en el postoperatorio así como en el día con las dudas que le puedan ir surgiendo. Para ello, el personal de enfermería debe conocer los distintos tipos de dispositivos en el mercado así como conocer las recomendaciones para el cuidado del estoma y la piel periestomal. Es importante que el paciente y su familia conozcan desde el principio en qué consiste esta técnica para que se vayan familiarizando con ella, así como fomentar el autocuidado del paciente ya desde el postoperatorio temprano siendo ayudado por el personal de enfermería para que el paciente alcance el máximo grado de independencia y autonomía. La falta de apoyo e información puede conllevar problemas psicológicos y sociales en el paciente, así como elevar la frecuencia de ingresos por el desconocimiento sobre su proceso.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología. Asociación Española de Urología. “Cáncer de Vejiga”. [internet] [2014] Disponible en: <https://seom.org/seomcms/images/>

stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2004/041004_vejiga.pdf

2. Barbado San M, Blanco Dominguez E, Blasco Belda C, Centellas Morral P, Fernández Rodríguez M , Gómez Mejías I, Jiménez Fernández V , Lliso Sempere P, LLuis Bordoll A , Sánchez de la Blanca L. “ Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados”. Coloplast Productos Médicos. [2001].

3. Pierre-Louis Lauture M, Martinez Feria L , Sánchez Álvarez A.

Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria.

Asociación Española de Enfermería en Urología. [online][2009]. Disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetCuidadosDeEnfermeriaEnLaCistectomiaRadicalC3021423.pdf

4. Berrio galán G, Casanova Tardio M, Piqué Tio N, Tegido Valentí M. Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado. Asociación Española de Enfermería en Urología. [online][2003] . Disponible en: <http://revistas-enfuro.enfuro.es/files/Enfuro133.pdf>

Capítulo 70

AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO Y PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU MANEJO

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

1 Introducción

La automedicación (AM) es un problema de primera magnitud en la sanidad española y con considerables consecuencias en la población, las cuales pueden ser especialmente severas en pacientes ancianos debido a su fragilidad habitual.

Se considera interesante que el 85% de los ancianos se auto administran su medicación, lo que en pacientes con pérdida de memoria puede derivar en incumplimiento y fracaso terapéutico. Sería apropiado en estos pacientes que el personal de enfermería revisará que se cumplen las tomas farmacológicas, aumentando así el éxito del fármaco y reduciendo la posible iatrogenia derivada de un mal uso de la medicación.

La normativa europea vigente estipula que fármacos considerados de uso habitual y sin un potencial dañino excesivo pueden ser vendidos a la población

sin receta médica. Estos fármacos son fácilmente accesibles a la población y por tanto una fuente potencial de automedicación y polifarmacia. Se recomienda al personal de enfermería preguntar sobre el consumo de dichos fármacos cuando se investigue una posible automedicación. Del mismo modo, también se considerará como automedicación el uso de productos de herboristería, pues muchos favorecen interacciones farmacológicas con fármacos habituales.

Antes de continuar se considera fundamental diferenciar entre AM y la “auto administración de la medicación debidamente indicada”. Un paciente que se auto medica es aquel que bajo su propio criterio considera que tiene un problema de salud que intenta paliar con algún fármaco, sin haber sido previamente evaluado por personal sanitario. Por el contrario, hablaremos de auto administración cuando el paciente toma un fármaco a petición del sanitario. En este trabajo trataremos el primer concepto, la AM indebida.

El objetivo fundamental de esta revisión bibliográfica es concienciar al personal de enfermería del peligro de la AM en pacientes geriátricos. Como resumen de la secuencia de hechos derivada de la AM podríamos decir que la AM conlleva polifarmacia, la polifarmacia interacciones farmacológicas y estas a su vez derivan en mayor toxicidad, menor eficacia y efectos indeseados(1-3). Un ejemplo de esto sería un anciano que se auto medique con ansiolíticos tipo benzodiacepina e hipotensores, y como consecuencia de la potenciación de sus efectos sufra una caída que derive en una fractura de cadera y la comorbilidad asociada. Quede por tanto claro la trascendencia de la AM con este supuesto.

2 Objetivos

- Estimar la prevalencia de la automedicación en el anciano medio español.
- Concienciar al personal de enfermería sobre la AM y consejos para detectarla e intervenirla.

3 Metodología

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

4 Resultados

4.1 Definición de AM

Como primer paso para afrontar los objetivos de este trabajo debemos definir con la mayor precisión posible que es la AM. La automedicación la definimos como el uso de medicamentos por parte de un paciente sin prescripción médica ni seguimiento por parte de un profesional sanitario.

La automedicación, en determinadas situaciones, puede ser efectiva y segura, pero en general la automedicación suele ser peligrosa. Esto es especialmente cierto en pacientes mayores que a menudo sufren de condiciones de salud crónicas y toman múltiples medicamentos para tratar múltiples dolencias. Esto se debe a que los pacientes mayores experimentan cambios en la fisiología de su cuerpo a medida que envejecen, lo que puede afectar la farmacocinética y farmacodinámica de medicamentos. Además cabe recordar que la población geriátrica es mas susceptible a efectos negativos de los fármacos

4.2.Prevalencia de AM en ancianos españoles.

No se ha encontrado bibliografía española reciente que haya estudiado cual es la prevalencia de la automedicación entre la población geriátrica de nuestro país, aunque si hay un estudio de 2009 que la cifra en 31% (algo superior en mujeres) (4), este dato es posible que este desfasado, y por tanto se anima a la comunidad científica española a investigar esto de nuevo. Estudios similares realizados en otros países europeos, en concreto Suecia, datan la cifra en torno al 43% (5).

4.3 Botiquín del paciente que se auto medica

Al investigar sobre cuales son los fármacos mas frecuentes en la automedicación de los ancianos, el estudio de Esther Vacas (4) establece que son analgésicos, gastrointestinales y fármacos comunes para el resfriado. También resaltar que la AM es prácticamente igual de frecuente en situaciones agudas y crónicas.

Otro fármaco muy empleado en la AM son las benzodiacepinas, a las cuales los pacientes ancianos son especialmente vulnerables, pudiendo provocar somnolencia excesiva, caídas, agitación paradójica y pérdidas de memoria.

De cara a detectar una posible AM en un paciente anciano es esencial que la enfermera conozca cuales son los efectos adversos mas frecuentes en los ancianos: inquietud, estreñimiento, arritmias, incontinencia, confusión o clínica extrapiramidal.

A continuación se exponen consejos que la enfermera puede aplicar en su día a día para evitar la AM y la polifarmacia:

A) Educación: El personal de enfermería deberá motivar a ancianos y familias sobre la importancia de acudir a un centro sanitario antes de tomar medicamen-

tos no prescritos y sobre la necesidad de seguir las instrucciones del médico en cuanto a la posología de los medicamentos.

B) Revisión de medicamentos: Será papel de la enfermera revisar que los fármacos que toma el paciente están debidamente prescritos así como investigar un posible caso de AM ante la sospecha de un efecto secundario. Existen criterios START/STOP que indican de manera clara cuando continuar o discontinuar un fármaco. Es fundamental que enfermería y medicina cooperen para desprescribir un fármaco que no es necesario o que pueda estar provocando un efecto adverso en vez de tratar el efecto adverso con otro fármaco, evitando así una cascada de efectos secundarios

C) Uso de contenedores de medicamentos: Las enfermeras pueden recomendar el uso de contenedores de medicamentos para ayudar a los pacientes ancianos a recordar cuándo tomar los medicamentos y evitar errores en la toma.

D) Identificación de factores de riesgo: Las enfermeras pueden identificar factores de riesgo en pacientes ancianos que puedan aumentar la probabilidad de automedicación, como la falta de acceso a la atención médica o la falta de comprensión de las instrucciones de los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando la importancia de estar siempre supervisado por un equipo médico en lo que compete a venta libre de medicación para los pacientes geriátricos, ya que una pequeña afección podría suponer hasta la muerte, por no tener comunicación con el personal sanitario correspondiente. Por lo tanto, es vital el papel de las enfermeras en la educación de los pacientes acerca de sus enfermedades y tratamientos, y también a sus familiares, incluidos los medicamentos recetados, los efectos secundarios y las posibles interacciones. Al educar a los pacientes sobre los medicamentos, los cuidadores pueden prevenir la AM y reducir la iatrogenia.

6 Bibliografía

1. C Rozman, F Cardellach López, Alexander Von Domarus, Pedro Farreras Valentí, Al E. Medicina interna. Barcelona: Elsevier; 2020.
2. Cusack, B., Kavanagh, S., & Brennan, M. (2019). Medication safety in older adults: challenges and opportunities for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 24(1), 12-16. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.1.12.

3. Martín Auriolés E.'; Barquero Moreno (.2; de la Cruz Cortés J.I2; González Correa J.A. Reflexiones sobre automedicación. 2011.
4. Vacas Rodilla E, Castellà Dagà I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallarés Comalada MC, Balagué Corbera M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria* [Internet]. 2009 May [cited 2023 Apr 11];41(5):269–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708000565>.
5. Anderberg, P., Nemes, S., & Stenlund, H. (2018). Self-medication among the elderly in northern Sweden: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 114. doi: 10.1186/s12877-018-0803-7.

Capítulo 71

QUE HACE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL INGRESO Y EL ALTA DE LOS PACIENTES

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

1 Introducción

El ingreso hospitalario es un grupo de tareas técnico – administrativas, que se efectúan en centros de salud para dar acogida al paciente y cuyo fin es darle el cuidado que requiere, según sus necesidades o preocupaciones con la ayuda necesaria y específica.

Este proceso que da, tanto la entrada como la salida al paciente en el centro de salud u hospital, ha ido evolucionando con el paso del tiempo. En el pasado, las nuevas tecnologías no existían, y en la recepción de los pacientes, se realizaba todo a mano, es decir se anotaba todo en un papel y ese papel iba pasando de unos a otros empleados, hasta terminar en un archivo, añadiéndolo a la historia clínica del paciente.

En la actualidad con las nuevas tecnologías y las aplicaciones informáticas, todo ese proceso de ir de mano en mano, se terminó, y todo va por la red informática. Al ingreso del paciente, se le piden los datos generales y por qué acudió al centro y los pasarán a la base de datos, donde se archivará y esos datos estarán a la vista de todo aquel profesional que quiera acceder a ellos. En el capítulo, que se presenta, se hablará de los tipos de ingresos que hay y el papel que tiene el técnico auxiliar de cuidados en enfermería en este proceso.

2 Objetivos

Describir e indicar el papel que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los diferentes tipos de ingresos hospitalarios y altas.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad, hay tres tipos de ingresos, como son el ingreso programado, el ingreso por urgencia, y los ingresos intrahospitalarios. En primer lugar, el ingreso programado es aquel, en el que el usuario, ya ha ido con anterioridad al médico de familia en atención primaria, y este le deriva al especialista, el cual determina que se debe de realizar una operación y con ello, se establece un día y hora para que el paciente ingrese en el centro.

En esta alta, el servicio de admisiones se hará los trámites correspondientes, el paciente esperará en la sala de espera, hasta que alguien del servicio donde ingresa le venga a buscar para llevarlos a su habitación.

El ingreso por urgencias, el paciente necesita de atención médica inmediata, porque se manifiesta un malestar fuerte o por un accidente. Para esta alta, se le tomará los datos necesarios y el personal de admisión de urgencias le indicará que debe esperar en la sala de espera, donde una enfermera de la unidad de triaje le avisará.

Por último, el ingreso intrahospitalario, se trata de que el paciente ya está dado de alta en el centro y por algún motivo, se necesita que sea trasladado a otra zona del hospital u centro. En el alta intrahospitalario, podemos distinguir entre tres tipos, de una unidad a otra, a otro centro hospitalario u traslado al domicilio del paciente.

El traslado de una unidad a otra de hospitalización se avisará al paciente, familia o acompañantes, del traslado que se va a realizar y a su vez se comunicará a la unidad receptora, para que tenga todo preparado antes de su llegada. Antes de realizar el traslado, siempre se comprobará la identidad del paciente tanto en el inicio del traslado, como en la recepción.

En la salida de un centro a otro, el proceso es igual que el de una unidad a otra, pero en este caso, el destino será otro hospital. Para ello, se tiene que poner en contacto con el medio de transporte necesario (helicóptero, ambulancia, servicio de emergencia médica...)

Por último, está la movilización de la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) del paciente, es un traslado en el que el paciente se mantiene estable de la enfermedad por la que ingreso y/o operación y se determina que no requiere la permanencia en el hospital y se cree que el domicilio es el mejor sitio para su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en los ingresos hospitalarios, es un rol importante para el apoyo de los pacientes, ya que va a ser, del personal hospitalario que más vaya a tratar con el usuario, formando lazos, dando cercanía al paciente, ayuda emocional, etc.

En el ingreso programado, el TCAE de la misma planta donde ingresa, es quien va a ir a buscar al paciente y darle la bienvenida, momento en el que el auxiliar, le informará de todo lo que necesita saber para su estancia en el hospital.

En el ingreso por urgencias, el TCAE, recibirá al paciente en el servicio una vez que ya ha pasado por admisión y el triaje de enfermería. Le identifica y le instala y en el caso de que sea un paciente dependiente le ayudará a vestirse y desvestirse, siempre dándole la intimidad que precise.

En los ingresos intrahospitalarios, el auxiliar una vez hecho el traslado, recogerá la ropa de cama, instrumentos o utensilios usados por el paciente, se avisará al personal de limpieza y se procederá a preparar la habitación para un nuevo ingreso.

6 Bibliografía

1. Asistencia Médico Legal. (2017, mayo 3). Ingreso hospitalario y Hojas de Ingreso. asismedl. <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/ingresohospitalario-y-hojas-de-ingreso>.
2. <https://conceptodefinicion.de/ingreso-hospitalario/>.
3. Ocronos, R. (2021). Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-ingresohospitalario/>.
4. Santiago, A. (2018, abril 15). Ingreso hospitalario/ admisión protocolo enfermero. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/15/ingresohospitalarioprotocolo/>.
5. Unidad de Hospitalización a Domicilio. (2018, marzo 5). Hospital Universitario del Vinalopó; Hospital Universitario de Vinalopó. <https://www.vinaloposalud.Com/especialidades/uhd/>.

Capítulo 72

ENFERMERÍA Y LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

El cuerpo puede limitar la pérdida de sangre debido al daño de los vasos sanguíneos activando el mecanismo de coagulación de la sangre. Este proceso involucra plaquetas, leucocitos, endotelio vascular, sistema de coagulación y sistema fibrinolítico. La coagulación sanguínea se puede activar sin dañar los vasos sanguíneos inflamados, cancerosos o infectados. Esta activación está mediada por muchas moléculas diferentes, incluido el factor de necrosis tumoral (TNF), la interleucina 1 (IL-1), la interleucina 6 (IL-6), la interleucina (IL-8) y otros. En la mayoría de los casos, este proceso no causa complicaciones porque el cuerpo es capaz de mantener una hemostasia equilibrada. Cuando la activación del sistema de coagulación excede el mecanismo de control del cuerpo y alcanza un nivel patológico sistémico, se denomina coagulación intravascular diseminada (CID). La coagulación intravascular diseminada es un síndrome caracterizado por la activación de la coagulación y la cascada fibrinolítica, que conduce a la formación

de coágulos sanguíneos y su oclusión en el lecho microvascular. Este proceso daña la perfusión de tejidos y órganos vitales. Cabe señalar que esta enfermedad es un síndrome adquirido, secundario a formas patológicas subyacentes, y su diagnóstico requiere comparación del cuadro clínico, parámetros de coagulación y análisis de sangre del núcleo de la enfermedad.

2 Objetivos

- Enfatizar en la definición, epidemiología y etiología de la CID.
- Resaltar las manifestaciones clínicas y las pruebas diagnósticas de la CID, así como los nuevos biomarcadores.
- Destacar las alternativas terapéuticas de la CID.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas y artículos científicos dedicados al estudio, epidemiología, etiología, fisiopatología, criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas, pronóstico y tratamiento de la coagulación intravascular diseminada usando herramientas como Pubmed y plataformas como UpToDate.

4 Resultados

- Epidemiología:

El CID representa del 9 al 19% de los ingresos a las unidades de enfermería.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) se debe principalmente a infecciones, que ocurren en 25 a 50% de los pacientes con sepsis; aunque puede desarrollarse en pacientes con enfermedades hepáticas, cáncer, traumatismos y trastornos inmunológicos. Entre el 50 y el 75% de los pacientes con síndrome de traumatismo multisistémico y una respuesta inflamatoria sistémica pueden desarrollar CID. Las tasas de mortalidad varían según la ubicación geográfica y hospitalaria, la edad del paciente, los criterios de diagnóstico y la causa de la CID. Las tasas de mortalidad oscilan entre el 22 y el 46%.

- Fisiopatología:

La fisiopatología de la CID no se comprende completamente; se asocia con una mayor liberación del factor tisular (FT) y una disminución de la actividad del sistema fibrinolítico, asociada con la acumulación de fibrina y el agotamiento del

sistema anticoagulante endógeno. El endotelio vascular es la estructura más importante en la patogénesis de la CID, una estructura que conecta el daño tisular y los componentes plasmáticos. En la CID se produce una activación celular que hace que las macromoléculas procoagulantes circulen en el plasma. Se cree que estas partículas alteran el equilibrio de la respuesta trombotica inmunitaria mediada por neutrófilos, provocando la liberación de citocinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) y la interleucina. Todos estos fenómenos en conjunto conducen a la formación de microtrombos en la microcirculación y también puede ocurrir sangrado debido a la trombocitopenia, por lo que el síndrome DIC se considera una enfermedad hemorrágica.

- Sepsis: respuesta inflamatoria sistémica debida a una infección, que causa daño endotelial vascular y disfunción orgánica.
- Trauma: el trauma induce una respuesta inflamatoria sistémica al activar la coagulación a través de las vías del TF y del factor VIIa.
- Cáncer: la CID está asociada con tumores sólidos, de los cuales el trastorno de coagulación sanguínea más común es el cáncer de próstata.
- Embarazo: La CID ocurre en 12,5 de cada 10.000 embarazos y es la segunda causa principal de complicaciones maternas graves. Esto puede estar asociado con complicaciones como sepsis, trauma obstétrico, hemorragia posparto, desprendimiento de placenta, preeclampsia/eclampsia, síndrome HELLP y aborto séptico.
- Hipoxia neonatal: se produce daño endotelial y la posterior liberación de tromboplastina conduce a trastornos hemostáticos; Si esto ocurre en un bebé prematuro, el riesgo de CID es mayor debido a los bajos niveles de proteína C y antitrombina.

- Clínica:

1. Asintomático: se manifiesta por la ausencia de síntomas y signos de trastornos hemostáticos. En estos casos, esto queda claramente demostrado por los resultados de las pruebas de coagulación.
2. Hemorragia: caracterizada por sangrado por consumo de plaquetas y factores de coagulación. Dependiendo de la cantidad de sangre perdida, la hemodinámica empeorará.
3. Insuficiencia orgánica: es consecuencia de la microtrombosis debido al depósito de fibrina en la microcirculación que conduce a la isquemia tisular. Esto puede provocar disfunción de múltiples órganos y la muerte.

- Diagnóstico:

Los criterios propuestos por la ISTH tienen una sensibilidad del 93% y una especificidad del 97%, pero tienen el inconveniente de ser ineficaces para evaluar a las mujeres embarazadas.

- Tratamiento:

I. Tratar la causa. Tratar la causa debe ser la primera prioridad en el tratamiento porque, en muchos casos, abordar la enfermedad subyacente suele ser suficiente para tratar la CID.

II. Complementando la deficiencia de factores de coagulación:

La sustitución de los factores de coagulación y las plaquetas es especialmente útil cuando se realiza una tromboelastografía, que puede optimizar el uso de componentes sanguíneos y reducir las complicaciones relacionadas con las transfusiones. Los componentes sanguíneos siguen siendo la opción de tratamiento a corto plazo para tratar el sangrado en la CID.

III. Anticoagulantes:

La heparina debe prescribirse principalmente en la fase de hipercoagulabilidad, cuando es posible un diagnóstico precoz, así como en situaciones en las que se observan fenómenos trombóticos y se sospecha disfunción. autoridad competente que acompañe al CID.

IV. Fármacos antifibrinolíticos:

Los fármacos antifibrinolíticos no son eficaces en esta situación porque la fibrinólisis es un fenómeno secundario relacionado con el síndrome de CID y es necesaria para la revascularización y la perfusión de órganos. Pueden estar justificados cuando la actividad fibrinolítica aumenta después de la administración de heparina.

5 Discusión-Conclusión

La coagulación intravascular diseminada o CID es una complicación con una muy alta mortalidad intrahospitalaria estimada que puede alcanzar hasta el 58% en los Estados Unidos de América y el alta hospitalaria es el resultado solo en el 54% de los afectados. La CID tiene un alto impacto en la supervivencia de los pacientes y su desenlace suele ser mejor si se identifica su causa precozmente y se trata adecuadamente de manera temprana, lo cual es especialmente importante si se tienen en cuenta las limitadas opciones terapéuticas que existen para su manejo, siendo de vital importancia el tratamiento de la causa.

6 Bibliografía

1. Huang MJ, et al. Blood coagulation system in patients with chronic kidney disease: a prospective observational study. *BMJ Open* 2017; 7(5):e014294.

2. Squizzato A, et al. Supportive management strategies for disseminated intravascular coagulation. An international consensus. *Thromb Haemost* 2016;
3. Thachil J. Disseminated intravascular coagulation new pathophysiological concepts and impact on management. *Expert Rev Hematol*. 2016; 9(8):803- 14.
4. Madia S. Recent advances in disseminated intravascular coagulation: endothelial cells and fibrinolysis in sepsis-induced DIC. *J Intensive Care*. 2015; 3:8.

Capítulo 73

ENFERMERÍA Y LAS COMPLICACIONES EN LA DIÁLISIS PERITONEAL.

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

La enfermedad renal crónica en estadio 5 requiere del uso de unas terapias de sustitución renal como son la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. La diálisis peritoneal (DP) consiste en una técnica capaz de filtrar y eliminar aquellos líquidos o electrolitos y sustancias dañinas para el organismo a través del revestimiento del abdomen denominado “membrana peritoneal” en personas con esta patología. Para llevar a cabo esta técnica, es necesario implantar un catéter en la cavidad abdominal. A continuación se infunde una solución de diálisis a través de dicho catéter. Una vez que la bolsa está vacía, se desconecta del catéter y se tapa. Esta solución se deja unas horas dentro del abdomen, absorbiendo toxinas y el exceso de líquido presente en el organismo, mientras tanto el paciente puede realizar actividades normales. Pasado ese tiempo, se conecta una bolsa de drenaje al catéter

a través del cual se va a eliminar este líquido infundido pero con las toxinas y líquido sobrante del organismo.

La diálisis peritoneal fomenta la autonomía del paciente, ya que esta técnica puede realizarse en casa tras un previo entrenamiento llevado a cabo por el profesional de enfermería, evitando tener que desplazarse al hospital.

Sin embargo, el uso de esta técnica puede tener ciertas complicaciones que pueden afectar gravemente al paciente. Como profesional sanitario es de vital importancia conocer dichas complicaciones con el fin de evitarlas mediante educación sanitaria, manteniendo así la calidad de vida de los pacientes

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es enumerar e indicar las principales complicaciones de la diálisis peritoneal y conocer formas de prevención y tratamiento de dichas complicaciones.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han utilizado diferentes bases de datos, entre las que se incluyen: Scielo, Dialnet, Google Académico, a partir de los cuales se obtuvo acceso a la literatura en formato digital. Fueron necesarios distintos filtros de búsqueda entre los que se encuentran “Publicación en los últimos 10 años”. Se utilizaron palabras clave como: “diálisis peritoneal “ “complicaciones de la diálisis peritoneal” “enfermedad renal crónica”

4 Resultados

Las principales complicaciones de la diálisis peritoneal son:

- Infección: Constituye una de las complicaciones más graves dentro de esta terapia. Esta infección puede darse alrededor de la salida del catéter o darse dentro de la cavidad peritoneal (peritonitis). Normalmente, se produce por la entrada de microorganismos (bacterias) a través del catéter en la conexión o desconexión de las bolsas.

Los principales signos y síntomas de esta son: dolor en la zona abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, líquido del drenaje de la diálisis turbio, oscuro o con presencia de fibrina.

Como profesional sanitario es importante prevenir este problema mediante educación sanitaria. Recomendaciones que pueden darse: mantener la zona del catéter limpia (mediante uso de productos antisépticos) y seca, lavado de manos siempre antes de realizar la técnica de la diálisis y siempre que se vaya a tocar la entrada del catéter. También se recomienda usar sistemas de doble bolsa (bolsa de infusión + drenaje juntas) con el fin de reducir la manipulación del catéter. El tratamiento de esta complicación se basa en el uso de antibióticos. Cuanto antes se detecte el problema, menos complicaciones adversas habrá

- Hernias: Estas se producen debido al desgaste o deterioro de la cavidad abdominal. La aparición de esta implica detener el tratamiento y cambiar a otra terapia de sustitución renal como es la hemodiálisis. Su solución se basa en un tratamiento quirúrgico.

Las recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios pueden ser: uso de fajas abdominales para prevenir estas hernias y en el caso de que ya se haya producido y se haya dado un tratamiento quirúrgico, es recomendable empezar con bajos volúmenes de líquido de diálisis para no ejercer tanta presión en la cavidad peritoneal.

- Fuga de líquido: Normalmente, esto se produce al poco tiempo de la implantación del catéter peritoneal debido al uso de grandes volúmenes de líquido de diálisis sin que haya cicatrizado la zona de alrededor del catéter.

Es muy importante realizar una detección precoz de este problema, puesto que esta fuga enlentece la cicatrización y proporciona un medio para que se produzcan infecciones. Las recomendaciones para prevenir este problema se basa en retrasar lo máximo posible el inicio de esta técnica tras la colocación del catéter con el fin de asegurar la correcta cicatrización. Mientras se lleva a cabo es recomendable realizar lavados semanales a través del catéter, siempre un bajo volumen de líquido, llevado a cabo por los profesionales de enfermería. Su tratamiento se basa en evitar el uso de esta técnica, teniendo que reemplazarla por la hemodiálisis durante un mes.

- Otras complicaciones: Aparte de las ya mencionadas anteriormente, pueden producirse otras complicaciones menos graves pero igual de importantes. Estas no requieren la paralización de la técnica, pero sí una correcta prevención y tratamiento por parte de los profesionales sanitarios. Dentro de estas se encuentran:

Obesidad: se produce debido al aumento calórico que padecen estas personas por la absorción de glucosa por el líquido de diálisis. Su prevención se basa en un

control en la dieta del paciente, reduciendo los hidratos de carbono, los líquidos hipertónicos y fomentando el ejercicio físico.

Deshidratación o sobre hidratación: Para evitar este problema es de vital importancia realizar un entrenamiento con el paciente, con el fin de que ellos mismos sean capaces de interpretar y poder controlar tanto la pérdida como la ganancia de líquido.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento sobre las posibles complicaciones que pueden darse en las personas en tratamiento con la diálisis peritoneal es de vital importancia para los profesionales sanitarios y en particular para la enfermería. Del conocimiento de estas complicaciones va a depender la calidad de los cuidados de enfermería que los pacientes vayan a recibir cuando se les entrene para esta técnica. La prevención es la mejor aportación que se puede realizar para seguir manteniendo la calidad de vida del paciente. Pero para ello es necesaria una adecuada formación por parte de los profesionales sanitarios mediante protocolos o planes de cuidados que recojan información sobre esta técnica.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Complicaciones mecánicas en los pacientes con diálisis peritoneal [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 . Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/complicaciones-mecanicas-en-los-pacientes-con-dialisis-peritoneal/>.
2. Herrera Chambilla CA, Arratia Taquila JC. Diálisis peritoneal. Revista Médica Basadrina [Internet]. 15(3):70–5. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1159>.
3. Diálisis peritoneal [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. . Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal>.
4. Portolés J, Vega A, Lacoba E, López-Sánchez P, Botella M, Yuste C, et al. ¿Es adecuada la diálisis peritoneal para pacientes mayores de 65 años? Estudio multicéntrico prospectivo. Nefrología [Internet]. 2021;41(5):529–38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521000187>.

Capítulo 74

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA PUNCIÓN DE LA FÍSTULA.

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

La punción de la fístula arteriovenosa es un procedimiento crucial en el tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica. Aunque la fístula arteriovenosa se considera el acceso vascular preferido debido a su durabilidad y menor tasa de complicaciones, el dolor experimentado durante esta intervención puede generar molestias significativas y afectar a la calidad de vida de los pacientes.

En esta revisión, se explorará la literatura científica hasta el año 2023 para analizar en profundidad el fenómeno del dolor en la punción de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a hemodiálisis. Se examinará la prevalencia del dolor, los factores que contribuyen a su aparición y las estrategias utilizadas para su manejo.

La comprensión de la prevalencia del dolor en este contexto es esencial para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes. Además, identificar los factores que influyen en la percepción del dolor permitirá una evaluación más precisa del riesgo y la implementación de medidas preventivas y terapéuticas más efectivas. En cuanto al manejo del dolor, se analizarán las diferentes estrategias utilizadas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para aliviar el dolor durante la punción de la fistula arteriovenosa.

Esta revisión tiene como objetivo proporcionar una visión integral y actualizada del dolor en la punción de la fistula arteriovenosa en hemodiálisis. Los hallazgos presentados pueden servir como base para la implementación de estrategias de manejo del dolor más individualizadas y eficientes, mejorando así la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el dolor en la punción de una fistula.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hoy en día el dolor constituye uno de los síntomas más comunes tanto a nivel nacional como global, convirtiéndose en un gran problema de salud pública. Esto no solo afecta a las personas que lo sufren, sino al entorno que le rodea y a los profesionales sanitarios, sobre todo a la enfermería.

Gracias a la revisión de la literatura de diferentes artículos y estudios, se reveló que el dolor es una preocupación muy común en los pacientes durante la punción de la fistula arteriovenosa en hemodiálisis. Los estudios reportaron una prevalencia variable de dolor, con tasas que oscilan entre el 40% y el 80% de los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal como la hemodiálisis. La intensidad del dolor también fue variable, con puntuaciones promedio que van desde

moderadas hasta severas en las escalas de valoración del dolor utilizadas en los diferentes estudios.

Se han asociado varios factores con un mayor riesgo de experimentar dolor durante la punción de la fistula arteriovenosa. Estos incluyen la experiencia del personal de enfermería en la técnica de punción, la ubicación y el tipo de acceso vascular, la edad del paciente y la duración de la fistula arteriovenosa. Los pacientes con fistulas arteriovenosas más antiguas tienden a informar niveles más altos de dolor.

Es labor por parte de la enfermería conocer diferentes métodos que alivien este síntoma. En cuanto al manejo del dolor, se han investigado diversas estrategias. Entre las medidas no farmacológicas se encuentran la aplicación de frío local, técnicas de distracción, aromaterapia, relajación y educación del paciente. Además, se han realizado estudios sobre el uso de analgésicos tópicos y sistémicos para controlar el dolor durante la punción, así como algunas pomadas anestésicas.

5 Discusión-Conclusión

La revisión de la literatura muestra que el dolor durante la punción de la fistula arteriovenosa en hemodiálisis es una preocupación común y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. La intensidad del dolor y los factores asociados varían entre los estudios, lo que destaca la importancia de un enfoque individualizado en el manejo del dolor. Se necesitan más investigaciones para establecer estrategias efectivas y basadas en evidencia para prevenir y tratar el dolor en este contexto.

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la reducción del dolor durante la punción de la fistula arteriovenosa, y la formación continua en técnicas de punción menos dolorosas puede mejorar la experiencia del paciente. Además, se deben considerar enfoques multidisciplinarios que involucren a anestesiólogos o especialistas en manejo del dolor.

La investigación y desarrollo de nuevas tecnologías juega un papel crucial en este sentido. Es necesario trabajar nuevos productos que impliquen un acceso menos traumático al flujo sanguíneo del paciente, que no implique mayor riesgo y complicaciones a las ya presentes, favoreciendo así la calidad de vida del paciente en un tratamiento que en la mayoría de ocasiones se prolonga durante años.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 75

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CRÓNICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO

1 Introducción

Las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte prematura en los adultos a nivel mundial. En España, a pesar de la pandemia del COVID-19, las enfermedades cardiovasculares han continuado siendo la principal causa de muerte, ya que en 2020 solo el 24,3% de los fallecimientos fueron atribuidos a patologías del sistema cardiovascular.

La Organización Mundial de Salud define las enfermedades cardiovasculares como un grupo de alteraciones y desórdenes en el sistema circulatorio, tanto a nivel del corazón como en los vasos sanguíneos. Entre ellas destacan cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías o trombosis. En este sentido, factores como la edad, la genética, la inactividad física, los malos hábitos nutricionales, el tabaquismo, el sobrepeso u obesidad, así como las enfermedades metabólicas incrementan el riesgo de sufrir este tipo de enfermedades.

En España, la incidencia de enfermedades cardiovasculares entre 2016-2018 ha aumentado en los grupos de edad de 40-45 años y de 55-69 años. Cabe destacar que, la incidencia de enfermedad cardiovascular en las mujeres entre 40-45 años fue un 61% mayor comparado con los años anteriores. Solo en 2015 el gasto sanitario total en enfermedades cardiovasculares en España fue de 9.240 millones de euros.

En este sentido, los costes han continuado creciendo y se espera que lo sigan haciendo durante los próximos años. Cabe destacar que los gastos sanitarios que generan las enfermedades cardiovasculares suponen una parte muy significativa del gasto total, por lo tanto, se debe trabajar desde la prevención para hacer frente a este tipo de enfermedades y reducir así los costes que le supone al sistema de salud público. A través de este capítulo se analizará el impacto de las enfermedades cardiovasculares en el sistema nacional de salud, así como describir factores que reduzcan el riesgo de enfermedad cardiovascular.

2 Objetivos

- Analizar el impacto que suponen las enfermedades cardiovasculares en el sistema nacional de salud.
- Describir los factores que ayudan a reducir el riesgo de este tipo de enfermedades para favorecer el funcionamiento de nuestro sistema de salud.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo, se ha elaborado una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de recursos científicos tales como libros, páginas web de instituciones y artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, y Scholar Google. Una vez realizada la búsqueda se han incluido artículos científicos y trabajos de investigación procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El principal impacto de las enfermedades cardiovasculares sobre el sistema de salud nacional es a nivel económico. La carga de estas enfermedades afecta a la economía en las siguientes tres vías: 1) los costes directos de la atención sanitaria impuestos al sistema de salud; 2) los costes indirectos por mortalidad prematura; 3) los costes indirectos de la mortalidad prematura debida a las enfermedades cardiovasculares evalúan la pérdida de productividad debido no solo a las muertes prematuras sino a la aparición de enfermedades prematuras.

En España, según el Banco Mundial, el gasto en salud per cápita fue de 3.576 USD en 2018, lo que suponía un 9% del Producto Interior Bruto (PIB) del país.

Esto situó a España en el puesto n.º 26 a nivel mundial y el n.º 17 a nivel europeo dentro del ranking de países europeos con altos ingresos. Además, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos junto con la Sociedad Europea de Cardiología mostraron que en 2019 las enfermedades cardiovasculares representaban el 9.1% del gasto corriente en salud en España, en este sentido la mayor parte de los gastos hospitalarios y farmacéuticos también fueron debidos a estas enfermedades. Los últimos datos estimados mostraban un incremento del gasto llegando a los 180 € per cápita en España para el 2020 comparado con los gastos 124 € per cápita en el año 2014.

Estudios han demostrado que mantener un estilo de vida saludable es fundamental para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares. La actividad física juega un papel muy importante en la protección ante estas enfermedades, por ello instituciones como la Organización Mundial de la Salud recomienda a los adultos realizar al menos 150 minutos de ejercicio físico a la semana de intensidad moderada, o 75 minutos a la semana de actividad física de intensidad alta. Además, mantener una dieta saludable priorizando la ingesta de verduras, frutas, frutos secos, proteína vegetal, pescado, carnes magras, legumbres y reduciendo la ingesta de alimentos como los azúcares, las carnes rojas, los hidratos de carbono o grasas saturadas.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se ha observado una creciente aparición de enfermedades cardiovasculares, las cuales generan grandes gastos en el sistema de salud nacional. Las principales cargas económicas provienen de los costes directos de la atención sanitaria impuestos al sistema de salud; los costes indirectos por mortalidad prematura, especialmente los que evalúan la pérdida de productividad debido no solo a las muertes prematuras sino a la aparición de enfermedades prematuras. En nuestro país, los gastos per cápita ascendieron de 124 € a 180 € per cápita en 2020. Por lo tanto, promover hábitos de vida saludables tales como realizar al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de actividad física de intensidad vigorosa, ligado con una dieta saludable son fundamental para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares y con ello reducir el gasto total en el sistema de salud nacional.

6 Bibliografía

- 1.Sociedad World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of CHRONIC RESPIRATORY DISEASES. A comprehensive approach. 2007.
- 2.Ugarte, P. A., Bengoa, R., & Gabriel, R. La situación de las enfermedades cardiovasculares en España. Principales factores de riesgo e impacto en la gestión de las enfermedades crónicas. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas), 2022, no 211, p. 1.
- 3.Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
- 4.Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev.* 2018;14(3):153-163. doi: 10.2174/1573403X14666180222102312.
- 5.Bennett M, Pistillo A, Recalde M, Reyes C, Freisling H, Duarte-Salles T. Time trends in the incidence of cardiovascular disease, hypertension and diabetes by sex and socioeconomic status in Catalonia, Spain: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2023 May 24;13(5):e066404. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066404.
- 6.Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. European Cardiovascular Disease Statistics. 2017 Edition. [accessed 1 Feb 2023]. Available from: <https://ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- 7.Ugarte, P. A., Bengoa, R., & Gabriel, R. La situación de las enfermedades cardiovasculares en España. Principales factores de riesgo e impacto en la gestión de las enfermedades crónicas. Documentos de trabajo. Laboratorio de alternativas. 2022, (211), 1.
- 8.Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (2022). "Health expenditure and financing". Disponible en: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>
- 9.Centre for Economics and Business Research (2020). "Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos." Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/08/informe-cebr-coste-de-ecv-2014-2020.pdf>
- 10.Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Muñoz D, Smith SC Jr, Virani SS, Williams KA Sr, Yeboah J, Ziaeian B. ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task

Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019 Sep 10;140(11):e596-e646.
doi: 10.1161/CIR.0000000000000678.

Capítulo 76

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO

1 Introducción

El término morbilidad es un indicador epidemiológico que refleja los casos de enfermedad por habitante, haciendo referencia a la presencia de enfermedad o síntomas de esta, así como a la proporción de enfermedad en una población y efectos secundarios o secuelas tras el diagnóstico de la enfermedad. (1)

Con el objetivo de homogenizar la evaluación de la morbilidad, así como conocer las estimaciones en la población se han desarrollado cálculos para la obtención de medidas estándares tales como los años de vida ajustados por discapacidad, la esperanza de vida saludable o años de vida vividos con discapacidad. Estas medidas permiten identificar los problemas de salud pública más relevantes en cada país, evaluar los cambios a lo largo del tiempo y comparar los resultados con otros países. (2)

Durante los últimos años, la evolución de la sociedad ha generado cambios en el estilo de vida de la población, entre ellos destacan la reducción de los niveles de actividad física, empeoramiento de los hábitos nutricionales, puestos de trabajos cada vez más sedentarios, así como el aumento de las situaciones de estrés. (3, 4) En este sentido, una sólida evidencia científica respalda que estos cambios en el estilo de vida de la población están asociados con el desarrollo de enfermedades

no transmisibles tales como diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o cáncer. Cabe destacar que el desarrollo de estas patologías genera morbilidad a largo plazo en la población que lo padece (5, 6) Por ello, a través de este trabajo se pretende analizar las principales causas de morbilidad en años de vida ajustados por discapacidad de la población española durante los últimos 10 años, así como los principales factores de morbilidad hospitalaria y sus cifras.

2 Objetivos

- Analizar las principales causas de morbilidad en años de vida ajustados por discapacidad de la población española en los últimos 10 años.
- Identificar los principales factores de la morbilidad hospitalaria y sus cifras en esta población.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en este ámbito. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de recursos científicos tales como libros, páginas web de instituciones y artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, y Scholar Google. Una vez realizada la búsqueda se han incluido artículos científicos y trabajos de investigación procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un estudio evaluó la carga de salud en la población española desde 1990 hasta el 2010. Los resultados mostraron que en 2010 las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad fueron las neoplasias aumentando un 14% comparado con 1990, las enfermedades cardiovasculares y circulatorias se situaron en la segunda posición reduciéndose un 11% desde 1990, también se incrementaron los trastornos musculoesqueléticos un 28% y los trastornos mentales un 23%. (7)

Curiosamente los resultados de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad en 2016 variaron con respecto a los años anteriores. De este modo la primera causa fue el dolor de cuello y espalda con un aumento del 12%, la cardiopatía isquémica se redujo un 12,5%, el Alzheimer se incrementó un 21%

y seguido de enfermedades como los trastornos de los sentidos, el cáncer de pulmón, migrañas o enfermedades cerebrovasculares. (2)

En 2021, los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística muestran que las principales causas de morbilidad hospitalaria fueron las enfermedades del sistema circulatorio (12,9%), las enfermedades del aparato digestivo (12,3%) y los tumores (9,7%). (8)

Con respecto a los datos del informe anual del sistema nacional de salud 2020-2021, 5 de cada 100 hombres y 2 de cada 100 mujeres superiores o igual a 40 años padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo la tasa de hospitalizaciones de 12 por cada 10.000 habitantes. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares 3 de cada 100 hombres y 1 de cada 100 mujeres padecen enfermedad isquémica del corazón siendo la tasa de hospitalización inferior al 20%. (9)

Además, el 29% de la población padece algún trastorno de salud mental, ya que 1 de cada 10 personas mayores de 75 años reporta padecer algún cuadro depresivo, observándose mayores casos en las mujeres. Finalmente, los tumores representan una parte importante dentro de la morbilidad, ya que la prevalencia es de 40 casos por cada 1.000 habitantes, siendo los más frecuentes el cáncer de mama en mujeres y el de próstata en hombres. (9)

5 Discusión-Conclusión

Las últimas décadas han mostrado que las principales causas de morbilidad en años de vida ajustados por discapacidad desde 2010 son las neoplasias, enfermedades cardiovasculares y circulatorias, dolor de cuello y espalda, trastornos musculoesqueléticos, trastornos mentales, así como enfermedades como el Alzheimer y trastornos de los órganos de los sentidos. Otro aspecto importante dentro de la morbilidad son las hospitalizaciones. En 2021 las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo y los tumores fueron las principales causas de morbilidad hospitalaria en la población española. La tasa de hospitalización por enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue de 12 por cada 1.000 habitantes, siendo en el caso de enfermedad isquémica del corazón inferior al 20% del diagnóstico de los casos. Finalmente, entorno al 29% de la población padece algún trastorno mental y como dato relevante dentro de la morbilidad se sitúa la prevalencia del cáncer siendo de 40 casos por cada 1.000 habitantes.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del INC: morbilidad. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/morbilidad>
2. Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., & Trujillo, U. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina clinica*, 2018. 151(5), 171-190.
3. Arocha Rodulfo JI. Sedentary lifestyle a disease from xxi century. *Clin Investig Arterioscler*. 2019 Sep-Oct;31(5):233-240. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arteri.2019.04.004.
4. Cesena FHY. Job Stress and Cardiovascular Health: Is There a Connection? *Arq Bras Cardiol*. 2019 Mar;112(3):269-270. doi: 10.5935/abc.20190030.
5. Al-Jawaldeh A, Abbass MMS. Unhealthy Dietary Habits and Obesity: The Major Risk Factors Beyond Non-Communicable Diseases in the Eastern Mediterranean Region. *Front Nutr*. 2022 Mar 16; 9: 817808. doi: 10.3389/fnut.2022.817808.
6. Freisling H, Viallon V, Lennon H, Bagnardi V, Ricci C, Butterworth AS, Sweeting M, Muller D, Romieu I, Bazelle P, Kvaskoff M, Arveux P, Severi G, Bamia C, Kühn T, Kaaks R, Bergmann M, Boeing H, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Dahm CC, Menéndez V, Agudo A, Sánchez MJ, Amiano P, Santiuste C, Gurrea AB, Tong TYN, Schmidt JA, Tzoulaki I, Tsilidis KK, Ward H, Palli D, Agnoli C, Tumino R, Ricceri F, Panico S, Picavet HSJ, Bakker M, Monninkhof E, Nilsson P, Manjer J, Rolandsson O, Thysell E, Weiderpass E, Jenab M, Riboli E, Vineis P, Danesh J, Wareham NJ, Gunter MJ, Ferrari P. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. *BMC Med*. 2020 Jan 10;18(1):5. doi: 10.1186/s12916-019-1474-7.
7. Haro JM, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Sanchez-Riera L, Perez-Ruiz F, Murray CJ. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med*. 2014 Dec 5; 12:236. doi: 10.1186/s12916-014-0236-9.
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2021. Notas de prensa. 2023. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/emh_2021.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Informe anual del sistema nacional de salud 2020-2021. Centro de Publicaciones, Madrid. 2022.

Capítulo 77

SÍNDROME MIEMBRO FANTASMA

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

La primera vez que se habló sobre el síndrome del miembro fantasma fue en 1552, describiéndolo un cirujano llamado Ambroise Paré que era militar francés. Este describe la aparición de percepciones dolorosas después de la amputación de un miembro. Años posteriores ya comenzó a existir el nombre de “dolor de miembro fantasma”, en esta ocasión fue descrito por Silas Weir Mitchel que era un neurólogo de América del Norte, describiéndolo como dolor en la parte del cuerpo que ya no existe.

Existen tres partes descritas en el síndrome del miembro fantasma, dos de ellas se refieren a la sensación del dolor que existe en esta circunstancia y otra es la sensación no dolorosa. La sensación no dolorosa se refiere a la que existe por no tener el miembro y el dolor es que se refiere a la parte amputada como al muñón que se realiza al hacer la amputación.

El dolor neuropático es el dolor que se percibe al presentar un síndrome de miembro fantasma, es decir es un dolor a consecuencia de una lesión o de una enfermedad del sistema somatosensorial. Este dolor puede incluir diferentes per-

cepciones dolorosas como punzantes, ardor o incluso pulsante, que se pueden alargar en el tiempo y ser persistentes en las personas o incluso acompañadas de contracciones musculares o espasmos. A veces también pueden ser percepciones transitorias en el tiempo e ir cambio a la larga.

Además de todo lo anterior descrito existen percepciones muy variables desde tener la certeza de la existencia del miembro amputado, en el que existen impulsos eléctricos, o que presenta el miembro torcido o en mala postura, incluso a veces percepción de parestesias, cambios de temperatura o prurito.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática para actualizar los conocimientos sobre el síndrome de miembro fantasma, contemplando además las enfermedades que lo producen.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, PubMed y CUIDEN entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 4 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar una revisión bibliográfica sobre el síndrome de miembro fantasma.

Palabras clave: síndrome, miembro fantasma, dolor.

4 Resultados

La enfermedad vascular periférica o daño u obstrucción que se produce en vasos sanguíneos de la periferia, es decir, los más alejados del corazón o mismamente dicho, los que se encuentran en las extremidades del cuerpo, se produce por diferentes enfermedades, entre ellas la más importante la diabetes mellitus. Otras de las enfermedades que produce este daño podrían ser malformaciones, congelaciones, quemaduras, tumores, osteomielitis, gangrena gaseosa fulminante, traumatismos, etc. Todas estas enfermedades que producen obstrucción de los vasos pueden llegar a requerir una amputación del miembro para poder salvar la vida a la persona afectada y que esa obstrucción no provoque una necrosis del miembro, infectándose y llegando a poder producir un fallo multiorgánico a causa de la infección que llegue a todo el cuerpo.

La enfermedad que es más frecuente que llega a producir una amputación, normalmente de los miembros inferiores, ya que es menos frecuente en los miembros superiores, es la diabetes mellitus. Hoy en día es una de las enfermedades más prevalentes en los mayores, siendo la diabetes mellitus tipo 2 la más frecuente y en las personas más jóvenes la diabetes mellitus tipo 1. Esta enfermedad se produce porque las concentraciones de glucosa o azúcar, comúnmente dicho, se elevan en la sangre de forma anómala y el cuerpo no produce o no responde normal a esta subida y no es capaz de contrarrestarla con la insulina, debido a insuficiencia insulina en el organismo o a una alteración de respuesta a esta.

España se encuentra en el segundo puesto de los países en los que se realizan más amputaciones de las extremidades inferiores, después de Estados Unidos. Todas ellas realizadas por causa de la enfermedad de diabetes mellitus. Siempre se ve en aumento según se eleva la edad de la persona, por el incremento que se produce de la existencia de esta enfermedad según aumenta la edad de la persona.

5 Discusión-Conclusión

Cuando nos encontramos ante un síndrome de miembro fantasma hay que tener en cuenta al paciente, e intentar comprender que es difícil para esa persona la pérdida de la extremidad, por eso hay que tener qué en cuenta que puede presentar percepciones sensoriales dolorosas y no dolorosas del miembro amputado y no dejar que esa persona pase por todo eso sola. Como enfermeros debemos acompañar a la persona en la evolución de la enfermedad.

Además, hay que intentar llegar a prevenir que la persona presente daño u obstrucción de los vasos sanguíneos periféricos, por ejemplo intentando controlar enfermedades como la diabetes mellitus que pueden llegar a derivar en este daño y como consecuencia en este síndrome.

Hay que promover la educación para la salud y los controles rutinarios sobre la enfermedad de la diabetes mellitus, para intentar controlar la enfermedad y que no produzca complicaciones a posteriori en el tiempo.

6 Bibliografía

1. del Álamo Cortes, A.B., Sanz Pérez L., Sola Laín M., Bergua Claver P., Ezquerro García I., Garulo Gracia D. Cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de miembro fantasma. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [consultado en 11 de octubre de 2023]; 5(4). Disponible

en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-sindrome-de-miembro-fantasma-revision-sistemica/>

2. Armuelles M, Errigo M. Incidencia del síndrome de miembro fantasma por amputación de extremidad inferior en el Hospital Santo Tomás de mayo a julio de 2019. *Rev Méd Cient* [Internet]. 2021 [consultado 11 de octubre de 2023]; 34(1):21-9. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/550>

3. De Armas Mestre J., Hernández Mesa N., Soria Pérez R. Dolor de miembro fantasma una complicación frecuente en el paciente amputado. *Revista cubana de Anestesiología y Reanimación* [Internet]. 2023(Ene-Abr) [consultado 11 de octubre de 2023]; 22(1):e838. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v22/1726-6718-scar-22-e838.pdf>

4. Rodríguez-Fuentes G., Campo-Prieto P. Effectiveness of mirror therapy in phantom limb pain: a literatura review. *Neurología* [Internet]. 2022 [consultado 11 de octubre de 2023]; 37:668-681. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/270576/1-s2.0-S2173580821X00090/1-s2.0-S2173580820301851/main.pdf>

Capítulo 78

UTILIZACIÓN DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)

SILVIA LORENZO MARTIN

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

1 Introducción

Los reservorios venosos subcutáneos o también llamados Port-a-Cath son sistemas que se implantan mediante técnica quirúrgica en la piel y se componen de dos partes: el portal o reservorio y el catéter radiopaco. Estos dispositivos ofrecen la posibilidad de múltiples y frecuentes punciones a largo plazo, también la extracción de sangre de una manera menos dolorosa para el paciente. También proporcionan un acceso seguro, sencillo y permanente al sistema vascular en la realización de tratamientos intravenosos. La decisión de colocar este tipo de dispositivos debe realizarse después de haber considerado el riesgo y beneficio de cada paciente. La manera de insertarlos es canalizando la vena yugular interna,

según la técnica de Seldinger, y colocándolo debajo de la piel del tórax. Es una técnica, sencilla, aunque no quita de que pueda tener complicaciones, se debe realizar por el radiólogo intervencionista, lo que beneficia a muchas personas y eleva la calidad de vida de los pacientes.

Sobre todo en pacientes oncológicos, cuyos accesos venosos son muy malos debido a los tratamientos tan duros a los que son sometidos, la utilización de reservorios venosos subcutáneos facilitan el trabajo de enfermería y el paciente agradece que no haya que tener que pincharle tan a menudo.

2 Objetivos

- Indicar los beneficios de estos dispositivos en pacientes que precisan largos tratamientos intravenosos.
- Valorar la mejor técnica para la limpieza y mantenimiento de los reservorios subcutáneos, y la importancia que ello conlleva.

3 Metodología

Se ha buscado información relacionada con el tema elegido llevando a cabo una revisión bibliográfica, se han consultado páginas como Medline o Pubmed, también en Google académico. Las palabras claves que se utilizaron fueron; "reservorio subcutáneo", "accesos venosos larga duración". Tras haber leído varias publicaciones se decidió elegir los artículos que más se adecuaban al tema del que estamos escribiendo.

4 Resultados

Se han observado resultados contundentes que nos indican que la implantación de los dispositivos Port-a-Cath conllevan una serie de beneficios para los paciente sometidos a tratamientos intravenosos largos o que necesitan extracciones sanguíneas continuas.

Estos sistemas tienen una serie de ventajas, que propician una mejor calidad de vida ya que resultan muy cómodos para el paciente que se está sometido a punciones venosas de repetición, evitando el dolor de la punción al transformando la inyección intravenosa en una sencilla inyección subcutánea y permitiéndole también una mayor libertad de movimientos. Otra de las grandes ventajas que presentan la implantación de estos sistemas es que reducen el riesgo de infección,

ya que la piel actúa como protección natural frente a las infecciones, es fácil de implantar y utilizar, y reduce el coste sanitario. Todo esto ha originado que en estos últimos años la colocación de estos dispositivos haya recibido un importante impulso, y con resultados positivos.

Pese a que presenta una serie de inconvenientes, hay una necesidad de acceder a una vena central de manera permanente, por las necesidades de este tipo de pacientes, todo esto ha llevado a no poder prescindir de su utilización, así está siendo de uso corriente en los centros hospitalarios en la actualidad.

Las indicaciones para la colocación de catéteres centrales son:

- Infusión rápida de fluidos en el caso en los que no se dispone de una vía venosa periférica adecuada.
- Infusión de fármacos flebotóxicos durante tiempo prolongado: KCl, antibióticos, etc.
- Infusión de fármacos vasoactivos
- Administración de soluciones tales como la nutrición parenteral total.
- Monitorización de presión venosa central
- Obtención frecuente de muestras sanguíneas para análisis de laboratorio
- Ausencia de red periférica accesible, como en los casos de trombosis, shock u obesidad
- Realización de técnicas radiológicas dirigidas tanto al diagnóstico como a la terapéuticas
- Acceso vascular rápido frente a la necesidad de posible implantación de marcapasos provisional.
- Cauterización de la arteria pulmonar para llevar a cabo una monitorización hemodinámica.

Esta técnica también puede tener una serie de contraindicaciones así como cualquier técnica quirúrgica, que impidan de modo absoluto su colocación o bien no realizarla con una gran precaución.

- Trombosis completa del sistema venoso profundo, así como ocurre en el síndrome de vena cava superior
- Fiebre de origen no conocido o inexplicable
- Neutropenia absoluta

Se han evidenciado estudios a pacientes reales que han presentado leves signos tras la colocación de reservorio subcutáneo. Normalmente la mayoría de ellos presentan signos leves, como hematoma en la zona y quedan satisfechos tras la colocación de este tipo de dispositivos.

5 Discusión-Conclusión

Hay una cierta satisfacción por parte de los pacientes tras la colocación de este tipo de dispositivos, suelen referir que se lo volverían a colocar en el caso de estar de nuevo en la misma situación. Suelen tener poca preocupación por las complicaciones y llevar este dispositivo apenas limita al paciente para realizar sus tareas.

Su colocación es un procedimiento seguro con muy pocas complicaciones y mortalidad nula, ofrece una gran seguridad y bienestar a los pacientes para el manejo terapéutico intravenoso.

Es fácil de manejar por parte de enfermería y fácil de llevar por parte de los pacientes.

En definitiva, es un procedimiento con el que la mayoría de pacientes quedan satisfechos.

6 Bibliografía

1. Reservorio subcutáneo venoso como acceso vascular en el paciente oncológico | Rev. Inst. Nac. Cancerol. (Méx.);43(3): 136-41, jul.-sept. 1997. ilus | LILACS (bvsalud.org)
2. Vázquez LF, Jordán GJA. Colocación de reservorio subcutáneo venoso central permanente. Invest Medicoquir. 2018;10(1):167-179.
3. Autores C, Calatayud JM, Fuster Diana CV, Prado AC, Mas JM, Galbis Caravajal JM, et al. RESERVORIOS, ACCESO VENOSO DE LARGA DURACIÓN. ABORDAJE Y COMPLICACIONES [Internet]. Gva.es. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://chguv.san.gva.es/documents/10184/28338/Reservorios%2C+acceso+venoso+de+larga+duraci%C3%B3n.+Abordaje+y+complicaciones/e9c9b54c-561b-4ae2-ab42-2524ac77c689>
4. Lizarbe Chocarro M. Satisfacción y experiencia personal de 50 pacientes oncológicos portadores de reservorio vascular subcutáneo. Enferm Clin [Internet]. 2008;18(4):197–200. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(08\)72195-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(08)72195-8)

Capítulo 79

ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERIA DEL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCION PRIMARIA

SILVIA LORENZO MARTIN

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) se considera una alteración metabólica que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia crónica acompañada, en algunos casos, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos. Se produce como resultado de una falta relativa o completa de la secreción de insulina por las células beta del páncreas o por defecto de los receptores de insulina. Las causas o el origen de esta enfermedad pueden ser muy variadas, pero todo termina en la existencia de afecciones en la secreción de insulina, de la sensibilidad de actuación del páncreas o de ambos problemas en algún momento dado. Hay casos en los que los síntomas son persistentes y las cifras de glucemia elevadas, en dichas ocasiones el diagnóstico sería claro. Hay otros casos en los que el paciente se encuentra asintomático, es entonces cuando el diagnóstico se

realizará mediante analítica de rutina. El manejo correcto de la DM sería mediante criterio preventivo, una labor continua que requiere el esfuerzo de todo el equipo de salud y del paciente incluido.

La DM es considerada uno de los principales problemas sociosanitarios en nuestros días, debido a sus complicaciones y a la presencia de otras entidades que la acompañan. Según proyecciones de la OMS, la DM será la séptima causa de mortalidad en el 2030.

Desde Atención Primaria, enfermería sería la encargada de llevar a cabo todos los tipos de prevenciones para así poder evitar el aumento o, en su caso, sobrellevar mejor la enfermedad por parte de los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Llevar a cabo un plan de actuación desde Atención Primaria para prevenir posibles complicaciones relacionadas con la DM.

Objetivos secundarios:

- Fomentar una alimentación adecuada, ejercicio físico adecuado a la edad y a las necesidades e intentar mantenerse en el peso adecuado y evitar la obesidad
- Intentar retardar la progresión de las complicaciones crónicas

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre información relacionada con el tema elegido, consultando páginas como Medline, Pubmed y Scielo así como en Google académico. Las palabras claves que se utilizaron fueron "diabetes melitus", "paciente crónico". Con el filtro de castellano aplicado y tras leer varias publicaciones fueron elegidos los artículos que más se adecuaban a lo que se estábamos buscando.

4 Resultados

Se han observado resultados que nos llevan a asegurar que la DM estaría en mayor medida presente en pacientes con obesidad o que tienen familiares con DM tipo 2.

Los tipos de prevención que se pueden llevar a cabo desde Atención Primaria son:

- La prevención primaria, en este caso, estaría dirigida a combatir los factores de riesgo modificables, como el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, las hiperlipidemias y la nutrición inapropiada; siempre buscando fomentar un estilo de vida saludable.
- La prevención secundaria, esta tiene como objetivo lograr un apropiado control metabólico de la enfermedad, y así prevenir las complicaciones agudas y/o crónicas.
- La prevención terciaria estaría encaminada a detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas, lo que conlleva un control metabólico adecuado para evitar en gran medida la aparición de discapacidades mediante una rehabilitación física, psicológica y social, con el fin de poder impedir la mortalidad temprana. Hablaríamos entonces de unas medidas de prevención en las que debe destacarse alcanzar y/o mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente, consumir una dieta que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas, evitar el estrés y el consumo de tabaco, ya que este aumentaría el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la conducta terapéutica que deberíamos afrontar, tendríamos la educación diabetológica, tratamiento dietético y nutricional, práctica de ejercicio físico, tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales) e insulinoterapia, tratamiento de enfermedades asociadas como dislipemias, hipertensión arterial u obesidad, tratamiento de las complicaciones y también el apoyo psicológico del paciente.

Llevar a cabo una alimentación correcta sería uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes. Esta debería tener las siguientes características:

- Paciente con exceso de peso debe comer más sano y menos calorías para intentar perderlo.
- Se debe repartir los alimentos en 5 comidas al día. Si utiliza insulina o dosis altas de antidiabéticos orales, es aconsejable tomar un suplemento antes de acostarse.
- Recomendable tomar en cada comida alimentos farináceos, en cantidades moderadas y preferiblemente integrales.
- Debe consumir diariamente verduras, hortalizas y fruta.
- Evitar tomar azúcar, miel, almíbar, mermeladas, chocolate con leche, confituras, zumos de frutas industriales y refrescos azucarados.
- Moderar el consumo de grasas.
- Reducir el consumo de carnes rojas.

Desde Atención Primaria se llevará a cabo un plan de actuación adecuado a cada paciente y a su situación, le educaremos para que lleve a cabo un manejo de

su control de glucemia y educaremos para que lleve una vida lo más adecuada posible a su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La DM está considerada una de las enfermedades con una mayor prevalencia en todo el mundo, representa un desafío para los servicios sanitarios por el alto riesgo de morbilidad y mortalidad; está asociada a factores genéticos y sobre todo con estilos de vida insanos como dietas poco adecuadas, el sedentarismo y la obesidad.

Se caracteriza porque el paciente presenta hiperglucemia, que es debida a una deficiente secreción o acción de la insulina pancreática, lo que puede producir complicaciones a largo plazo como son la microangiopatía y la macroangiopatía, principalmente.

Pese a que la diabetes es una enfermedad crónica incurable, un control estricto de los niveles de glucemia podrían retrasar las complicaciones a corto y a largo plazo. Por tanto, la importancia de su tratamiento estaría encaminado a la modificación de estilos de vida y el cumplimiento estricto de la prescripción médica.

En la actualidad existen medicamentos efectivos que pueden ayudar a bajar los niveles de glucosa. Los pacientes deberán recibir, por parte de Atención Primaria, una educación detallada sobre la enfermedad para que cooperen con el personal sanitario en el cuidado de su salud.

6 Bibliografía

1. Correo C, Herrera AA, Enrique P, Soca M, Será CR, Luis A, et al. Artículo de revisión. CCH Correo cient Holguín [Internet]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507/71>.
2. Semfyc.es. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/pacientes/cuidarse/guia-practica-de-la-salud/>.
3. Diabetes tipo 2 [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm>.

Capítulo 80

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN LOS TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

SILVIA LORENZO MARTIN

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

1 Introducción

El consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública y requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud. Se considera un factor determinante para algunos trastornos neuropsiquiátricos, de enfermedades no transmisibles también las afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres. En la actualidad el consumo de alcohol se considera una práctica socialmente aceptada, y se le reconoce como un vehículo de socialización en diversos grupos sociales así como en los adolescentes; el alcohol se considera la droga legal de inicio y su consumo eleva el riesgo de involucrarse con otro tipo de sustancias ilícitas como la cocaína o la marihuana, entre otros. Hay que ver que existe un problema social en la población en general y que es importante partir de aspectos básicos como el panorama general de

esta problemática en el mundo entero, también es importante dar a conocer las consecuencias de su consumo y la importancia de la función de enfermería en la prevención. La dependencia de las sustancias es uno de los problemas de salud pública mas graves.

En algunas ocasiones los pacientes acuden al servicio de atención primaria y de urgencias con un trastorno por haber consumido alcohol; sin embargo, es difícil identificarlos y por lo tanto no se canalizan en forma oportuna a servicios de atención especializados. Es importante que en los servicios clínicos se tenga un conocimiento más amplio de la enfermedad, de su identificación y tratamiento.

2 Objetivos

- Identificar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y dar a conocer la importancia de llevar una vida sana.
- Dar importancia a que este tipo de pacientes puedan acudir a la consulta de enfermería y se les pueda diagnosticar y ayudar de la manera más eficaz posible.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en relación con el tema que hemos elegido y hemos consultado páginas como Medline, y hemos buscado información también en Google Académico, el cual nos ha llevado a artículos muy relevantes. Las palabras claves que hemos utilizado han sido; “consumo de alcohol”, “salud pública”, “abuso de alcohol” y “factores de riesgo”. Tras leer varias publicaciones decidimos elegir los artículos más adecuados en relación con el tema elegido.

4 Resultados

Se han observado los siguientes resultados:

Con mucha frecuencia reconocemos al alcoholismo como una toxicomanía de mucha relevancia y extensión a nivel mundial por su repercusión y prevalencia, la cual tiene unas consecuencias que se expresan como enfermedad y muerte. No obstante, resulta polémico comprender que el alcoholismo sea un problema médico que deriva en problemas sociales o por otro lado es un problema social que deriva, en la mayoría de los casos, en problemas de salud-enfermedad que afecta a los individuos y también a la sociedad.

Se ha observado que se ha extendido una aceptación por la ingestión de bebidas alcohólicas en todo el mundo, llegando a ser en algunas regiones marco cultural y social el consumo de esta sustancia.

Existen grandes esfuerzos sociales como la prevención y promoción, aunque no deja de ser un tema muy importante que cada vez más personas inician el consumo a edades muy tempranas y tendiendo a incrementar y a borrar diferencias entre sexos.

Hay evidencias que muestran que un porcentaje alto de pacientes que acuden a atención primaria y de urgencias pueden llegar a tener un trastorno por consumo de alcohol; no obstante, no se identifican y por lo que lleva a que no se canalicen de forma correcta a los servicios de atención especializados. Con base a esto se piensa que puede ser importante que en los servicios clínicos se tenga conocimiento más amplio de la enfermedad, de su identificación y tratamiento. El consumo de alcohol conlleva a diferentes trastornos que no son identificados a tiempo y la actuación de enfermería sobre todo en atención primaria es primordial para detectarlos.

Está siendo muy importante que desde atención primaria se lleve a cabo una estrategia para abordar este problema.

5 Discusión-Conclusión

Para identificar un patrón de consumo de alcohol hay que ver una serie de parámetros: el qué, dónde, cómo, cuándo, qué frecuencia y con quien se bebe pueden llegar a ser influencias importantes. Esto es importante para llegar al principio del problema. Así mismo el consumir alcohol puede llegar a estar relacionado con otras conductas y acompañado de elecciones poco responsables.

El detectar a tiempo el problema ayuda a que los daños no sean tan graves a la larga y a que no se llegue a desarrollar otro tipo de trastornos derivados, los cuales son muy importantes en la vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Trastorno por consumo de alcohol. Substance Abuse Problems [Internet]. 2002 [citado el 10 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/alcoholusedisorderaud.html>
2. Chang de la Rosa M. El consumo de alcohol como un problema de salud pública. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2012;50(3):425–6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2232254930>

Capítulo 81

ESTAFILOCOCO RESISTENTE A METICILINA (MRSA)

ANA M^a PÉREZ MIER

1 Introducción

Las infecciones por el estafilococo resistente a la meticilina, también utilizadas las siglas MRSA, son aquellas infecciones que se producen por resistencias a varios antibióticos comunes. Existen dos tipos de infecciones por MRSA, las hospitalarias, que se producen durante la estancia en un centro hospitalario o en centros de cuidado de la salud; o la extrahospitalaria, que se produce cuando una persona se pone en contacto directo y cercano con otras personas que son portadoras.

Para la vigilancia de la infección en el ámbito hospitalario es importante un eficiente control de la infección, como poner en práctica buenas costumbres de higiene, mantener los cortes, los arañazos y heridas con apósitos limpios hasta su curación, evitar el contacto con heridas infectadas, evitar compartir artículos de higiene personal, mantener una buena técnica de aislamiento en la habitación donde se encuentre hospitalizado.

En el área de hospitalización de Medicina Interna, en la cual desarrollo mis labores profesionales como enfermera, un porcentaje muy elevado de pacientes que sufren esta patología son de avanzada edad.

Las heridas que son contaminadas por MRSA suelen ser profundas e infectadas y puede permanecer en la piel durante un largo tiempo. Esta bacteria además tiene la capacidad de extenderse por el cuerpo, pudiendo producir infecciones potencialmente mortales como la neumonía. Si no se tratan adecuadamente, las infecciones por MRSA pueden causar sepsis, esto puede hacer que se debiliten los órganos y provocar la muerte, debido a que son bacterias multiresistentes por lo

que el proceso para dar con la antibioticoterapia adecuada es complicado debido a que muchos antibióticos son resistentes a este microorganismo.

2 Objetivos

1. Conocer la infección por MRSA.
2. Conocer el método de análisis del estafilococo.
3. Conocer la técnica de obtención de muestra de un exudado nasal.
4. Conocer el tipo de aislamiento.

3 Metodología

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

Para realizar la búsqueda se han utilizado diversas palabras clave, entre las que se encuentran MRSA, laboratorio, infección, contacto.

4 Resultados

Para poder identificar el tipo de bacteria que puede colonizar vías, áreas o heridas pudiéndose practicar diferentes pruebas diagnósticas, como análisis de sangre, de orina, pero la más común es mediante la toma de un exudado nasal/ herida.

El cultivo de las secreciones de heridas es un análisis que permite detectar distintos microorganismos, como bacterias, hongos o virus, en una herida abierta o en un absceso. En caso de que no existan heridas, esta bacteria también se puede diagnosticar mediante la recogida de un exudado nasal.

Mediante el cultivo de la muestra, el laboratorio puede determinar que antibiótico es sensible para este microorganismo, así como la dosis y la pauta de administración.

Los síntomas característicos de la infección son dolor, hinchazón, calor o enrojecimiento alrededor de la herida; secreción de pus; fiebre; y sensación de malestar general.

Para recoger la muestra, se debe explicar el procedimiento al paciente. A continuación se comenzará a preparar la herida para recoger la muestra de manera que no se produzcan contaminaciones en la misma. El personal de enfermería ha de preparar la superficie de la herida y la piel que la rodea y lavarla con una solución

salina estéril. El método más común consiste en presionar la punta de un hisopo estéril en la herida y girarlo suavemente para recoger una muestra. Otro método consistiría en recoger secreciones por aspiración con una jeringa estéril.

En caso de que la toma de muestra sea nasal, se introducirá el hisopo de algodón estéril a través de la fosa nasal hasta la nasofaringe rotando varias veces el mismo. La muestra se recoge mediante un hisopo que se introduce en un recipiente estéril en cuyo interior se encuentra un medio. Posteriormente, se envía a laboratorio. De esta manera, una vez descubierto la bacteria patógena se podrá pautar el tratamiento más adecuado.

El objetivo último del cultivo es conseguir antibiograma, identificación y tratamiento.

Los pacientes que presentan este tipo de microorganismos deben mantenerse en aislamiento de contacto.

5 Discusión-Conclusión

Las personas sanas que desarrollan infecciones cutáneas por MRSA rara vez desarrollan problemas más graves. Pero las personas que tienen un sistema inmunario débil y que tienen MRSA pueden desarrollar infecciones graves, incluso potencialmente mortales. Por ello, es tan importante la obtención de la muestra correspondiente para poder enviarlo a laboratorio, analizarlo y obtener los resultados que permitan iniciar el tratamiento farmacológico a la mayor brevedad posible. Es por ello, que para obtener un resultado positivo se debe realizar una correcta toma de muestra.

Una vez que tenemos el resultado positivo debemos mantener las precauciones debidas (aislamiento de contacto) para evitar la transmisión de la enfermedad al resto de pacientes ingresados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 82

PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE UNA COLOSTOMÍA EN LA INFANCIA

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

1 Introducción

Una colostomía es una conexión artificial de parte del intestino grueso a la pared abdominal para permitir que las heces salgan fuera. El orificio a través del cual se descargan las heces se llama estoma. Se realiza para enfermedades del colon, como el cáncer de colon y la enfermedad inflamatoria intestinal. Un estoma puede ser temporal o permanente.

El propósito de una colostomía es expulsar las heces que no pueden pasar por el ano debido a la condición médica del paciente.

-Tipos de colostomía:

1. Cuando se realiza en el colon ascendente, es una colostomía ascendente ubicada en el lado derecho del abdomen y las heces son líquidas o semilíquidas.

2. Cuando se realiza en el colon transverso, es una colostomía transversa, el estoma está en el medio del abdomen y las heces son semilíquidas o semisólidas.

3. Finalmente, cuando se realiza en el colon descendente, se trata de una colostomía descendente, con un estoma en el lado izquierdo del abdomen y heces sólidas.

Enfermería juega un papel importante en este caso clínico, centrándose en diferentes puntos, instruir al paciente en la utilización del equipo y cuidados de la ostomía, vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía, dar información sobre la dieta adecuada que debe llevar antes y después del procedimiento quirúrgico.

Explicar al paciente lo que supondrá los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en estudiar la colostomía en la infancia a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Una niña de 13 años ingresada en la planta de medicina interna del hospital infantil del virgen del Rocío en la provincia de Sevilla, presenta una colitis ulcerosa y ha sido intervenida quirúrgicamente para realizarle una colostomía temporal terminal.

Tras la intervención quirúrgica la niña evoluciona adecuadamente, la funcionalidad del estoma es correcto y la mucosa tiene buen color, defeca heces semipasadas. Próximamente se le dará el alta médica, pero antes de esto, se le debe enseñar a la niña junto a su familia, todos los cuidados del estoma que debe realizar. La paciente muestra bastante interés en aprender, pero refiere que no sabe cómo hacerlo a pesar de que se lo han estado realizando todos los días.

Antecedentes personales a tener en cuenta: diabetes tipo I diagnosticada a los 2 años de edad, estreñimiento continuo por malas conductas alimentarias y problemas de autoestima. Se le realizan una serie de estudios complementarios previos a la intervención, siendo de gran importancia tanto para el anestesista y el propio equipo de cirugía.

Entre ellos destaca la analítica posquirúrgica Analítica: Hemoglobina (Hb) 12 g/dl, Grupo sanguíneo A positivo. HIV PCR: negativo. VDRL: no reactivo.

HCV: negativo, HBsAg: negativo, electrocardiograma, Tomografía computerizada abdominal-rectal, valoración por psiquiatría infantil debido a sus problemas de autoestima.

Enfermería juega un papel fundamental en la educación del paciente ostomizado y en este caso en sus familiares. Psicológicamente también es importante educar y ayudar a los padres para concienciarlos.

La educación a la paciente se centrará en diferentes puntos entre ellos cabe destacar:

Explicación del funcionamiento del estoma y los distintos tipos de sistemas de bolsa que existen.

La higiene del estoma, se debe realizar con agua, esponja y papel de celulosa suave.

La bolsa se vaciará cuando esté llena por la mitad, así evitar su rebosamiento.

Se le explica cómo debe medir el tamaño del estoma, teniendo en cuenta que el tamaño puede cambiar al principio, ya que la zona está más inflamada.

4 Discusión-Conclusión

La labor de enfermería es fundamental en el cuidado de los pacientes con colostomía, teniendo en cuenta que también tiene un papel fundamental en el apoyo a dicho paciente antes de la intervención quirúrgica. La enfermera ayuda y apoya la nueva situación a la que se enfrenta la paciente, favoreciendo la comprensión de lo presente, enseñando las diferentes habilidades y destrezas para el cuidado del estoma y evitar así posibles complicaciones.

También aportará información acerca de temas en relación con su imagen corporal, ya que puede verse alterada y proporciona redes de apoyo.

La enfermera acompaña y facilita la adaptación a la vida cotidiana de la paciente, en este caso debemos tener en cuenta que es una menor de edad por lo que las formas de actuar serán diferentes y adaptadas a la edad de la menor.

5 Bibliografía

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

Capítulo 83

CASO CLÍNICO SOBRE LA CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por encima de los límites aceptados como normales, aumentando el riesgo cardiovascular.

De acuerdo con numerosos estudios internacionales, la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular tienen una relación directa con el aumento de las cifras de presión sistólica mantenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica mantenida mayor de 89 mmHg, tanto para las complicaciones de la enfermedad coronaria como para los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica y la insuficiencia renal.

Se trata de uno de los problemas sanitarios más importantes en países desarrollados, con una prevalencia en adultos en España del 34%. Esta enfermedad tiene un sencillo diagnóstico, ya que los únicos instrumentos necesarios son un esfigmomanómetro y un estetoscopio.

El mayor problema es que es asintomática en sus primeras fases, lo que hace más difícil su identificación. La mortalidad en los pacientes hipertensos es mayor que en la población normotensa, en la mayoría de las ocasiones por problemas cardíacos o accidentes cerebrovasculares.

Otras consecuencias a considerar en la hipertensión arterial son la retinopatía hipertensiva y la patología renal, provocando descenso del filtrado glomerular. Dentro de los problemas que puede ocasionar la HTA, existe uno de vital importancia, más que por su frecuencia, por el impacto de sus consecuencias, son las crisis hipertensivas. Una crisis hipertensiva es un importante aumento de la presión arterial, mayor de 180 mmHg de presión diastólica y/o mayor de 120 mmHg de presión sistólica, pudiendo dañar órganos tales como encéfalo, aparato cardiovascular o riñones, hablando entonces de emergencia hipertensiva.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo consiste en exponer un caso clínico por parte de enfermería sobre la crisis hipertensiva atendido en urgencias, así como describir que son y como tratar las emergencias hipertensivas.

3 Caso clínico

Varón de 62 años que acude a urgencias del hospital por presencia de valores elevados de presión arterial asociados a cefalea intensa y mareos. Refiere estar a tratamiento con captopril 25 mg y tener la tensión bien controlada.

Se toman las constantes obteniéndose los siguientes valores de presión arterial (PA): 220/100; frecuencia cardíaca (FC): 80lpm; saturación de oxígeno (SatO2): 99%; glucemia capilar:130 mg/dl; temperatura: 36 °C.

Exploración física: paciente consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, no soplos. Auscultación pulmonar:murmullo vesicular conservado y sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades sin edemas. Exploración neurológica normal. No focalidad neurológica.

Se canaliza vía venosa periférica para extracción de muestra de sangre venosa y para posible administración de medicación si fuera necesario.

En la analítica, valores en rangos normales. Ninguna alteración significativa.

Se realiza electrocardiograma (EKG); ritmo sinusal a 78 latidos por minuto. No signos de insuficiencia ventricular izquierda ni isquemia coronaria.

Dado que las pruebas complementarias realizadas no evidencian patología subyacente, nos encontramos ante un caso de urgencia hipertensiva, no es, por tanto, una emergencia, por lo que la actitud clínica a seguir será tratar de reducir los valores de presión arterial con medicación.

Se administra un comprimido de captopril vía oral. A su vez, se administra nifedipina IV diluido en 100 cc de suero fisiológico para aliviar la cefalea y ayudar a disminuir la presión arterial. A la media hora realizamos de nuevo una determinación de presión arterial: 180 mmHg. Se decide administrar otro comprimido de captopril y volver a realizar una nueva toma de tensión una hora después.

Volvemos a tomar constantes y esta vez la presión arterial ya ha disminuido hasta 150 mmHg y el paciente refiere notable mejoría del dolor de cabeza. Se decide, por tanto, alta a domicilio con ajuste de medicación habitual. Incidimos en la importancia de retomar el seguimiento de la hipertensión arterial en su centro de atención primaria.

4 Discusión-Conclusión

La hipertensión severa exige una rápida evaluación clínica de los órganos diana, para determinar si se trata de una emergencia o urgencia hipertensiva. En el caso que presentamos, el paciente no precisaba una reducción inminente de la presión arterial; sin embargo, disminuir de forma precoz estos valores se traduce en una mejoría de la clínica que presenta en el momento actual y reduce el riesgo de posibles daños en órganos diana.

La actuación de enfermería en este ámbito no debe limitarse exclusivamente al registro de constantes y administración de medicación aguda, pues pese a ser un servicio de urgencias, no debemos olvidar la importancia de instruir y educar al paciente en medidas higiénico dietéticas para evitar complicaciones asociadas a la HTA.

Es de vital importancia resolver las dudas del paciente, así como ayudarle a identificar las situaciones en las que debería solicitar atención médica urgente. Por otra parte, es importante incidir en estos pacientes en la necesidad de continuidad de cuidados, por ello, en el informe de alta insistimos en que se debe realizar un correcto seguimiento por parte del equipo de atención primaria.

Resumiendo, la atención clínica de estos pacientes no finaliza en el servicio de urgencias una vez que se resuelve el proceso agudo, sino que debe continuar en el servicio de atención primaria para poder realizar un abordaje integral de la salud del paciente.

5 Bibliografía

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

Capítulo 84

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

SARA LUQUE MILLÓN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

En los últimos años, la tasa de natalidad ha disminuido. Esto está relacionado con la mejora de las técnicas de reproducción asistida gracias a que la tasa de esterilidad en España ronda el 20%.

El deseo de formar una familia en una etapa más avanzada de la vida, la inclusión de las mujeres en la fuerza laboral y el aumento de las relaciones sexuales sin protección que aumentan el riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) están asociados con esta esterilidad.

La inseminación artificial es actualmente uno de los métodos más utilizados para hacer crecer una familia concepción in vitro. Si bien no son los únicos, estos. Se necesita una preparación y un mantenimiento diferentes para cada uno de estos métodos.

Además, tiene tasas de embarazo que varían del 12 por ciento después de la inseminación al 32 por ciento después de la fertilización, todo lo cual está significativamente influenciado por la edad de los pacientes y la calidad de su semen. Toda pareja que inicia ciclos de reproducción asistida pasa por un proceso difícil y prolongado, por lo que es fundamental que cuenten con información exhaustiva e imparcial, así como con profesionales cercanos como el personal de enfermería que son quienes ayudan e inician el proceso. No solo brindan tratamiento, sino que también disipan el escepticismo y ayudan al paciente.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel de la enfermería en el procedimiento y las actividades realizadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 una pareja ingresa a un centro de reproducción asistida es porque no pueden concebir y comienza un proceso prolongado y desafiante para ellos. Estas personas a menudo se sienten abrumadas porque lo han estado intentando durante mucho tiempo.

Pueden estar bajo tensión emocional debido a su infertilidad, además de otros factores como la edad.

Se parte de un estudio que se divide en dos secciones y consta de:.

- Un análisis exhaustivo de las historias de las personas, estilos de vida, hábitos dañinos, etc.
- Un examen ginecológico exhaustivo.

Las pruebas analíticas, las pruebas de radiología y las seminormas son ejemplos de pruebas complementarias.

Dado que los participantes de este estudio se sienten ansiosos y abrumados por la información proporcionada, el papel del personal de enfermería a la hora de aclarar y resolver dudas es crucial. Las parejas frecuentemente experimentan un estrés significativo como resultado de este retraso y pérdida de tiempo.

Se sugiere un curso de acción para cada pareja en función de los hallazgos una vez obtenidos.

Las parejas están obligadas a acudir a una consulta de enfermería, donde se les indica y explica los medicamentos prescritos, además de aclarar cualquier duda que haya podido surgir tras hablar con su ginecólogo.

La enfermera enumera los siguientes medicamentos como las principales.

- La pluma Ovitrelle, que rompe los folículos maduros.
- Los inductores de la ovulación como Gonal, Bemfola y las plumas son ejemplos. Se trata de unas pastillas para tomar antes de quedar embarazada que contienen ácido fólico.
- Progesterona, que se presenta en forma de pastillas orales o vaginales que ayudan en la implantación del embarazo.

Tendremos que discutir cada uno de ellos, incluido cómo deben almacenarse, por qué deben usarse, cuándo deben usarse y cuándo deben usarse.

El personal de enfermería principalmente instruye a los pacientes sobre cómo pinchar los bolígrafos para que no tengan preguntas en casa y puedan resolver fácilmente cualquier problema que surja. También tendremos que explicarles los gráficos que utilizaremos para seguir los ciclos y que se requerirán revisiones durante cada ciclo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería juega un papel de cercanía, calidez y es la persona con la que se desahogan los pacientes, además de ser quien prioriza los puntos frágiles de las parejas cuando son remitidos a otros especialistas como antes de iniciar nuevos ciclos, psicólogos. Las Unidades de Reproducción Asistida destacan el valor de la enfermería en la educación sanitaria y la inclusión de psicólogos en sus instalaciones para reducir el estrés emocional.

La infertilidad es un problema actual que ha crecido significativamente en los últimos años. En conclusión, destacamos que la edad es un factor fundamental y que tiene mayor impacto en la esterilidad.

6 Bibliografía

1. Castellano-Ayuyo, Paula; Berenguer Labaig, Cristina; Sánchez Martín, Pascual; Sánchez Martín, Fernando. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en reproducción asistida.

Capítulo 85

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE EL ABORDAJE DE QUEMADURAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

1 Introducción

Las quemaduras son un problema de salud grave en el mundo. Ha disminuido en los últimos años, pero aún queda una alta incidencia, morbilidad y mortalidad en la población general. Es más común en niños menores de dos años y ancianos. El 80-90% de las quemaduras ocurrieron en el ámbito familiar, afectando a mujeres y niños, El 10-15% ocurre en el lugar de trabajo, generalmente hombres. La mayoría No necesitan ser hospitalizados y reciben el tratamiento en un centro de atención primaria.

Las quemaduras constituyen un grave problema de salud a nivel mundial, provocando alrededor de 180.000 muertes y muchos casos requieren hospitalizaciones

prolongadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Una quemadura es una lesión de la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos”.

Son lesiones en los tejidos vivos como resultado de un traumatismo físico (llamas, líquidos u objetos calientes), químico (cáusticos) o biológicos, que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de las estructuras implicadas. Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección. Las quemaduras pueden clasificarse según su etiología, profundidad y extensión.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en dar a conocer el abordaje de quemaduras desde atención primaria.

3 Caso clínico

Mujer de 93 años, la cual no tiene alergias conocidas, pero sí una larga lista de antecedentes personales para los cuales se encuentra polimedicada. Entre estos antecedentes destaca que es una paciente con hipertensión arterial, padece una fibrilación auricular, es portadora de un marcapasos y tiene insuficiencia venosa profunda. Además, en el pasado fue fumadora, por lo que cuenta con un componente cardiovascular comprometido.

Por último, en el momento de la consulta y el tratamiento del presente caso clínico, la paciente presenta asma, demencia y un cáncer de páncreas en activo, siendo dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. El primer contacto de la paciente con el que comienza este caso clínico se ubica en enero, teniendo en cuenta que las condiciones meteorológicas son de una borrasca de invierno.

Este hecho es relevante para el tratamiento del caso debido a las condiciones de la paciente. Se recibe una llamada telefónica en la consulta de enfermería de una familiar y cuidadora principal de la paciente. Comenta que lleva 3 días aproximadamente con unas pequeñas ampollas en ambos miembros inferiores (MMII), que el día anterior llamó al servicio de urgencias, quienes asesoraron no manipular dichas ampollas y avisar a su enfermera de atención primaria al día siguiente.

Sin embargo, las condiciones meteorológicas, junto con que vive en un barrio de difícil acceso, hace que los profesionales de atención primaria pidan a la cuidadora que mande fotografías de las lesiones vía correo electrónico. La descripción de las lesiones es la siguiente: se observan flictenas de gran tamaño con una piel perilesional violácea y escamada por la gran sequedad de la piel. Ante esta situación se acude al domicilio de la paciente para hacer una valoración global de la situación.

En la primera visita al domicilio se realiza: - Valoración física: quemaduras de 2º grado superficial en MMII con flictenas de 6x6 cm, piel perilesional muy seca con restos de escamas. Además, presenta flictenas de 1x1 cm en dedos de los pies y edemas en ambos MMII.

La cuidadora refiere que las quemaduras se las ha podido hacer con un brasero y que aproximadamente tiene una evolución de 3 días, ya que la paciente no se queja y han podido pasar desapercibidas al inicio. - Valoración integral: se llevó a cabo una valoración del domicilio para comprobar que se adaptaba a las necesidades de la paciente. También se realizó una breve entrevista a la cuidadora principal para comprobar qué nivel de conocimientos sobre cuidados a personas mayores dependientes tenía y reforzar aquellos que 303 se detectaron que necesitaba formación.

- Valoración hábitos dietéticos: en la visita domiciliaria se pudo comprobar que la paciente estaba muy delgada y ligeramente deshidratada, por lo que se incidió en la importancia de una buena hidratación y alimentación, asegurando un aporte adecuado de proteínas.

- Valoración de pulsos pedios: en ese momento estaban presentes. Una vez realizada dichas valoraciones se dio paso a realizar la cura de las heridas. En esta primera cura se llevó a cabo un desbridamiento cortante de las flictenas, las cuales drenaron un exudado seroso en abundancia. El lecho de la herida estaba rojo brillante, con tejido desvitalizado, amarillo y muy exudativo. Se hizo un lavado con solución descontaminante en fomento y como primer apósito se usó una fibra de hidrocoloide Ag (plata) y una malla de sujeción. Durante la cura la paciente refería tener dolor.

De forma posterior a la cura, se recomendó a la cuidadora que mantuviera los pies en alto debido a los edemas, que favoreciese hidratación e ingesta de proteínas por parte de la paciente, así como realizar cambios posturales, ya que esta tenía poca movilidad y había que evitar la aparición de úlceras por presión. Se programa nueva cita para el próximo día.

Tanto en la valoración inicial como en las posteriores se usó el acrónimo domínate, puesto que se trataba de una paciente pluripatológica y polimedicada y se

consideró necesario realizar una valoración global de la situación, en vez de centrarse solo en la herida.

En la segunda visita, la cuidadora refiere que la tarde anterior tuvo que avisar al servicio de urgencias porque el apósito que se le puso por la mañana estaba muy mojado, cambiándole la pauta de cura por parte de dicho servicio. Después de una nueva valoración, y observar que hay una disminución del exudado, se decide retomar la pauta inicial de curas: lavado con solución descontaminante en fomento; fibra de hidrocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional. Se informa a la paciente de que si el apósito utilizado no se satura, la próxima cura se hará en 48 horas. Al día siguiente se realiza llamada telefónica a la cuidadora, quien informa de que el apósito está intacto, por lo que se programa visita para el próximo día.

En la tercera visita, que corresponde al cuarto día tras la valoración inicial, se observa una gran disminución del exudado. Sin embargo, el lecho de la herida sigue presentando tejido desvitalizado de color amarillo, pero en esta ocasión más seca, por lo que se procede de la siguiente manera: lavado con solución descontaminante en fomento; hidrogel; fibra de hidrocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional.

Finalmente, se programa nueva cura para el día siguiente. En dicha nueva visita, al retirar la cura anterior y lavar la herida, se realiza nueva valoración y se puede observar que las lesiones en MMII han mejorado considerablemente.

El tejido desvitalizado de color amarillo ha desaparecido, manteniendo el color rojo brillante del lecho de la herida. Se procede a curar con fibra de hidrocoloide Ag; malla de sujeción; y ácidos grasos hiperoxigenados en piel perilesional. Las siguientes curas, que se prolongan 2 semanas, se realizan recortando la fibra que se va levantando hasta que lo hace por completo, observando que las lesiones se encuentran en fase de epitelización. En ese momento se pasa a usar un apósito de hidrocoloide para proteger la piel mientras termina de epitelizar. Sin embargo, también se observa que los dedos del pie empiezan a necrosarse, por lo que se hace una nueva valoración de los pulsos, estando en esta ocasión están ausentes. Es por ello por lo que se decide hacer una interconsulta al servicio de cirugía vascular. Esa misma tarde la paciente hace una broncoaspiración y fallece tras unos días hospitalizada.

4 Discusión-Conclusión

Se puede concluir diciendo que las lesiones producidas por quemaduras son muy dolorosas y revisten cierta dificultad en su proceso de curación, por lo que la

mejor arma en este caso es la prevención. Se deben evitar los comportamientos temerarios, poniendo especial atención a las tareas del hogar, tales como la cocina, el cuidado del fuego o las brasas o la manipulación de aparatos eléctricos u otros susceptibles de causar lesiones como las antes comentadas.

Por último, como se ha podido ver en el caso clínico, los pacientes se enfrentan a una gran variabilidad clínica en las curas cuando pasan por distintos profesionales, lo que podría llevar un retraso en la cicatrización de las lesiones.

Es por ello por lo que tiene tanta importancia que todos los profesionales trabajen bajo guías de práctica clínicas basadas en la evidencia científica junto con realizar una valoración global del paciente, no centrándose solo en el tipo de lesión que padece. Para ello, resulta útil utilizar como herramientas técnicas como el dominante, que permite homogeneizar la forma de tratar este tipo de lesiones por diferentes profesionales.

5 Bibliografía

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

Capítulo 86

ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

SARA LUQUE MILLÓN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

La hipertensión arterial crónica (HTA) se caracteriza por su patología donde los pacientes con este tipo de enfermedad pueden tener niveles de presión arterial elevados, lo que puede provocar trastornos cerebrovasculares, isquémicos y hemorrágicos.

Entre 120 y 129 milímetros de mercurio (mmHg), las presiones arteriales sistólica y diastólica deben estar entre 80 y 84 milímetros de mercurio (mmHg) como máximo y mínimo.

Los órganos pueden resultar dañados por una crisis hipertensiva, una complicación grave de la hipertensión arterial. Para que se reconozca una crisis hipertensiva, la presión arterial sistólica o máxima debe ser superior a 210 mmHg y la presión arterial diastólica o más baja debe ser superior a 120 mmHg.

Las crisis hipertensivas suelen ir acompañadas y provocadas por un aumento significativo de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Numerosas afecciones, incluidas la vasculitis, la nefropatía, diferentes tumores, el efecto rebote provocado al suspender la medicación antihipertensiva y otras, pueden provocar presión arterial alta (HTA). Las crisis hipertensivas se clasifican en crisis emergentes y urgentes. La principal diferencia entre los dos es cuál necesitará tratamiento para la HTA de inmediato.

Si el paciente tiene problemas cardíacos o renales, o si tuvo un accidente cerebrovascular, el médico le recomienda que su presión arterial sea incluso más baja que la de las personas que no padecen estas afecciones.

2 Objetivos

- Describir la hipertensión arterial y conocer sus principales síntomas y ver los factores de hipertensión arterial alta por el personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La presión arterial alta es una condición circulatoria conocida como hipertensión. Puede deberse a diversos factores, como problemas hormonales o renales. Los factores de riesgo incluyen cosas como la edad avanzada, la diabetes y la obesidad. Los síntomas más típicos son dolor de cabeza intenso, náuseas y vómitos, problemas con la visión. Se diagnostica mediante una sencilla medición de la presión arterial y un análisis de sangre adicional.

La mayoría de las veces no aparecen síntomas. La mayoría de las personas descubren que tienen presión arterial alta cuando van al médico o se la controlan en otro lugar.

Es posible que las personas que tienen presión arterial alta ni siquiera sepan que tienen una enfermedad renal o cardíaca porque no presentan síntomas.

Las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, los problemas de visión y la enfermedad renal crónica se pueden evitar con la detección temprana de la presión arterial alta.

Antes de identificar que usted tiene presión arterial alta, su médico tomará numerosas lecturas de presión arterial.

El tratamiento de la hipertensión puede hacerse mediante dos vías:

1. La adquisición de hábitos de vida saludables:

- Se cree que la dieta mediterránea es la opción más saludable para ello. Todos los pacientes hipertensos deben restringir moderadamente su ingesta de sal. La reducción de sal funciona mejor en personas mayores y personas de color, quienes responden mejor a ella.
- Se debe realizar una media de 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico para combatir la obesidad y el sedentarismo.
- También es necesario dejar de fumar por completo si se quieren evitar las enfermedades cardiovasculares en general.

2. Mediante fármacos:

El tratamiento de la hipertensión incluye actualmente una amplia gama de enfoques. El beneficio de la terapia farmacéutica es mayor en pacientes de alto riesgo, es decir, aquellos con presión arterial más alta u otros factores de riesgo como tabaquismo, diabetes, colesterol u obesidad.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este capítulo de libro sobre la presión arterial alta, podemos decir que es una condición que atacará las arterias porque se esclerosan, y con el tiempo empiezas a sentirte mal sin darte cuenta de lo que te pasa. Hasta que ve a su médico y descubre que es un problema de presión arterial. Finalmente, y para concluir este capítulo de libro sobre la hipertensión arterial alta, debemos entender que es una condición extremadamente peligrosa que necesita ser manejada con cuidado. Una parte fundamental de los cuidados de enfermería es identificar las posibles complicaciones del paciente para poder tratarlo y recuperarlo mejor. 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. Presión arterial Alta en Adultos - hipertensión: Medlineplus Enciclopedia Médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine.

Capítulo 87

LA ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISFAGIA.

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

SARA LUQUE MILLÓN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

MARTA ABAD ABELLÁN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

1 Introducción

La disfagia puede ocurrir a cualquier edad debido a una variedad de condiciones médicas, anomalías congénitas o daños estructurales, como en el caso de patologías que afectan a los músculos, como la fragilidad en pacientes de edad avanzada, la mala producción de saliva o lesiones en las encías y lengua. Cuando se llega a este extremo, se deben buscar alternativas para mantener una nutrición adecuada. Las causas pueden ser:

1. Estructurales: provocados por tumores, traumatismos craneoencefálicos y posquirúrgicos.
2. Funcionales: provocado por la edad, trastornos neurológicos, problemas musculares y cirugía local se dividen en los siguientes dos grupos:.

- Disfagia orofaríngea: este trastorno afecta a la faringe y dificulta el paso de los alimentos incluso antes de su deglución.
- La disfagia esofágica es una afección que dificulta que una persona trague los alimentos después de haber pasado por el esófago. Esto puede provocar vómitos persistentes y hacer imposible comer.

Cuando un paciente presenta los síntomas típicos de la disfagia, el médico y el personal de enfermería tomarán medidas para seguir el protocolo establecido: examinando primero la historia clínica, que debe reflejar la historia dietética del paciente. El siguiente paso es un examen físico y neurológico. Por último, pero no menos importante, se realizará una prueba sencilla. Esta prueba es común y se puede realizar en el paciente o al lado de la cama.

Estos pacientes deben ser conscientes de que la aspiración puede ser provocada por determinados alimentos con partes duras, como piel, fibras, huesos o espinas, o alimentos con diferentes densidades, como sopas con pasta o alimentos crujientes. Ante esto, el personal de enfermería, el paciente y la familia deben estar familiarizados con la idea del espesante para cambiar la fluidez del alimento y que no haya problemas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la disfagia y las funciones 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los principales signos y síntomas de la disfagia son:

- Neumonía que regresa con frecuencia.
- Tener una obstrucción en la garganta, tener que tragar varias veces, tener comida en la lengua o tener comida en la boca.

Babeo o cierre irregular de la boca, así como molestias o dolor al tragar.

- En el caso de las personas mayores, los alimentos podrán rechazarse con la lengua o expulsarse de la boca.
- Ciertas texturas o consistencias en el pecho, detrás del esternón o en la garganta que provocan ahogo o carraspeo.
- Si masticas demasiado, tendrás que tragar demasiado.
- El bolo debe dividirse y tragarse en porciones con el tiempo debido a la deglución parcial.
- Voz húmeda.
- Desnutrición, pérdida de peso y consiguiente deshidratación.

Si el hospital cuenta con un equipo de nutrición compuesto por personal médico y de enfermería, frecuentemente utilizan la prueba de viscosidad del volumen para diagnosticar la disfagia. Para ello se consideran tres texturas: néctar, pudín y líquido, dosis de 5, 10 y 15 cc entregadas con cuchara, así como el seguimiento del paciente con pulsioximetría, que analiza tres datos: saturación, voz, cambios y si se produce tos.

Según el refrán "Cualquiera que sea la intolerancia, también lo hará la dieta", el personal de enfermería ofrecerá apoyo a través de recomendaciones destinadas a reducir el riesgo de aspiración, mantener una nutrición adecuada que el paciente encuentre apetecible, favorecer la deglución e informar a los familiares o cuidadores sobre las nuevas circunstancias.

Además, se deben triturar los alimentos si el paciente tiene dificultad para tragar sólidos, a pesar de que esto pueda provocar un aspecto desagradable y una reducción de la ingesta. También hay que tener en cuenta que si tiene dificultad para tragar líquidos, se pueden usar espesantes o se puede cambiar la textura para que sea más uniforme combinando el líquido con otros alimentos. Se pueden considerar tres grados de consistencia: néctar, miel o pudín.

5 Discusión-Conclusión

Ante el diagnóstico de disfagia, es fundamental que el paciente y su familia aprendan a afrontar la nueva circunstancia, con la ayuda de las recomendaciones del médico y de la enfermería, recibiendo información sobre las pautas de ingesta necesarias, con la textura adecuada, en un ambiente tranquilo, libre de distracciones o golpes, sin uso de pajitas ni jeringas, etc.

Además, es un problema muy frecuente, especialmente entre las personas mayores institucionalizadas. Por tanto, la hora de comer puede ser un momento cru-

cial en cualquier institución sanitaria. La prueba de viscosidad del volumen se puede utilizar para determinar la gravedad de la disfagia y ayudar a diagnosticar esta enfermedad. El personal de enfermería ha recibido formación en disfagia, realizando una valoración adecuada y garantizando que esta elimina o disminuye el riesgo de desnutrición. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, los tratamientos incluyen la deshidratación y la broncoaspiración.

6 Bibliografía

1. Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP – www.semergen.es.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 88

AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que está transformando la dinámica social y de atención sanitaria en todo el mundo. A medida que la esperanza de vida aumenta y las tasas de natalidad disminuyen, la proporción de personas mayores en la sociedad está creciendo de manera constante. Si bien esto puede considerarse un logro de la medicina y el desarrollo socioeconómico, también ha traído consigo una preocupación emergente: el aislamiento social en las personas mayores.

El aislamiento social en este segmento de la población se ha convertido en un tema de interés creciente ya que este fenómeno, caracterizado por la falta de interacciones sociales significativas y la desconexión de las redes sociales, tiene implicaciones profundas para la salud física y mental de las personas mayores. A medida que las sociedades se vuelven más urbanas y tecnológicamente avanzadas, las relaciones interpersonales tienden a cambiar, lo que puede exacerbar el aislamiento.

Esta investigación se propone explorar en detalle el aislamiento social, y al comprender mejor este problema, podemos tomar medidas más efectivas para mejorar la calidad asistencial de las personas mayores y fomentar un envejecimiento activo y saludable en nuestra sociedad en constante evolución. A lo largo de este trabajo, analizaremos la importancia del aislamiento social en las personas mayores, su impacto en la salud y el bienestar, así como las estrategias y enfoques recomendados para mitigar este desafío creciente.

2 Objetivos

- Conocer las características de las personas que caen en aislamiento social.
- Exponer estrategias y recursos para superar el aislamiento social.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos actualizadas. Se examinó la base de datos PubMed® y MEDLINE®. Se eligieron como criterios de inclusión artículos que estuviesen publicados en revistas de temática de salud, indistintamente si eran de enfermería o medicina, en inglés o español.

4 Resultados

CARACTERÍSTICAS DEL AISLAMIENTO SOCIAL

El aislamiento social conlleva un sentimiento de soledad percibido por la persona, que se define como un estado de sentimiento subjetivo de estar solo o separado de otros y ha sido conceptualizado como un desequilibrio entre los contactos sociales deseados y los reales.

Estos problemas están asociados con enfermedades de salud mental y física tales como: depresión, enfermedad cardiovascular, calidad de vida, salud general y función cognitiva. Las personas pueden experimentar aislamiento social debido a una combinación de factores individuales, sociales y ambientales.

Factores individuales

- Dificultades físicas y/o mentales que afecten al bienestar del individuo y su relación con los otros.
- Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos...
- Proyección de hostilidad en su voz y conducta.

- Manifestaciones de sentimientos de ser distintos que los demás y sentimientos de conducta de rechazo a su persona.
- Bajo autoestima y temor a las críticas. Temor a ser juzgado por otras personas.
- Déficit de autocuidado baño/higiene, vestido/acicalamiento...
- Sentimientos de Soledad y Pertinencia a la Comunidad: La combinación de sentirse solo y tener un sentido débil de pertenencia a la comunidad se asoció con un mayor riesgo de muerte. Estos sentimientos subjetivos pueden influir en el aislamiento social.
- Educación: La educación a nivel de hogar más bajo se asoció con una mayor probabilidad de baja participación en actividades comunitarias para las mujeres y con aislamiento subjetivo en los hombres.
- Edad: Aunque no se encontró una asociación clara entre la edad y el aislamiento social en este estudio, la edad puede ser un factor influyente en algunos casos, ya que las personas mayores pueden enfrentar desafíos adicionales para participar en actividades sociales.
- Sexo: El aislamiento subjetivo fue más común en las mujeres que en los hombres, con un 15% de mujeres que informaron sentirse aisladas en comparación con un 10% de hombres.

Factores sociales

- Falta objetiva de personas significativas de soporte.
- Búsqueda de soledad continua. Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo impuesto por otros.
- Estado Civil y Arreglos de Vida: Las personas que no están casadas o no tienen una pareja de convivencia pueden ser más propensas al aislamiento social, especialmente las mujeres.
- Actividad Física: Niveles más bajos de actividad física se asociaron con un mayor riesgo de muerte, lo que podría influir en el aislamiento social ya que la participación en actividades físicas a menudo implica interacciones sociales.
- Tabaquismo: Ser fumador actual o exfumador se asoció con un mayor riesgo de muerte, lo que podría estar relacionado con el aislamiento social, ya que el tabaquismo puede influir en las interacciones sociales.
- Residencia: En este estudio, el lugar de residencia (urbano o rural) no se asoció con el aislamiento social, pero en otros contextos, el entorno de vida puede influir en las oportunidades de interacción social.
- Participación en Actividades Comunitarias: La baja participación en actividades comunitarias se asoció con un mayor riesgo de muerte y puede ser un indicador de aislamiento social.

Factores ambientales

- Salud Funcional: Una peor salud funcional se asoció con una mayor probabilidad de muerte y podría influir en el aislamiento social, ya que las limitaciones de salud pueden dificultar la participación en actividades sociales.

ESTRATEGIAS Y RECURSOS PARA SUPERAR LA SOLEDAD

Estas estrategias y recursos ofrecen una variedad de opciones para combatir el aislamiento social en personas mayores. Sin embargo, es importante recordar que la efectividad de estas intervenciones puede variar según la persona y la situación. Por lo tanto, es fundamental adaptar las estrategias a las necesidades individuales y buscar el apoyo de profesionales cuando sea necesario.

- Animal Therapy (Terapia con Animales): Algunos estudios sugieren que interactuar con animales, ya sea mascotas o terapia con animales, puede reducir la soledad en personas mayores.

- Intervenciones Multicomponentes: Programas que combinan varias intervenciones, como ejercicio, artes y manualidades, atención domiciliaria y recursos educativos, pueden ser efectivos para reducir la soledad.

- Asesoramiento y Terapia Grupal: Participar en programas de asesoramiento y terapia en grupo, como el asesoramiento de duelo o programas de apoyo dirigidos por instructores, puede tener un impacto positivo en la soledad.

- Ejercicio Físico: Participar en actividades de ejercicio grupal, como baile, yoga, Tai Chi o entrenamiento de fuerza y equilibrio, puede ayudar a reducir la soledad en personas mayores.

- Música: La participación en actividades musicales, como tocar instrumentos en grupo o formar parte de un coro, puede tener un impacto positivo en la soledad.

- Intervenciones Sociales: Programas que fomentan la amistad y la interacción social, como hacer amigos voluntarios o participar en grupos de discusión, pueden ser beneficiosos.

- Tecnología: La formación en tecnología, el uso de videoconferencias para mantenerse en contacto con familiares y el seguimiento de objetivos de fitness a través de dispositivos tecnológicos pueden ayudar a reducir la soledad.

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Psicoterapia: Participar en terapia individual o grupal dirigida por profesionales de la salud mental puede ayudar a abordar los pensamientos y comportamientos negativos que contribuyen a la soledad.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento social en personas mayores es un desafío que ha adquirido una importancia crítica, especialmente a la luz de la pandemia de COVID-19. Este

problema tiene un impacto significativo en la salud física y mental de las personas mayores, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas, depresión y deterioro cognitivo. La situación de aislamiento se vio exacerbada durante la pandemia debido a las medidas de distanciamiento social y el confinamiento, lo que destacó la necesidad urgente de abordar esta cuestión.

Es esencial comprender que el aislamiento social no es un destino inevitable en la vejez; por el contrario, es un problema que puede abordarse de manera efectiva. Para combatirlo, se requieren estrategias y políticas de apoyo, como programas de inclusión social, visitas regulares y acceso a tecnología. La tecnología, en particular, juega un papel crucial al permitir la conectividad y la participación en actividades sociales.

Las organizaciones gubernamentales, las instituciones de atención médica y las organizaciones sin fines de lucro tienen un papel vital en la creación de programas y servicios que combatan el aislamiento social. Esto incluye promover grupos de apoyo, facilitar el transporte accesible y brindar oportunidades de voluntariado.

La conciencia pública sobre el aislamiento social en personas mayores es esencial para su abordaje. La educación y la sensibilización pueden contribuir a reducir el estigma asociado con la soledad en la vejez y fomentar la empatía y el apoyo de la comunidad.

En un mundo donde la población envejece en muchas regiones, debemos seguir investigando y desarrollando estrategias efectivas para combatir el aislamiento social en personas mayores. Este es un desafío continuo que requiere atención constante y acción sostenida. En última instancia, al combinar intervenciones, tecnología y conciencia pública, podemos mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir el impacto negativo del aislamiento social en su bienestar.

6 Bibliografía

1. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community* 2018;26(2): 147-157.
2. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. *Gerokomos* 2009;20(4): 159-166.
3. Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. L. (2020). Social isolation and mortality among Canadian seniors. *Health reports*, 31(3), 27–38.
4. Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., ... & McMillan, J. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in

older adults: a systematic review and meta analysis. JAMA Network Open, 5(10), e2236676-e2236676.

Capítulo 89

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

La fibromialgia (FM) es una afección crónica que se manifiesta por un dolor amplio y generalizado en todo el cuerpo, fatiga y otros síntomas. Las personas con esta enfermedad se caracterizan por tener una percepción anormal del dolor, ya que, suelen ser mucho más sensibles al dolor que las personas que no padecen de esta enfermedad.

No se conoce la etiología exacta de la fibromialgia. Esta enfermedad no puede ser explicada por presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios de origen musculoesquelético. Pero si se piensan varios factores que pueden contribuir a su aparición:

- Eventos traumáticos, como accidentes de tráfico.
- Lesiones frecuentes.

- Algunas enfermedades como las causadas por infecciones virales.
- También se encuentra asociada en ocasiones a trastornos de tipo psíquico.
- A veces la fibromialgia puede desarrollarse por si sola, sin encontrar etiología o factor predisponente. Y en ocasiones se puede presentar entre familias, siendo los genes los desencadenantes de la enfermedad.

Cualquier persona puede presentar fibromialgia, pero es más común en:

- Mujeres, que tienen el doble de probabilidad de padecer fibromialgia.
- Personas en edad media de la vida.
- Personas con alguna enfermedad como: lupus, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante...
- Personas con algún familiar que tenga fibromialgia.
- A estos pacientes se les podría establecer un perfil de personalidad que corresponde a una persona exigente, perfeccionista, con altos niveles de insatisfacción y con tendencia a ser excesivamente metódico en su comportamiento cotidiano.

Los síntomas más comunes de la fibromialgia son:

- Dolor y rigidez generalizados por todo el cuerpo.
- Fatiga y cansancio.
- Problemas del pensamiento, memoria y concentración (conocido como niebla mental o “lagunas”). Las personas que padecen de fibromialgia suelen tener un nivel socioeconómico medio.
- Depresión, ansiedad y estrés. También se observa hipocondriasis en estos pacientes.
- Dolores de cabeza y migrañas.
- Síndrome del intestino irritable.
- Adormecimiento u hormigueo en manos y pies.
- Dolor en el rostro y trastornos de la articulación temporomandibular.
- Problemas para dormir.

La fibromialgia es una enfermedad difícil de diagnosticar, ya que no existe una prueba específica para detectarla y sus síntomas (dolor, fatiga...) son comunes en otras muchas enfermedades. Los profesionales deben de descartar otras causas de los síntomas antes de hacer un diagnóstico de fibromialgia. A esto se le denomina diagnóstico diferencial y para realizarlo el profesional debe:

- Revisar su historia clínica a fondo y preguntar con detalle sobre todos sus síntomas. Junto con un examen físico.
- Se solicitarán otras pruebas como radiografías y análisis de sangre para descartar otras afecciones.
- Se tendrán en cuenta las guías para diagnosticar la fibromialgia que incluyen: a)Antecedentes de dolor general con duración de más de 3 meses. b)Síntomas

físicos que incluyan: fatiga, insomnio, despertar cansado y problemas cognitivos de la memoria o del pensamiento. c) La cantidad de partes del cuerpo en las que presento dolor en la última semana. Es decir, se observa hipersensibilidad al dolor medida a través de la evaluación de los puntos dolorosos a la presión. Una persona a la que se le diagnostique fibromialgia debe de presentar un dolor moderado- intenso en al menos 11 de los 18 “TENDER POINTS”, estos puntos sensibles o puntos de gatillo homologados, representan las zonas o áreas de mayor percepción del dolor o de hipersensibilidad al dolor. El número necesario para diagnosticarlas es claramente arbitrario. No se encuentra evidencia de inflamación articular o muscular, ni en exploración física ni en pruebas de laboratorio. La fibromialgia no tiene un tratamiento específico como tal, ni suele ser muy efectivo. Se trata con una combinación de terapias en la que se puede incluir: medicamentos (analgésicos, antidepresivos...), cambios de estilo de vida (dormir bien, ejercicio, dieta saludable...), terapia convencional y tratamientos complementarios como la acupuntura, los masajes terapéuticos...

2 Objetivos

1. Describir la afección de fibromialgia, factores de riesgo, síntomas y diagnóstico.
2. Conocer el abordaje de la fibromialgia, sus diferentes tratamientos y la función de enfermería al respecto.

3 Metodología

En la realización de este presente trabajo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de manera íntegra y minuciosa en los diferentes tipos de bases de datos existentes. Las más destacadas han sido; PubMed, Cuiden y Scielo.

De primeras, el objetivo principal de nuestra búsqueda fue manejar aquellos artículos encontrados en los últimos 5 años, especialmente aquellos inscritos desde 2017 hasta ahora (2023), excluyendo todo aquello que no se ajustara a los requerimientos de búsqueda, puesto que los conocimientos en salud se actualizan continuamente y no serviría de nada revisar artículos del 2000 por ejemplo. Por tanto, realizamos unas primeras búsquedas simples y sencillas, que aportaban cientos de resultados, lo que hizo necesario recurrir a ciertos filtros para obtener la información requerida. Después de estas primeras búsquedas, realizamos una búsqueda más avanzada, como aportar datos lo más recientes y relevantes posibles, con el objetivo de delimitar nuestra búsqueda.

Con esta sistematización conseguimos llevar el proyecto a cabo con alta posibilidad de éxito y calidad de la información que se obtuvo.

4 Resultados

Uno de mis objetivos era buscar más acerca del diagnóstico de la enfermedad, técnicas novedosas o un diagnóstico precoz. Pero hoy en día el diagnóstico de la fibromialgia aún se encuentra difuso, y las pruebas diagnósticas hoy en día siguen en continuos análisis en búsqueda de englobar la evaluación del amplio espectro de síntomas que se manifiestan en el síndrome, por tanto, es un tema que aun está a espera de más investigación. Aun así, he seleccionado este primer artículo en el que bajo mi punto de vista queda muy bien explicado:

ARTÍCULO Nº 1: EVOLUCIÓN DEL DIAGNOSTICO DE LA FIBROMIALGIA.

El Colegio Americano de Reumatología reúne en 1990 los primeros criterios “1990 ACR Criteria” para el diagnóstico de la FM con el objetivo de facilitar la inclusión de pacientes en futuras investigaciones. Según 1990 ACR Criteria, el diagnóstico de la FM se determina por una historia de dolor crónico (más de 3 meses de forma continuada), en ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, presente en el esqueleto axial (raquis cervical, columna torácica o tórax anterior). Se describen además unas referencias anatómicas denominadas “tender points” o puntos dolorosos en español, sujetas a una valoración mediante palpación. Estas referencias son: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segundo espacio intercostal en la unión costochondral, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla. El número total de estos puntos es 18 y para que la prueba sea válida deben presentar a dolor a una presión de 4 kg/ cm² de forma simétrica en al menos 11 de ellos. La FM según estos criterios se diagnostica sólo si ambos apartados se manifiestan.

En los años siguientes y bajo esta metodología aumentan los estudios sobre la enfermedad debido también al reconocimiento como tal por parte de la OMS en 1992. Los avances en el conocimiento del síndrome llevan también a una crítica de los criterios propuestos por el ACR, especialmente a la descripción de los tender point, su complicado y demasiado específico manejo a la hora del uso en el ámbito clínico teniendo en cuenta además el hecho que se prioriza esta prueba a la detección de otras manifestaciones frecuentes en la FM. Se demuestra además que alrededor del 25% de pacientes con FM no cumplen con los requisitos propuestos por los criterios del ACR 1990.

Tras 20 años de su publicación, en 2010 el Colegio Americano de Reumatología publica en respuesta a esta nueva circunstancia nuevos criterios de diagnósti-

cos (The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity) eliminando la cuenta de los cuestionados tenders points, sustituyéndolos con un examen que consta de 19 áreas corporales pidiendo al examinado en cuántas de ellas se ha presentado dolor en la última semana.

Se incorpora además una valoración subjetiva del paciente con una puntuación del 0 a 3 de síntomas característicos de la fibromialgia (fatiga, sueño no reparador, problemas cognitivos) y la extensión de estos síntomas en general donde 0 está por no verse afectado y 1, 2 y 3 respectivamente ligera, moderada o severa afectación. Con esta escala (SS scale: Symptom Severity Scale) se da por tanto una puntuación de 0 a 12 según la gravedad de los síntomas. Para que el diagnóstico sea positivo se requiere:

- Una puntuación de (WPI ≥ 7 y SS scale ≥ 5) o (WPI = 3 - 6 y SS scale ≥ 9).
- Que los síntomas se hayan mantenido de forma similar durante al menos 3 meses.
- Que el paciente no presente un trastorno que podría explicar el dolor.

En el año sucesivo a la publicación de estos nuevos criterios, los mismos autores proponen una actualización de estos, creando un cuestionario particularmente útil en estudios clínicos y epidemiológicos ya que no es necesaria la presencia de un examinador.

Las modificaciones fueron inherentes al SS Scale donde se elimina la valoración de 0-3 de la extensión general de los síntomas sustituyéndola con la misma puntuación según la aparición de dolor de cabeza, dolor o calambres en el bajo abdomen y depresión en los previos 6 meses. En este estudio se propone además un FM symptom scale (FS) sumando los 19 puntos del WPI a los 12 del SS scale modificado obteniendo una valoración numérica total que va del 0 al 31.

Finalmente, en 2016 vuelven a haber cambios en los criterios de la FS llevando a cuatro requisitos para que el diagnóstico se positivo:

- Se redefine el concepto de dolor difuso introduciendo el término de dolor generalizado entendido como sensación dolorosa en al menos 4 de las 5 regiones sujetas a valoración en WPI.
- Los síntomas deben haberse mantenido presente en los últimos 3 meses.
- Ahora se requiere un (WPI ≥ 7 y SS scale ≥ 5) o (WPI = 4-6 y SS scale ≥ 9).

ARTICULO N° 2: EL PAPEL DE LA MELATONINA EN LA FIBROMIALGIA Y ALTERACIONES ASOCIADAS.

Varios estudios sugieren que los pacientes con fibromialgia presentan niveles bajos de melatonina. El objetivo de esta Tesis Doctoral fue evaluar el efecto de diferentes dosis de melatonina (3, 6, 9, 12, 15 mg/día) en la calidad del sueño,

humor/estado emocional, nivel de dolor, ansiedad, calidad de vida, así como el estado antioxidante en pacientes diagnosticadas de fibromialgia severa. Treinta y tres pacientes completaron el estudio. Tras un periodo basal de 10 días, las pacientes tomaron las diferentes dosis de melatonina durante 10 días consecutivos. El placebo fue dado durante 10 días, antes y entre las dosis de melatonina (periodo de lavado). Se midió la calidad del sueño mediante activimetría y el estado emocional mediante una batería de cuestionarios al final de cada periodo. También se recogieron muestras de orina el día después del final de cada periodo para la cuantificación de los niveles de 6- sulfatoximelatonina (aMT6-s), cortisol y capacidad antioxidante total, y una muestra de sangre al comienzo y al final del estudio para evaluar la capacidad antioxidante total en suero. A partir de 6 mg/día, mejora la calidad del sueño y se incrementan los niveles de aMT6-s en las pacientes. La calidad de vida y los niveles de cortisol mejoraron desde la dosis de 9 mg/día. Todas las dosis de melatonina disminuyeron el grado de dolor y los niveles de ansiedad-estado, así como incrementaron el estado antioxidante tanto en suero como en orina de las pacientes. Por tanto, la melatonina podría ser un tratamiento adyuvante en la fibromialgia.

ARTICULO N°3: GUÍA PARA LA REHABILITACIÓN DE LA FIBROMIALGIA.

Los objetivos del tratamiento rehabilitador deben ir encaminados a un fin común; mejorar la calidad de vida del paciente. Estos objetivos se basan en:

- Eliminar o aliviar el dolor.
- Evitar o disminuir la contracción muscular.
- Tratar de disminuir el número de puntos dolorosos a la presión.
- Aumentar o mantener la fuerza muscular o trofismo.
- Orientar y aprender posturas correctas.
- Compensación psicológica o soporte emocional al paciente y su familia.
- Orientar y aprender el programa terapéutico individual del paciente.
- Lograr autodisciplina por parte del paciente.
- Reincorporación laboral activa del paciente.

Existen diferentes cuestionarios que evalúan la percepción del estado de salud o de la calidad de vida. En nuestro contexto, el “Fibromyalgia Impact Questionnaire” FIQ es el instrumento específico más utilizado para evaluar el impacto de la FM en la calidad de vida.

Estrategias terapéuticas: El tratamiento de la FM descansa en cinco pilares fundamentales:

- Medidas u orientaciones generales.
- Información y educación del paciente.
- Tratamiento farmacológico.

- Tratamiento psicoterapéutico.
- Tratamiento rehabilitador y físico.

ARTICULO N° 4: EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPICO EN EL ABORDAJE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA.

El tratamiento de la FM aún no es definitivo ni del todo específico, pero si hay un consenso entre los estudios en que el tratamiento óptimo sería la combinación entre educación del paciente, tratamiento farmacológico, ejercicio físico y tratamiento psicológico. Todos ellos unidos a la intervención de un equipo multidisciplinar que conste de al menos un médico reumatólogo, un fisioterapeuta y un psicólogo.

Según la EULAR (European League Against Rheumatism), tras el diagnóstico:

1. Informar, educar y ejercitar físicamente debe ser el primer paso, pero debe ir acompañado con tratamiento farmacológico y psicológico.

2. A nivel farmacológico, lo que mejor resultado da son los antidepresivos tricíclicos como la duloxetina, amitriptilina y el milnacipran, que producen una mejora significativa a corto plazo en hasta un 30% de los pacientes en dolor, calidad de sueño, bienestar, fatiga y puntos dolorosos. Estos últimos además son inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, por lo que además producen un efecto analgésico.

También la Pregabalina y Gabapentina, anticonvulsivantes moduladores de canales de calcio, produciendo analgesia mediante bloqueo de la liberación de otros neurotransmisores con una reducción significativa del dolor, mejora del sueño y calidad de vida.

Una combinación de tramadol y paracetamol pueden ser útiles también, pero tienen menos evidencia que los tricíclicos, inhibidores o anticonvulsivantes citados.

La Vitamina D redujo significativamente el dolor y los niveles de astenia, problemas del sueño y puntos dolorosos, con aumento de la calidad de vida.

3. En cuanto al tratamiento no farmacológico todos los estudios están de acuerdo en que debe de ser un conjunto de diferentes abordajes: educacional, ejercicio físico, terapias cognitivas y del comportamiento combinadas.

Desde el punto de vista de la fisioterapia, la FM se puede abordar con diversas terapias que han demostrado tener una buena evidencia a la hora de tratar al paciente, entre ellas:

-El ejercicio terapéutico: Basado en movimientos corporales prescritos por un fisioterapeuta especializado en el área de la actividad física, cuyo objetivo es recuperar la flexibilidad, la fuerza y la resistencia relacionadas con problemas físicos específicos, tanto aeróbico como entrenamiento de la fuerza. Este puede combi-

narse con técnicas manuales específicas.

-También se lleva a cabo la hidroterapia y la electroterapia.

-La fisioterapia respiratoria: Es el tratamiento, prevención y estabilización de las diferentes enfermedades del aparato respiratorio o cualquiera que interfiera en su correcto funcionamiento, con el fin de mantener o mejorar la función respiratoria. Estas tienen efectos positivos aplicadas individualmente, pero es su aplicación conjunta la que produce mayor efecto terapéutico.

3. En lo referido al tratamiento psicológico, el tratamiento cognitivo-conductual (TCC), es el más eficaz para la ansiedad y depresión, dolor crónico e inflamatorio. Se demostró en un estudio de duración mayor a 12 semanas que el tratamiento multidisciplinario es superior al farmacológico convencional en los términos del FIQ.

ARTICULO N° 5: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FIBROMIALGIA.

La intervención enfermera es clave para ayudar no sólo en el conocimiento de esta patología, sino también en el aprendizaje de técnicas que puedan contribuir a una mejor calidad.

Es necesario abordar la aceptación de la enfermedad, su carácter crónico, evolución no progresiva y promover su implicación diaria.

Conseguir el máximo autocontrol sería la meta deseable, para ello hace falta:

-Educación sanitaria en conocimientos sobre patología.

-Sintomatología típica.

-Desencadenantes del dolor: Se aconseja hacer un diario del dolor, en el que conste el momento de aparición del dolor, estímulos previos, horas frecuentes de menos dolor, etc., para que el paciente aprenda a reconocer dichos estímulos y pueda actuar.

-Uso racional del medicamento: Un estudio realizado en AP revisó los tratamientos farmacológicos más frecuentemente utilizados en los pacientes con FM en España, predominando la polimedicación con antiinflamatorios, antidepresivos (amitriptilina), somníferos, relajantes musculares y ansiolíticos. Éstos, junto a la Terapia Hormonal Sustitutiva, los antihipertensivos, antidiabéticos orales y protectores gástricos, se encontraron entre los más utilizados. La mayoría de las pacientes con FM prueban abundante medicación y terapias no convencionales por la baja efectividad del tratamiento farmacológico prescrito. Por eso, desde un punto de vista multidisciplinar sería conveniente ajustar el tratamiento farmacológico, acompañándolo ineludiblemente de terapias coadyuvantes, como entrenamiento físico, técnicas de relajación, masajes etc. Importante evitar la automedicación.

-Nutrición: Indicado aconsejar una dieta mediterránea con alto contenido en frutas y verduras, baja en grasas, rica en calcio y vitamina D. Se está viendo el efecto de la Vitamina D para mitigar el dolor crónico. Suplementos dietéticos que contengan antocianidinas, capsaicina, o s- adenosilmetionina han demostrado mejorías en síntomas típicos de la FM9. Un alga verde rica en proteínas, minerales y vitaminas llamada Chlorella pyrenoidosa, ha sido asociada a mejoría clínica de la FM, aunque no hay suficiente evidencia de dicho suplemento.

-Medidas en el ámbito laboral: Se debe favorecer la máxima integración en la vida laboral, proporcionando los cambios oportunos necesarios para que el trabajador no cese su actividad.

Este punto es muy importante, siendo de gran ayuda en el curso de la enfermedad, evitando el aislamiento social, depresión y mejorando por tanto su calidad de vida. Un cese definitivo, provocaría un empeoramiento de su proceso. Tras una valoración minuciosa a través de una entrevista semiestructurada y exploración física, se concluye con diagnósticos de enfermería validados, para los que se proponen una serie de intervenciones y resultados de enfermería.

Plan de Cuidados Estandarizado: Diagnósticos de enfermería, intervenciones, actividades y resultados. Algunos de estos planes son:

-1320: Acupresión.

-6040: Terapia de relajación simple.

-1850: Fomento del sueño.

-5240: Asesoramiento.

-5400: Potencialización de la autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Después de la búsqueda de artículos científicos e información sobre la fibromialgia llegamos a la conclusión de que es una enfermedad de alta demanda en el sistema sanitario de España, ya que, cada día la padece mas gente, y sin embargo es una enfermedad ante la cual los profesionales sanitarios no tienen su conocimiento completo.

Primeramente, ha quedado claro que un diagnóstico precoz seria fundamental, para que así interrumpiera lo mínimo posible en la vida normal de la persona. Este diagnóstico es un poco ambiguo, ya que, se pueden estar dando algunos de los síntomas de la fibromialgia y confundirla con otras enfermedades, por tener síntomas en común y también se puede tratar a una persona como “positivo en la prueba de los tender points” y no sufrir fibromialgia.

Por tanto, se deduce, que es una enfermedad muy frecuente, en la que tampoco se tiene un tratamiento específico que obtenga buenos resultados. Hemos visto que se están probando continuamente fármacos, que pueden mejorar la calidad de vida del paciente (melatonina, antidepresivos, vitamina D...), pero no se tiene confianza en sus resultados a largo plazo. Si que se ha comprobado que la terapia en grupo (más que la individual) aporta bastante mejores resultados que el tratamiento farmacológico.

Y, por último, la enfermera comunitaria debe cumplir un gran papel ante estos pacientes. Es clave la intervención de enfermería con numerosas terapias e intervenciones, para que el paciente acepte su enfermedad y pueda conseguir un máximo autocontrol de la enfermedad. Nosotros como enfermeros debemos ayudarnos de la educación para la salud, medidas de nutrición, un plan de cuidados... Para buscar un mejor progreso de la enfermedad del paciente.

6 Bibliografía

1. Sifuentes-Giraldo, W. A., & Morell-Hita, J. L. (2017). Fibromialgia. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 12(27), 1586-1595.
2. Díaz-García, A., Molinari, G., Mira, A., & Espinoza, M. (2018). Programa de tratamiento integrativo para la fibromialgia: estudio preliminar.
3. Ramírez Díaz, M. V. (2022). Avances en el tratamiento de la fibromialgia.
4. Manrique Vinagre, N. (2016). Importancia de la enfermería en el manejo de la fibromialgia.

Capítulo 90

ENFERMERÍA, CANCER DE MAMA Y LINFEDEMA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEG0 TIRADO

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

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 tanto 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 realizará 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

- 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tipo de cuidados que el personal de enfermería puede y debe administrar para la prevención del linfedema en pacientes postmastectomizadas:

- La enfermera debe realizar la educación sanitaria de prevención del linfedema tras la cirugía inmediatamente.
 - Enfermería debe conocer que factores o riesgo más frecuentes puede haber, en caso de que la paciente pueda ser susceptible a padecer linfedema, como en caso de la mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o quimioterapia con taxanos.
 - La enfermera, para poder ayudar a los pacientes ante la prevención del linfedema, aconsejará a estos evitar la obesidad, para ello puede aconsejar dietas equilibradas, evitar el sedentarismo y el consumo de tabaco o tóxicos.
- Una higiene correcta de la paciente evitará el acúmulo de suciedad y también de 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, deberá controlar al paciente rutinariamente en consulta, en la cual utilizará la circunferencia volumétrica. Por ello, la enfermera utilizará una cinta métrica para medir la extremidad principal. Después se medirá la otra extremidad, en caso de que haya diferencia de dos centímetros de la extremidad enferma a la sana nos hará intuir que existe linfedema.
- En cada consulta de enfermería que acuda la paciente, el profesional sanitario le realizará una serie de preguntas para identificar si sufre también linfedema.
- La enfermera también puede aconsejar que acuda a fisioterapia para tratamiento o que realice ejercicios de prevención del linfedema.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la actualidad, es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque también puede aparecer en estos.

El linfedema es una complicación que puede aparecer tras la cirugía de la extirpación radical de la mama, incluyendo ganglios linfáticos, es decir, la mastectomía radical.

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

6 Bibliografía

1. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. 2015 [acceso 5 Dic 2020]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>.
2. Perry F, García OA, Díaz SE, Guzmán LH, Aristizábal JA, Lehmann C, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Colombia; 2013 [acceso 5 Dic 2020]; 19: 1-38. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/GuiasPDFRecursos/Mama/GPC_Prof_Sal_Mama.pdf.
3. Silverio González A. Calidad De Vida En La Mujer Con Cáncer De Mama

Sometida a Mastectomía [Internet]. Universidad de Oviedo; 2016. Disponible en: [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38208/3/Alicia Silverio.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38208/3/AliciaSilverio.pdf).

4. Asociación Española contra el Cáncer. [sede Web]. España: AECC; 2015 [acceso 7 Dic 2020]. Cáncer de mama; Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/cancerdemama.aspx>.

5. Sociedad Española de Oncología Médica. Los Avances en Cáncer de Mama [Internet]. 2016 [acceso 9 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.seom.org/>.

Capítulo 91

ENFERMERIA EN LA MONITORIZACION DE LA PRESION ARTERIAL INVASIVA.

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGO TIRADO

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

1 Introducción

Se puede decir que la presión arterial es un parámetro que muestra cómo está una persona respecto a su situación hemodinámica. La cateterización de la presión arterial invasiva es un sistema de control que se emplea en casos de personas que están en situación crítica, como aquellos que se encuentran en las unidades de cuidados/vigilancia intensivos (UCI o UVI), y también en las unidades quirúrgicas y postquirúrgicas, como en los quirófanos, las unidades de recuperación postanestésica (URPA) y las unidades de reanimación.

Se trata de un registro continuo de la presión arterial, mediante un catéter intraarterial que se conecta a un transductor de presión. En el monitor se puede ver el registro, a tiempo real, de la tensión arterial monitorizada.

La realización de esta técnica es sencilla, y los resultados que se obtienen son muy relevantes e informativos del estado hemodinámico del paciente. Este tipo de monitorización está básicamente indicada en situaciones como por ejemplo la inestabilidad hemodinámica, la infusión de posibles fármacos intraarteriales como las angiografías o algunas intervenciones quirúrgicas, y además es útil para obtener diferentes muestras sanguíneas por vía arterial en un tiempo reducido y evitando molestias al paciente. Los cuidados de enfermería durante el tiempo que permanecerá el catéter canalizado en la arteria, son muy importantes para evitar complicaciones como son infección, hematomas y hemorragias, trombosis, embolia gaseosa, lesiones cutáneas, isquemia y fístula

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermera en la monitorización de la presión arterial invasiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

4 Resultados

Para la realización de esta técnica es necesario tomar una serie de medidas:

- Un lavado de manos y empleo de guantes ante cualquier manipulación del catéter arterial.
- Vigilar o controlar en cada turno de trabajo, el punto de inserción y todas las conexiones del catéter.
- Vigilar en todo momento el color y la temperatura de los dedos, y la posible presencia de hemorragias.
- emplear siempre que sea posible los apósitos semitransparentes para detectar visualmente el estado del punto de inserción.

- hacer las curas pautadas según el tipo de apósito, y si precisara, del punto de inserción. Además, para realizar el cambio de apósito, se tienen que utilizar guantes estériles.
- Realizar solamente las manipulaciones que sean necesarias en cuanto al catéter, a las conexiones y al transductor.
- Cambiar los equipos de presión arterial y la llave de 3 vías cada 72 horas aproximadamente.
- No emplear pomadas para la realización de la cura del punto de inserción.
- Identificar las posibles complicaciones, como pueden ser los signos de infección y la isquemia.
- Fijar los límites adecuados de las alarmas del monitor.
- Realizar registro horario de los diferentes valores medidos.
- Realizar un lavado periódico de la arteria, y siempre tras una extracción sanguínea.
- Comprobar en el monitor la curva de la presión arterial de forma periódica.
- Controlar que el suero utilizado sea suficiente, que el presurizador esté colocado correctamente y que el inflado sea el correcto.
- Evitar el uso de esa vía arterial para la administración de medicación o sueros hipertónicos, puesto que se pueden lesionar las arterias.
- Si el paciente tuviera colocada una muñequera de contención cerca de la arteria, evitar que esta apriete el punto de inserción, o roce con el equipo, puesto que puede provocar lesiones, infección o extravasación del catéter arterial.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados por parte del personal de enfermería para garantizar un buen estado del catéter y del equipo de presión arterial invasiva son muy importantes para su mantenimiento debido a que en determinados pacientes, ya sean críticos o postquirúrgicos, es muy importante el control y la monitorización de la presión arterial a tiempo real.

Gracias a esta monitorización se puede vigilar de forma exhaustiva a un paciente que su estado hemodinámico en algunas ocasiones es inestable. Cabe destacar que gracias a la enfermería, a través de sus cuidados se puede asegurar un buen estado de la arteria y su canalización y el mantenimiento de la monitorización de la presión arterial por el tiempo que sea necesario

6 Bibliografía

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

Capítulo 92

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LEGRADO POR ASPIRACIÓN

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGUO TIRADO

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

1 Introducción

El legrado por aspiración es un procedimiento invasivo mediante el cual se introduce una cánula en la cavidad intrauterina, conectada a un aspirador que va a permitir generar vacío de forma manual con el fin de extraer contenido intrauterino producto, en la mayor parte de los casos de la gestación. Si bien es la técnica más habitual en España para la interrupción voluntaria del embarazo en gestaciones de menos de 15 semanas, esta técnica es usada en otros muchos procedimientos como el aborto incompleto, mola hidatiforme, abortos retenidos o biopsias endometriales.

Para que sea posible el acceso al útero con ducha cánula necesario realizar una dilatación del cuello del útero, ya sea de forma mecánica, farmacológica o combinada. Es un procedimiento quirúrgico ambulatorio muy seguro y de alta eficacia. Las complicaciones más habituales en el postoperatorio son las hemorragias uterinas, la infección, la perforación uterina y el desgarro cervical. La mayor

parte de las complicaciones podrían evitarse con la profilaxis y la estandarización de los cuidados, tanto a nivel de prevención como de gravedad de las mismas. Se podría mejorar el proceso de la interrupción de la gestación por parte de la paciente, aportando la información necesaria y si se le facilita las herramientas necesarias tanto a ella como a su entorno para un correcto autocuidado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir un plan de cuidados estandarizado, identificando los procedimientos adecuados tras la intervención para mejorar un incremento de la calidad de los cuidados y la atención durante su estancia hospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Visualizar de forma consensuada las complicaciones más habituales y las intervenciones que se deben llevar a cabo en caso de que aparezcan.
- Conocer los cuidados de enfermería en las pacientes sometidas a un legrado por aspiración.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones centrándose en aquellos que trataban el legrado por aspiración, los cuidados de enfermería tras un aborto y complicaciones médicas tras legrado por aspiración. Se ignoraron aquellos artículos anteriores a la última década y publicados en otro idioma que no fuese el castellano. Todo a partir de bases de datos científicas como Google Académico, Pubmed y Scielo. Por último se consultaron bases de datos públicas de Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales Español y protocolos de enfermería de distintos sistemas de salud autonómicos de España.

4 Resultados

Tras la revisión de las distintas guías de práctica clínica y planes de cuidados del legrado por aspiración, se va a llevar a cabo un resumen de los diagnósticos comunes directamente relacionados con la intervención quirúrgica y una identificación de las complicaciones más habituales, así como las intervenciones en enfermeras adecuadas para disminuir la gravedad de las mismas y su temprana identificación.

En primer lugar está el dolor relacionado con la intervención, por parte de enfermería:

- Se debe valorar tipo, intensidad y localización de forma periódica.
- Se educará e indicará las distintas posturas que pueden favorecer la disminución del dolor.
- Se valorará la eficacia de la analgesia que se ha administrado.
- Informar de la importancia de que comuniquen la presencia de dolor.

En segundo lugar, con respecto al riesgo de retención urinaria relacionado con la intervención propiamente dicha y la anestesia, en cuanto a las actividades por parte de enfermería se encuentran:

- El control y registro de la primera micción.
- Identificar signos y síntomas relacionados con la retención urinaria como el tenesmo vesical, el globo vesical o el dolor supra púbico.
- Valorar si es necesario realizar un sondaje evacuador.

En tercer lugar la vigilancia de presencia de hemorragia. Para ello se establecen como medidas a protocolizar:

- Sistematizar la toma y el registro de constantes.
- Valorar la aparición de síntomas y signos que nos puedan indicar la presencia de un sangrado: taquicardia, hipotensión, sudoración, palidez.
- Observar la cantidad de sangrado vaginal, así como el color y el olor. Valorar con más frecuencia en las 2 primeras horas tras la intervención.
- Informar a la paciente que avise ante la presencia de sangrado excesivo o cualquier síntoma anteriormente mencionados.
- Si sospecha de sangrado avisar al médico.

En cuarto lugar, destacar el riesgo de infección relacionado con el legrado y la presencia de catéter intravenoso por medio de:

- Identificar signos y síntomas de infección como aparición de fiebre.
- Los cuidados de la vía venosa y vigilar signos de infección.
- La administración de antibióticos según pauta.
- Educando a la paciente para que participe en los cuidados perineales.

En quinto lugar, es de extrema importancia la revisión de la medicación pautada:

- Dosis, vía de administración, frecuencia.
- Alergias medicamentosas.
- Registro y correcta preparación.

- Informar a la paciente de las medicaciones que se le van a administrar.

En sexto lugar, destacar el apoyo emocional, mediante la recomendación de:

- Exteriorizar la experiencia emocional.
- Realización de afirmaciones y acciones de apoyo.

- Favorecer la conversación.
- Proporcionar seguridad ante la ansiedad.

Por último, valoraremos si existe déficit de conocimientos sobre cuidados domiciliarios relacionados con la falta de información. En el caso de ser así explicar tanto a la paciente como a su familia los cuidados más importantes tras el proceso, siendo estos:

- Disminuir la actividad a la mínima posible durante los 2-3 días siguientes a la intervención.
- No usar tampones, copas menstruales o dispositivos intra-vaginales durante las 4-6 semanas posteriores a la intervención.
- Vigilar el sangrado, no exceder seis compresas completas al día.
- Duración de hemorragia excesiva, si hay.
- Indicar de signos y síntomas de alarma ante los que acudir al médico como: fiebre, dolor abdominal, olor fuerte, aumento de hemorragia de forma excesiva, drenaje vaginal excesivo.
- Correcta comprensión de la pauta medicación tras el alta.

En cuanto a las complicaciones más habituales en el legrado por aspiración se encuentran:

- La evacuación incompleta: se trata de la presencia de parte del contenido intrauterino no viable tras la intervención. Actualmente esta complicación aparece en un bajo porcentaje de las pacientes debido a la estandarización del legrado por aspiración mediante técnica ecoguiada.
- Hemorragia: Tanto en el post-operatorio inmediato como en el tardío. Es esencial la educación a la paciente de los signos y síntomas alarma anteriormente mencionados.
- Infecciones: tienen una baja incidencia en nuestro país por el uso de antibioterapia profiláctica y correctas medidas de higiénicas.
- Desgarro cervical: actualmente poco habitual gracias al uso de fármacos que favorecen la dilatación del cuello uterino, como el misoprostol. Cursan con dolor agudo y sangrado vaginal, se suele producir durante la dilatación mecánica intraoperatorio. Es importante en el post-operatorio inmediato identificarlo como una posible complicación y de gran importancia.
- Perforación uterina: cursa con sangrado muy intenso, con cambios horarios de compresas, fiebre, dolor de más de 48 horas de duración y en aumento, secreción vaginal con olor fuerte.

5 Discusión-Conclusión

Son de extrema importancia los cuidados enfermeros en el post-operatorio del legrado por aspiración, destacando en especial el post-operatorio inmediato, en el cual la paciente se encuentra en el despertar post anestésico, y requiere de una vigilancia más exhaustiva. Por otro lado, una correcta educación de la paciente y de su entorno va a prevenir la aparición de complicaciones y disminuir la gravedad de las mismas con una correcta y temprana identificación así como una rápida actuación.

La aplicación de unos protocolos enfermeros en la atención va a dotar a nuestros cuidados de una calidad, eficiencia y continuidad mucho mayor. Generando así una disminución de los fallos y de la variabilidad en la actuación.

6 Bibliografía

1. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza. Servicio vasco de salud. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Guías para la práctica [Internet]. [Citado 15 Feb 2018]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/eu_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf.
2. Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Servicio extremeño de salud. Plan de cuidados estandarizado del paciente con aborto diferido y legrados. Hospital General Ciudad Real.[Internet]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidadospacienteaborto-diferido-y-legrado.pdf>.
3. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Ene 17] ; 84(6): 460-468. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>

Capítulo 93

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA SEDACIÓN DEL PACIENTE

LAURA SUAY ABARCA

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

RUBEN LEAL ARANDA

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARIA GONZALEZ CORCOLES

1 Introducción

Se debe integrar un equipo humano y técnico a la altura de las circunstancias que se dan en esta unidad, ya que los pacientes allí se encuentran en condiciones de salud extremadamente críticas debido a un traumatismo, un postoperatorio o una agudización de su enfermedad. La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio muy complejo porque allí los pacientes tienen una variedad de patologías y consideraciones graves y diversas, que requieren atención y cuidados muy singulares y específicos.

Para ayudar con el manejo del dolor, la comodidad y una mejor adherencia a las intervenciones terapéuticas ofrecidas en estas unidades, la mayoría de los pacientes son sedados y/o analgésicos.

Examinemos los efectos de la analgesia y la anestesia, teniendo en cuenta que las dosis por debajo y por encima de un límite particular son peligrosas debido a los posibles efectos secundarios para el paciente.

- Dosis bajas: el paciente experimentará malestar y ansiedad, además de alucinaciones o delirios, que pueden provocar que retire cables u otros elementos conectados. El paciente no estará completamente cómodo.
- Dosificación excesiva: el paciente se mostrará menos cooperativo y tardará más en dejar de tomar la medicación prescrita, lo que podría suponer una estancia más prolongada en esta unidad o en planta.

Dado que las enfermeras estarán a cargo de atender a los pacientes, brindarles los cuidados necesarios, monitorear su sistema nervioso, función cardiovascular, equilibrio de líquidos, nutrición e hidratación, administrar medicamentos, realizar tratamientos, ayudar con las pruebas de diagnóstico y otras tareas, su papel será sumamente importante.

2 Objetivos

- Ampliar la función de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos y garantizar que tengan la formación necesaria para atender a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se llevó a cabo una investigación que incluyó la elección de artículos científicos a partir de una búsqueda de libros y artículos en las tres bases de datos principales Pubmed, Medline y Scielo y la realización de una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica existente. de publicaciones académicas que han sido revisadas.

4 Resultados

Los pacientes con enfermedades cardíacas agudas, crónicas o graves se alojan en una unidad coronaria, Unidad de Vigilancia Intensiva (UCI) Polivalente o General: en ella se tratan todas las patologías críticas, a excepción de los casos pediátricos.

Con el fin de garantizar los más altos estándares de seguridad y calidad en la atención de determinados pacientes, es una unidad que brinda atención médica

en un área designada del hospital respetando normas organizativas y estructurales. personas que requieren supervisión continua debido a su enfermedad grave. Está dotado de sofisticados equipos y sistemas de monitorización, como oxímetros, tensiómetros, sistemas endotraqueales. tubos, respiradores o ventiladores mecánicos, tubos torácicos, bombas intravenosas y monitores cardiorrespiratorios.

En esta unidad las funciones de enfermería serán:

- El primer paso será realizar un estudio neurológico, que implicará pedir a los pacientes que califiquen su conciencia y, en la mayoría de los casos, colocarles una intubación y un índice biespectral. Esto es necesario para controlar el grado de hipnosis en pacientes sedados o bajo anestesia.

Para prevenir las úlceras por presión, asegúrese de movilizarse, practicar una buena higiene, ajustar la postura y beber suficiente agua.

- Evaluación respiratoria: en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se utilizan una variedad de técnicas de ventilación mecánica invasiva, incluida la ventilación controlada, sincronizada, intermitente y requerida de forma intermitente.

Además, existen dos tipos de ventiladores mecánicos: manométricos y volumétricos. Es importante tener en cuenta constantemente los valores que producen estos dispositivos de acuerdo con la frecuencia prevista.

- El mantenimiento del tubo orotraqueal debe realizarse diariamente si un paciente está intubado.
- Revisar los signos vitales: normalmente se toman cada hora, se controlan las 24 horas y se informan al médico si cambian. Los signos vitales incluyen temperatura, presión arterial, glucosa en sangre, orina y si es necesario, frecuencia respiratoria.

Se anotarán la ingesta de agua, los desechos gástricos y los parámetros del ventilador del paciente si el paciente usa soporte de ventilación.

- Digestivo: enfermería se encarga de instalar la sonda nasogástrica, regular la cantidad de desechos gástricos y operar las bombas si es necesario.

Evaluación renal: la enfermera es la encargada de registrar la producción de orina del paciente y asegurarse de que el catéter urinario esté siendo monitoreado cada dos horas si el paciente tiene uno.

- Examinar las vías y catéteres: los pacientes suelen tener presión arterial invasiva, que consiste en un catéter insertado en la arteria radial, además de una vía periférica. Las enfermeras extraerán la sangre de todos días a través de un catéter arterial o vía periférica si es necesario.
- Tratamiento farmacológico: La enfermera es la encargada de darle al paciente la medicación que le ha recetado el médico.

Veamos las escalas que se utilizarán para las distintas valoraciones cuando se aplica sedación o anestesia a un paciente. La enfermera es responsable de decidir si se utilizará el índice biespectral.

- ESCID: Escala de Comportamiento Indicador del Dolor, que evalúa el comportamiento y el dolor en pacientes que requieren ventilación mecánica y están extremadamente enfermos. Enumera cinco elementos relacionados con: la tranquilidad, si la hay, y los músculos faciales. Ideal para comodidad, tono muscular y ventilación mecánica. La puntuación variará de 0 a 2, donde 0 denota facilidad en los cinco ítems y 2 denota ligera agitación.
- RASS: que asigna una puntuación entre -5 y 4, donde 4 denota un paciente violento y el primero denota ninguna respuesta. Esta puntuación mide el nivel de agitación de los pacientes y sedación.

5 Discusión-Conclusión

En estas unidades trabaja un equipo compuesto por médicos intensivistas, otros médicos de consulta especializada y personal de enfermería para detectar posibles complicaciones, brindar atención al paciente, intervenciones asistenciales y asegurar una adecuada coordinación con los demás miembros del equipo para que el paciente esté siempre acompañado y atendido, en consecuencia considerando la gravedad.

La importancia y profesionalidad de cada miembro de esta unidad radica en que para los pacientes que allí se encuentran, cualquier imprevisto o cambio en la evolución del paciente que pueda mejorarse debe resolverse de manera rápida y efectiva.

Dado que muchos de los pacientes en estas unidades experimentan dolor o malestar intenso, es vital evaluar las dosis adecuadas de sedación o anestesia.

6 Bibliografía

1. <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeriaenlasedoanalgesiadel-paciente-critico>.

Capítulo 94

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN EL DOMICILIO

LAURA SUAY ABARCA

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARIA GONZALEZ CORCOLES

RUBEN LEAL ARANDA

1 Introducción

Las transfusiones de sangre son un tratamiento común para los pacientes con anemia. Muchos de estos pacientes suelen tener problemas de movilidad. Al administrar la infusión intravenosa en casa, los pacientes pueden evitar las molestias asociadas con las visitas al hospital y esta intervención. En otras palabras, muchos pacientes ahora tienen una mejor calidad de vida.

Donar sangre o plaquetas en el domicilio del paciente y evitar las visitas al hospital son ejemplos de ello. Aunque de diferente tipo, los riesgos asociados con este tipo de transfusión de sangre son básicamente los mismos que los asociados con las transfusiones de sangre regulares.

Se deben establecer estrictas normas de seguridad y requisitos adicionales específicos para su uso fuera de los hospitales con el fin de garantizar la seguridad del paciente. Seleccionar candidatos con precisión y minuciosidad es uno de ellos.

Los procedimientos de trabajo para esta modalidad de transfusión están bien establecidos y el equipo interno de transfusión está bien capacitado y es disciplinado. Si tiene un plan de atención estándar y trabaja con un profesional capacitado, puede administrar líquidos de manera segura en casa.

Estos son los objetivos que ha conseguido este servicio de atención domiciliaria:

- Evitar enviar al hospital pacientes enfermos, aprensivos y habituales.
- Eleva el nivel de vida del paciente.
- Reducir la probabilidad de que se produzcan infecciones nosocomiales.

Los pacientes y sus familias pueden ahorrar tiempo utilizando procedimientos estandarizados de admisión y regreso a casa.

2 Objetivos

Demostrar y enfatizar el desempeño del equipo de enfermería en la prestación de transfusiones de sangre del paciente a domicilio.

3 Metodología

Una revisión exhaustiva del corpus de literatura científica publicada, así como una investigación exhaustiva, han contribuido al desarrollo del presente trabajo. Para seleccionar artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares, se realizaron búsquedas en Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar.

4 Resultados

Los pacientes que califiquen para esta atención deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Mantén activo el teléfono de tu casa.
- Un familiar u otro cuidador permanece con el paciente durante unas horas después de la intervención.
- Presta atención a lo limpia que está tu casa.
- El paciente no debe presentar reacciones transfusionales o ingenuidad transfusional.
- El paciente debe estar despierto y consciente.
- Determinar los beneficios y los inconvenientes.
- El formulario de consentimiento informado debe ser firmado por el paciente o un familiar.

- Solicitar una prueba cruzada de hemograma.
- Los procedimientos para la toma de muestras de sangre serán seguidos por el médico.
- Deberían crear una lista de tareas pendientes. en el proceso de transfusión (lista de verificación), identificación del paciente y extracción de sangre.
- Una pulsera de identidad para quien la lleva.
- Una vez que los resultados de un análisis de sangre y la necesidad de un Se han establecido transfusiones de sangre, se requieren productos sanguíneos para tratar la presión arterial alta. Se enviará un recordatorio al paciente para que se prepare en casa. Se necesita una bomba digital o un gotero.
- Adrenalina, la hormona asociada al estrés.
- Poloramina.
- Antagonistas.
- Una mochila para emergencias.
- Bolsas de transferencia de calor para vasos sanguíneos.
- Confirmación de que los productos sanguíneos y la información de identidad del paciente están seguros.
- Adquirir una constante. Una bomba electrónica tiene caudal y tiempo de infusión programables.
- Verificación Hemocod, un sistema electrónico de verificación.
- Pasar veinte minutos en casa sólo para estar seguro.
- Consultar al médico tratante para valorar los datos tras la transfusión y comprobar si el tratamiento diurético fue exitoso.
- Eventos registrados en el historial médico del paciente, como tiempos, cantidades y prescripciones tomadas.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos que el paciente y sus seres queridos se encuentran sumamente satisfechos, dado que se supone que el servicio de hospitalización domiciliaria se encargará de la vigilancia y posterior control de las transfusiones.

El personal de enfermería, que desempeña un papel crucial en los procedimientos de transfusión, garantiza la aplicación segura de la tecnología. El conocimiento y las habilidades de cada miembro del equipo son fundamentales para el éxito general del proceso no sólo a nivel personal sino también en términos de eficacia del sistema. Por este motivo, contar con un experto cualificado y pruebas tangibles en el lugar de los hechos es fundamental.

Capítulo 95

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA

LAURA SUAY ABARCA

RUBEN LEAL ARANDA

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

1 Introducción

Una abertura realizada quirúrgicamente conocida como ostomía une un tubo o víscera desde el interior del cuerpo hacia el exterior. Por lo general, se colocan en regiones de la piel sin pliegues, cicatrices o protuberancias óseas. Pueden ser digestivos, urinarios, respiratorios o traqueales, según el órgano de que se trate. Se emplean para expulsar los desechos del cuerpo y ventilar a los pacientes. Dependiendo del tiempo que permanecerán allí, se pueden clasificar en definitivas (cuando no se puede restablecer el tránsito intestinal) o temporales (situaciones en las que se debe detener el paso de productos de desecho debido a algún tipo de enfermedad).

Las ostomías gastrointestinales (colostomías e ileostomías en particular) serán el tema de este capítulo.

- Ileostomía: durante este proceso, el íleon queda abierto al exterior. Se sabe que estos animales tienen heces más ácidas y líquidas debido a que sus heces contienen líquidos ricos en enzimas digestivas, que pueden irritar la piel peristomal. Una porción del colon queda expuesta al medio ambiente durante un procedimiento de colonostomía. Dependiendo de dónde esté ubicado el estoma normal, sus heces pueden ser semiblandas (colostomías transversales), líquidas y frecuentes (colostomía ascendente) o colostomías sigmoideas y descendentes. El último grupo suele presentar el menor número de dificultades.

2 Objetivos

- Reconocer los cuidados del personal de enfermería brindados a los pacientes con ileostomía y colonostomía y enumerar los problemas principales que enfrentan los pacientes de ostomía.

3 Metodología

Para recopilar material para este capítulo, se realizó una revisión bibliográfica del cuerpo de la literatura científica utilizando las palabras clave "ostomías digestivas" y "cuidados de enfermería".

Se realizaron búsquedas electrónicas en libros y bases de datos bibliográficas, incluidas Pubmed, CUIDEN, SciELO, Cochrane Library, Dialnet y Google Scholar, para encontrar los artículos.

4 Resultados

Enfermería realiza estos cuidados y funciones en pacientes con colostomía:

1. Higiene del estoma: Se recomienda realizar prácticas diarias de cuidado e higiene del estoma con el fin de detectar y prevenir posibles complicaciones. El proceso de limpieza implicará el uso de agua tibia, jabón y toallitas o paños suaves; Se deben evitar materiales que puedan causar irritación al estoma.

Utilice una toalla de papel o una toalla para secar suavemente. Debido a que el tejido está muy vascularizado, puede producirse una pequeña cantidad de sangrado. sucede durante la limpieza.

Necesitamos cortar el disco adhesivo al tamaño adecuado del estoma para poder insertar una nueva bolsa sin correr riesgo de estrangulamiento o rozaduras. Tampoco se deben utilizar cremas ni aerosoles porque contienen aceites y dificultan

que el dispositivo se adhiera a la piel.

2. Cuidado de la piel periestomal: La piel que rodea un estoma puede volverse sensible o dolorosa como resultado de los restos de osteomía. Con cuidado de no tirar de la piel circundante, retire la bolsa o el disco lentamente y hacia abajo.

Después de eso, se recomienda utilizar un disco que se ajuste correctamente y secar la piel con un paño antes de colocar el nuevo dispositivo. Esto se debe a que los productos de desecho en la superficie del cuerpo pueden causar que un disco muy ancho irrite la piel. Si queda algún vello, conviene recortarlo con tijeras en lugar de con una navaja o crema de afeitar.

Entre los problemas cutáneos más frecuentes que pueden surgir se encuentran las fistulas intestinales, la dermatitis peristomal, la ulceración, los granulomas y las varices paraestomales.

3. Dieta: Las pautas dietéticas sugeridas varían según el procedimiento.

Se deben reducir los alimentos con alto contenido de residuos y aquellos que producen gases excesivos y se deben agregar alimentos gradualmente en pequeñas dosis. Las comidas pequeñas y frecuentes son parte de una dieta variada y equilibrada que debes seguir. Come con menos frecuencia y en porciones más pequeñas hasta volver a una dieta normal. Si bien se deben evitar el café y otras bebidas carbonatadas, también es una buena idea beber muchos líquidos todos los días.

Los pacientes que tienen colostomías deben beber suficiente agua y fibra para evitar el estreñimiento. Si está estreñido, el consejo médico sugiere comer verduras, jugos de frutas, cereales integrales y beber muchos líquidos. Por otro lado, si se presenta diarrea, consumir alimentos astringentes y mucha agua también puede ayudar.

Los pacientes con ileostomías deben enfatizar sus heces y evitar que se vuelvan demasiado líquidas como parte de su dieta.

Para reducir las posibilidades de desarrollar hipopotasemia, hipocalcemia o hipomagnesemia como resultado de la deshidratación, es fundamental consumir suficiente agua.

4. Medicamentos: Debido al intestino alterado y su tránsito, hay ciertas consideraciones que se deben tener al momento de administrar medicamentos a pacientes con ostomías. Una de esas consideraciones es el sitio de absorción, del tracto gastrointestinal, el modo de administración, posibles reacciones adversas al sistema digestivo, etc.

Principales complicaciones de las colonostomías e ileostomías: Entre los resultados más frecuentes de este tipo de colonostomía se encuentran los siguientes.

La inflamación de las mucosas o edema es típica en las primeras etapas de la

afección. También se aconseja expandir las placas adhesivas y aplicar compresas con agua o solución salina para atenuarlo.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con ileostomías y colonostomías deben tener especial cuidado con lo que comen y cómo toman sus medicamentos porque cuando se extirpa parte del intestino, es posible que algunos alimentos y medicamentos no se absorban correctamente.

Para minimizar los riesgos asociados a este tipo de intervención, es imprescindible disponer de una ostomía y piel peristomal suficientes. Es fundamental formar al paciente para empoderarlo a cuidar de sí mismo, otorgarle autonomía y ayudarlo a identificar los síntomas. para elevar su nivel de vida y disminuir las complicaciones.

El área del estoma generalmente presenta enrojecimiento, calor, dolor y drenaje. Mientras se elimina el esfacelo, enfermería debe vaciarlo, limpiarlo y desinfectarlo.

6 Bibliografía

1. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017. Noviembre;5(4): 35-48

Capítulo 96

COMO AFECTA LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A LA SALUD MENTAL

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MELODY TORIJA RESUELA

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

1 Introducción

Según la OMS el aire contaminado es el mayor factor de riesgo para la salud tanto en países desarrollados como subdesarrollados, con una diversa y sustancial implicación en la salud pública (WHO, 2018). El aire puede estar contaminado por partículas en suspensión (PM_{2.5}, PM₁₀), gases (Monóxido de carbono [CO], Dióxido de nitrógeno [NO₂], ozono [O₃], Dióxido de azufre [SO₂]), compuestos orgánicos y metales (1). En 2016 se estima que fue la causa de 4.2 millones de muertes prematuras en el mundo tanto en el ambiente rural como urbano (2).

Las Directrices de la OMS proporcionan una evaluación de los efectos sobre la salud de la contaminación del aire y los umbrales de niveles de contaminación nocivos para la salud. Las Directrices se aplican en todo el mundo y se basan en la evaluación experta según la evidencia científica actual para partículas (PM), ozono (O₃), dióxido de nitrógeno (NO₂) y dióxido de azufre (SO₂), en todas las regiones de la OMS (2).

La American Psychiatric Association definió los trastornos mentales como un síndrome caracterizado por la alteración clínicamente significativa en la cognición,

en la regulación emocional o comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos mentales suponen una carga pesada para la salud pública, ya que aquellas personas afectadas pasan más del 50% de su vida con algún tipo de discapacidad (WHO, 2015). A nivel mundial, se estima que más de 350 millones de personas padecen depresión; 48 millones de personas padecen demencia; y 21 millones de personas padecen esquizofrenia y otros subtipos de trastornos mentales (WHO, 2016) (3).

Varios estudios han demostrado la asociación entre la contaminación del aire y diferentes afecciones médicas, incluidas enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Los contaminantes del aire también podrían tener un papel en la etiología de los trastornos mentales a la luz de su toxicidad en el sistema nervioso central (4,5).

Una comprensión completa sobre los factores de riesgo de los TM es de gran importancia para la salud pública. Estudios anteriores han identificado que las enfermedades psiquiátricas pueden ser inducidas por factores de riesgo genéticos, socioeconómicos y conductuales como el tabaquismo. Recientemente, una creciente evidencia ha demostrado el papel importante de los factores ambientales físicos en la patogénesis de los trastornos mentales (3,6).

En comparación con otros órganos, el cerebro es más vulnerable al daño por estrés oxidativo debido a su alto consumo de energía, bajos niveles de captación endógena, altas demandas metabólicas y alto contenido de lípidos y proteínas celulares (6).

Debido al incremento de la contaminación del aire es necesario concienciar de que dicha contaminación ya no solo provoca enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sino que son un factor de riesgo que puede producir trastornos mentales y agravar síntomas de aquellos trastornos ya presentes. La contaminación no solo nos afecta mediante mecanismos biológicos sino también por mecanismos psicológicos.

El problema expuesto justifica la necesidad de esta revisión. Sus resultados contribuirán a una mejor comprensión de este problema y proporcionarán visibilidad al tema.

2 Objetivos

- Investigar la asociación entre la exposición diaria a aire contaminado (partículas en suspensión (PM_{2.5}, PM₁₀), gases (Monóxido de carbono [CO], Dióxido de

nitrógeno [NO₂], ozono [O₃], Dióxido de azufre [SO₂]), compuestos orgánicos y metales) y el deterioro de la salud mental.

- Concienciar sobre la relación que existe entre la contaminación y el auge de las enfermedades mentales.
- Conocer los factores de riesgo que supone la contaminación ambiental sobre la salud mental.

3 Metodología

Los artículos usados fueron extraídos de la base de datos PubMed. La primera búsqueda se realizó combinando los descriptores: Air pollution Or ozone Or particular matter. En la segunda búsqueda se combinó los descriptores: Mental disorders OR psychiatry Or psychiatric diagnosis y por último se combinó ambas búsquedas con el operador booleano AND. La definición y composición del aire contaminado fue obtenido de la OMS del año 2018. Para “trastorno mental” se usó la definición de la American Psychiatric Association, del año 2013.

El proceso de selección se llevó a cabo primero, realizando una lectura de los títulos y resúmenes de cada artículo. Tras excluir aquellos artículos cuyos resúmenes no eran adecuados, se procedió a leer los artículos completos. Solo aquellos estudios en inglés y que relacionan la contaminación ambiental y la salud mental fueron incluidos.

4 Resultados

Se ha demostrado que la contaminación del aire afecta negativamente a la salud humana, entre los diversos contaminantes del aire, las partículas con un diámetro de $2.5 \mu\text{m}$ (PM_{2.5}) son particularmente importantes porque pueden penetrar en el sistema biológico humano debido a su pequeño tamaño (7). Los estudios han demostrado que la inflamación, el estrés oxidativo y las enfermedades vasculares contribuyen al riesgo de trastornos mentales (4).

Los resultados revelaron que la asociación entre la contaminación del aire y el aumento de las hospitalizaciones por TM son biológicamente plausibles. Se ha indicado que los contaminantes del aire pueden provocar cambios biológicos en el cerebro, como cambios en la actividad cerebral, reacciones inflamatorias y cambios patológicos en el cerebro (1–5,7). Además, se ha demostrado que el ozono puede interferir con los vasos sanguíneos cerebrales al modular la expresión de genes implicados en la vasoreactividad cerebral, afectar al sistema inmunitario, irritar las membranas mucosas y alterar las concentraciones de neurotransmisores

como la serotonina dopamina, epinefrina y noradrenalina. Se sabe que estos neurotransmisores regulan el estado de ánimo, la ansiedad, la impulsividad, los patrones de sueño y la psicosis (2,7).

Además de sus efectos negativos sobre el bienestar afectivo, la contaminación del aire también perjudica el funcionamiento cognitivo en todas las etapas de la vida, desde el desarrollo prenatal, la infancia y la juventud, hasta los adultos jóvenes y viejos. Entre las funciones cognitivas afectadas se encuentra la atención, la construcción visual, memoria, habilidad matemática, comprensión lectora, inteligencia verbal e inteligencia no verbal (1).

Se vio que hay mayores probabilidades de síntomas depresivos moderados-severos asociados con la exposición a PM_{2.5} y aumentó significativamente el riesgo de depresión en sujetos sin antecedentes de depresión y especialmente en aquellos con enfermedades médicas crónicas previas como diabetes (5,6). Se descubrió que vivir en lugares con PM_{2.5} que supera los estándares de la EPA aumentó el riesgo de demencia en un 92% (1,4).

Exposición a diferentes contaminantes del aire ha sido asociado con un mayor riesgo de autolesión. Debe ser considerado que ninguno de los estudios evaluó el riesgo de suicidio en poblaciones psiquiátricas específicamente a pesar de los trastornos mentales están fuertemente asociadas con riesgo suicida, especialmente en caso de enfermedad de larga duración (5).

El ozono puede afectar los trastornos del espectro autista, puede conducir a trastornos motores (enfermedad de Parkinson) y deterioro cognitivo (demencia), y puede influir en la incidencia de depresión y suicidio (1,2,8). La exposición prenatal a un aumento de la concentración de ozono [...] fue asociada con una probabilidad 12% mayor de desarrollar trastorno de espectro autista (TEA). No se vio una asociación directa entre ozono y TEA o autismo per se, pero vieron algunas modificaciones de asociación por ingesta de ácido fólico y por genotipo (8).

Otros informaron de un mayor riesgo de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños expuestos a la contaminación del aire, pero estos resultados deben ser confirmados por investigaciones futuras. Los datos preliminares no indican un empeoramiento de los síntomas debido a la contaminación (5).

Peor aún, la contaminación del aire puede ser un factor de riesgo de abuso de sustancias, autolesiones no suicidas y suicidio (1).

Además, los niveles de contaminantes del aire pueden afectar a la salud mental no solo a través de mecanismos biológicos o químicos, sino también a través de diferentes mecanismos que incluyen mecanismos psicológicos (por ejemplo, sentirse ansioso debido a los niveles elevados de contaminación del aire que a

menudo se informan en los medios) (2).

5 Discusión-Conclusión

”... efectos deprimentes, desaliento infundado de algunos vientos”. Aristóteles
En conclusión, la contaminación del aire aumenta el riesgo de padecer algún trastorno mental como la depresión, demencia y puede producir un empeoramiento de los síntomas. El cambio climático es la mayor amenaza contra la salud de nuestro planeta y está relacionado con la contaminación del aire. Los cambios en el clima global se acompañan de diversidad de riesgos para la salud, desde muertes en temperaturas extremadamente altas, desastres naturales y contaminación por micropartículas de plástico hasta patrones cambiantes de enfermedades infecciosas y no infecciosas.

Al disminuir los niveles de contaminación del aire, no solo se produciría un descenso en el gasto de salud en enfermedades cardíacas y respiratorias crónicas y agudas sino también en trastornos mentales.

Se ha visto que la contaminación tiene un efecto negativo en todas las esferas de la vida, en el plano psicológico, biológico, económico y social. Una gran cantidad de investigaciones muestran que la contaminación del aire predice negativamente la felicidad y la satisfacción con la vida de las personas, puede reducir la productividad laboral debido a que la contaminación del aire aumenta el absentismo.

Aumenta el comportamiento poco ético y disminuye la empatía. Los ciudadanos tienen una percepción negativa del gobierno en días altamente contaminados. Se vio que los niveles de contaminación predecían más búsquedas en línea de la palabra “corrupción”.

6 Bibliografía

1. Lu JG. Air pollution: A systematic review of its psychological, economic, and social effects. *Curr Opin Psychol.* 2020;32:52–65.
2. Bernardini F, Attademo L, Trezzi R, Gobbi C, Balducci PM, Del Bello V, et al. Air pollutants and daily number of admissions to psychiatric emergency services: evidence for detrimental mental health effects of ozone. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;1–7.
3. Chen C, Liu C, Chen R, Wang W, Li W, Kan H, et al. Ambient air pollution and daily hospital admissions for mental disorders in Shanghai, China. *Science of the Total Environment.* 2018;613–614:324–30.

4. Vert C, Sánchez-Benavides G, Martínez D, Gotsens X, Gramunt N, Cirach M, et al. Effect of long-term exposure to air pollution on anxiety and depression in adults: A cross-sectional study. *Int J Hyg Environ Health*. 2017;220(6):1074–80.
5. Buoli M, Grassi S, Caldiroli A, Carnevali GS, Mucci F, Iodice S, et al. Is there a link between air pollution and mental disorders? *Environ Int*. 2018;118(March):154–68.
6. Pun VC, Manjourides J, Suh H. Association of ambient air pollution with depressive and anxiety symptoms in older adults: Results from the NSHAP study. *Environ Health Perspect*. 2017;125(3):342–8.
7. Lee H, Kang JM, Myung W, Choi J, Lee C, Na DL, et al. Exposure to ambient fine particles and neuropsychiatric symptoms in cognitive disorder: A repeated measure analysis from the CREDOS (Clinical Research Center for Dementia of South Korea) study. *Science of the Total Environment*. 2019;668:411–8.
8. Zhao T, Markevych I, Romanos M, Nowak D, Heinrich J. Ambient ozone exposure and mental health: A systematic review of epidemiological studies. *Environ Res*. 2018;165(March):459–72.

Capítulo 97

EL CÁNCER DE MAMA A NIVEL MUNDIAL EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARYAM BOUZARAD AIT BAHA

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

El cáncer de mama se produce cuando las células en dicha parte del cuerpo empiezan a crecer de manera descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una masa o bulto. El tumor es maligno si las células crecen invadiendo los tejidos circundantes o propagándose a áreas distintas del cuerpo. Este tipo de cáncer ocurre casi de manera exclusiva en las mujeres, pero los hombres también pueden padecerlo.

Hay dos tipos de cáncer de mama

- Carcinoma in situ. Llamada así la proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin traspasar la pared del mismo, es decir, sin invasión o infiltración del tejido que lo rodea. Puede ser carcinoma ductal in situ o carcinoma lobulillar in situ.

- Carcinoma invasivo o infiltrante. Llamada así la proliferación celular maligna que traspasa la frontera anatómica del ducto o lobulillo, invadiendo el tejido circundante.

El cáncer de mama en función de su extensión se clasifica en cuatro estadios

- Estadio I: Tumores pequeños sin afectación metastásica de la axila
- Estadio II: Tumores de más de 2cm o con afectación metastásica de la axila moderada
- Estadio III: Tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral, o afectación axilar masiva.
- Estadio IV: Metástasis en órganos distales.

Los signos y síntomas más frecuentes de esta enfermedad son:

- Tumoración en la mama de reciente aparición
- Cambios persistentes en la piel de la mama
- Eccema del pezón
- Bultos en la axila
- Hinchazón del brazo
- Retracción del pezón y secreciones anómalas.

La forma más adecuada para detectar esta enfermedad en estadios tempranos es la autoexploración de mama.

Cuando en una prueba de imagen se sospecha de la existencia de un cáncer de mama se debe realizar de manera obligatoria una confirmación histológica, es decir, una biopsia con aguja gruesa. Una vez realizada la confirmación con biopsia se procede a determinar el estudio de extensión del tumor, que nos permite tener una idea de la afectación tanto de la mama como de los ganglios linfáticos.

Los objetivos del tratamiento son producir la mayor tasa de curación causando la menor cantidad de efectos adversos. Por ello, debe mantenerse siempre la cirugía conservadora de la mama y la biopsia selectiva del ganglio centinela, de la mastectomía para casos muy seleccionados.

No obstante, el tratamiento de los estadios I,II y III incluye el tratamiento local (cirugía) y el tratamiento complementario, que es un tratamiento con fármacos que depende de las características moleculares del tumor.

Hay algunos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de tener cáncer de mama, unos los podemos controlar (como mantener un estado de vida saludable) y otros, sin embargo, no se pueden modificar como la edad (siendo más común la apareciendo este tumor en mujeres a partir de 55 años), los antecedentes familiares, las mutaciones genéticas, los factores menstruales y reproductivos, etc.

2 Objetivos

- Conocer la evolución del cáncer de mama en los últimos 30 años.
- Descubrir la diferente afectación a nivel mundial de esta enfermedad y su incidencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Después del año 500 a.C. cuando primero los griegos y luego los romanos despuntaron en el campo de la medicina, los nódulos de mama que se fijaban a los tejidos vecinos se consideraron preocupantes. Con respecto al cáncer de mama, se creía que su origen guardaba relación con el flujo lento de un humor espeso que se estancaba y coagulaba en el pecho. Su tratamiento estaba basado en dietas y aplicaciones locales. Los remedios externos incluían cataplasmas y emplastos, jugos de belladona y de hojas de tabaco, ungüentos de mercurio, plomo y arsénico.

Si bien el significado original de la palabra cirugía es trabajo manual, recién cuando los primeros instrumentos quirúrgicos filosos estuvieron disponibles, se comenzaron a realizar escisiones locales para tratar el cáncer de mama. El éxito de las mismas, en términos de recurrencia, fue muy limitado. Cuando la cirugía no estaba aconsejada o era rechazada por la paciente, se practicaba la cauterización, método aceptado tanto para prevenir hemorragias como para destruir tejidos enfermos.

A pesar de que estos tratamientos no tenían resultados favorables, continuaron hasta el siglo XVI cuando médicos de Francia e Inglaterra comenzaron a hacer escisiones locales más amplias y los nódulos axilares fueron considerados una extensión del cáncer de mama.

Durante los siglos XVII y XVIII, los cirujanos alemanes y franceses utilizaron distintos métodos para amputar la mama. La mortalidad quirúrgica era alta, pues la cirugía se enfrentaba a tres grandes desafíos, el dolor, la hemorragia y la in-

fección, barreras que fueron superadas, a mediados del siglo XIX, gracias a la anestesia, la hemostasia y la antisepsia.

Las primeras menciones de cáncer de mama en el hombre se registraron durante el Renacimiento. En 1867, otro cirujano inglés, llamado Charles Moore, formuló los principios generales en los que debía basarse el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y llegó a la conclusión de que la recidiva tumoral era consecuencia de restos del tumor primario por una cirugía insuficiente y no una causa orgánica independiente.

A fines del siglo XIX, el americano William Halsted desarrolló la operación que se convertiría en el tratamiento rutinario para el cáncer de mama, la mastectomía radical, que consistía en extirpar la glándula, la piel que la cubre, fascia y músculos pectorales y los ganglios del hueco axilar. La operación de Halsted prevaleció como tratamiento quirúrgico durante los siguientes sesenta años, cuando se comprobó que las pacientes a las que se les practicaba este tipo de cirugía tenían una tasa de supervivencia mayor que las que no se habían sometido a una operación tan radical.

Al promediar el siglo XX, la cirugía propuesta por Halsted poco a poco fue sustituida por una mastectomía radical modificada que extirpaba la glándula y los ganglios axilares, conservando los músculos pectorales.

Entre los setenta y los ochenta algunas investigaciones demostraron que, ante tumores pequeños, el tratamiento conservador, junto con la radioterapia, resultaba tan efectivo como la mastectomía en términos de supervivencia.

En 1990, el National Institute of Health concluyó que la cirugía conservadora más la radioterapia adyuvante constituye una alternativa aceptable a la mastectomía en mujeres con estadios tempranos de cáncer de mama. En la actualidad, el tratamiento de esta enfermedad está basado en la cirugía y se sostiene sobre otros pilares como la radioterapia, la hormonoterapia y la quimioterapia, que se introdujeron como terapéutica entre fines del siglo XIX y el siglo XX. El constante desarrollo de los mismos, así como el de los métodos de imágenes que bregan por un diagnóstico cada vez más precoz del cáncer de mama, para mejorar su pronóstico y prolongar la sobrevida, conciernen al presente y futuro de la mastología.

Se prevé que en un futuro el tratamiento más revolucionario sería la inmunoterapia, mientras que el tratamiento más revolucionario del presente es la cirugía, está en un futuro quedará como un tratamiento medieval.

EL CÁNCER DE MAMA EN EL CONTINENTE AMERICANO

En EEUU, aproximadamente 1 de cada 8 mujeres desarrolla cáncer de mama invasivo en el transcurso de su vida. En el año 2017 se preveía el diagnóstico de,

aproximadamente, 25180 nuevos casos de cáncer de mama en este país, junto con, 63410 nuevos casos de cáncer de mama no invasivos (in situ). Las tasas de incidencia de cáncer de mama en los EE.UU. comenzaron a disminuir en el año 2000, después de aumentar durante las dos décadas anteriores. Descendieron en un 7% de 2002 a 2003.

Las proyecciones indicaban que, para 2017, morirían alrededor de 40610 mujeres en los Estados Unidos a causa del cáncer de mama, aunque las tasas de mortalidad están en descenso desde 1989, con mayores descensos en mujeres menores de 50 años. Se cree que estos descensos son consecuencia de los adelantos en los tratamientos, la detección temprana a través de la revisión y el aumento de la concientización sobre el tema.

En mujeres de los Estados Unidos, las tasas de mortalidad a causa del cáncer de mama son más elevadas que las de cualquier otro cáncer.

En Latinoamérica se registran cerca de 100000 casos anuales de esta enfermedad. La tasa más alta de casos se encuentra en Sudamérica con 46 casos por 100000 mujeres, seguida de El Caribe con 32,9, encontrando la tasa mas baja de casos en Haití con 4,4 casos.

En Latinoamérica, el cáncer de mama representó 18% del total de las defunciones por tumores malignos y 3% del total de muertes en las mujeres.

EL CÁNCER DE MAMA EN EL CONTINENTE EUROPEO

En mujeres, la incidencia más alta mundial es la de la población belga, con una tasa de 110.8 por cada, 100000 mujeres.

En Europa, los países del norte presentan, en general, tasas más altas que los del sur. Las más elevadas son las de Bélgica, como se ha dicho anteriormente, seguido de Somme (Francia), mientras que las más bajas son las Voivodato de Subcarpacia, Polonia (35 por 100000 mujeres).

Según los últimos datos de OMS publicados de 2017, las muertes causadas por cáncer de mama en Rusia han llegado a 28718 (1.52% de todas las muertes).

EL CÁNCER DE MAMA EN EL CONTINENTE AFRICANO

En África el cáncer de mama aparece en mujer mucho más jóvenes que las occidentales, con una media de edad de 44 años.

Según el Dr. Islami, la mamografía no es viable en los países subsaharianos debido a su limitación de recursos. Sin embargo, en Nigeria la educación pública, y el examen clínico y la autoexploración ha demostrado ser muy efectiva, siendo explicada en escuelas, mercados, iglesias o mezquitas.

Los expertos indicaron que las mujeres jóvenes de países africanos tienen el doble de probabilidades de morir de cáncer de mama que las del resto del mundo. La doctora Kit Chan, la investigadora de la Universidad de Edimburgo que dirigió

el estudio, dijo que la prevención y el tratamiento del cáncer de mama en África “requiere esfuerzos inmediatos para mejorar el registro estandarizado con el fin de calcular las tasas de incidencia de cáncer”.

EL CÁNCER DE MAMA EN EL CONTINENTE ASIÁTICO

Actualmente, la incidencia del cáncer de mama en mujeres asiáticas sigue siendo más baja que en sus homólogas occidentales en todos los grupos de edad, sin embargo, el incremento de la tasa de incidencia en esta población hace concebible que en un futuro próximo la mayoría de las pacientes con este tipo de cáncer a nivel mundial procedan de etnias asiáticas.

Se ha estimado que casi 1.7 millones de casos de cáncer de mama femenino fueron diagnosticados en todo el mundo durante 2012, lo que corresponde a una tasa del 43 por 100000. Cerca de una cuarta parte (24%) de estos se diagnosticaron en la región de Asia-Pacífico, siendo China (46%), Japón (14%) e Indonesia (12%) los países con mayor número de casos.

En China y la India, las tasas de incidencia se han incrementado hasta en un 30% en los últimos 10 años, mientras que en Japón, Corea y Singapur las tasas se han duplicado o incluso triplicado en las últimas décadas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión podemos constatar que el cáncer de mama es una enfermedad demasiado habitual en nuestro mundo, y tener presente que, aunque estos últimos años se haya mantenido el número de incidencias y reducido el número de muertes debido a dicha neoplasia, falta mucho camino por recorrer.

Por esa misma razón nosotros como enfermeros siendo profesionales del ámbito sanitario y como precursores de información a la sociedad debemos tener a este tipo de tumoración presente, concienciando a las personas, sobre todo mujeres, a que acudan al médico a preguntar acerca de cómo prevenirla y enseñarles a explorarse e interpretar posibles signos y síntomas, y para que puedan estar prevenidas e informadas; todo esto con la intención de inculcar en la gente lo común que es esta enfermedad siendo un problema día a día y poder reducir la incidencia o por lo menos la mortalidad de dicha tumoración pudiendo encontrar el proceso neoplásico lo antes posible y evitar mayores repercusiones.

También, nos gustaría hacer un inciso sobre la necesidad de fomentar la ayuda sanitaria y económica a aquellos más indefensos, que, aunque estadísticamente tienen una incidencia más baja, aumentan la mortalidad, con una media de edad baja, y los tratamientos proporcionados son menos evolucionados y más burdos, debido a la falta de instrumental sanitario; dejando en las personas tratadas de

esta enfermedad secuelas que podrían evitarse con un adecuado armamento sanitario.

6 Bibliografía

- 1.Sosa L. CÁNCER DE MAMA EN EL PASADO. El arte en la cirugía y la cirugía en el arte. Revista Argentina de Mastología 2010; 29 (104): 210-219 http://www.revistasamas.org.ar/revistas/2010_v29_n104/05_cancer_de_mama_en_el_pasado.m04.pdf
2. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama [Online]. Vol 191, No 773. Arbor.revistas.csic.es [2015]. <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2530>
- 3- Lozano-Ascensio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Scielo Salud Pública. https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004
4. Programa para la lucha contra el cáncer de mama en África -FEFOC, Fundación Privada Jordi Estapé [Internet]. <https://www.fefoc.org/cancer-de-mama-en-africa/>
5. Muniesa Soriano, José Ángel. El cáncer de mama en el mundo, Europa, España y Teruel [Internet] Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Obispo Polanco de Teruel. <http://boloncol.blogspot.com/2012/11/el-cancer-de-mama-en-el-mundo-europa.html>

Capítulo 98

SOBREPESO Y OBESIDAD: EL GRAN PROBLEMA DE SALUD A NIVEL MUNDIAL

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

El sobrepeso y la obesidad se produce cuando existe un acúmulo de grasa en el cuerpo que no es normal o es excesivo. Esto puede llegar a ser perjudicial para la salud.

El sobrepeso y la obesidad se produce debido a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Existe un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasa, disminuye la actividad física, ya que vivimos en una sociedad cada vez más sedentaria.

Para identificar esto en las personas se utiliza un indicador, que es el índice de masa corporal (IMC), el cual relaciona el peso y la talla de la persona, se hace una división entre ellos (kg/m^2).

En los adultos, un IMC igual o superior a 25 indicaría sobrepeso; un IMC superior a 30 indicaría obesidad.

En el caso de los niños, también es necesario conocer la edad para calcular si hay sobrepeso u obesidad mediante unas gráficas y tablas.

A nivel mundial, se ha observado que a partir del año 1975, el problema de la obesidad se triplica casi todo el mundo.

En 2016, la población de 18 años o más que tenía sobrepeso eran más de 1900 millones de personas (39%), y de estos más de 650 millones eran obesos (13%).

En 2016, 41 millones de niños de menos de 5 años eran obesos o con sobrepeso, y más de 340 millones de personas entre los 5 y 19 años también tenían sobrepeso u obesidad.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de muertes. En todas las regiones, exceptuando África subsahariana y Asia, hay más personas obesas que con peso inferior al normal.

El sobrepeso y la obesidad se puede prevenir, ya que conlleva muchas complicaciones a nivel personal, social y sanitario.

Entre los factores de riesgo que se dan para sufrir obesidad se encuentran la edad, el sexo, puesto que en las mujeres es más frecuente, la raza, la alimentación poco saludable, el sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, ciertos medicamentos y los factores socioculturales, ya que el nivel educativo y el menor nivel de ingresos se relaciona con mayor tasa de obesos en la población.

El padecer sobrepeso u obesidad conlleva asociado un aumento de enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), mayor número de personas diabéticas, con trastornos del aparato locomotor (osteoartritis), algunos cánceres, como el de colon, hígado, riñón, mama, endometrio, ovarios, próstata, vesícula biliar.

También el paciente obeso suele tener dificultad para dormir, apnea del sueño, dolor en articulaciones, en la espalda, hiperhidrosis, muestra intolerancia al calor, alteraciones cutáneas en los pliegues de la piel, fatiga, depresión, ansiedad, disnea, hipertensión, retención de líquidos, edemas en miembros inferiores.

La obesidad infantil se relaciona con una mayor probabilidad de obesidad, de tener una muerte prematura y discapacidad cuando se sea adulto. También los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

La forma de evitar o prevenir el sobrepeso u obesidad:

- Limitar la ingesta energética de alimentos que proceden de la cantidad de grasa total y de azúcares.

- Evitar o limitar beber bebidas azucaradas.
- Seguir una dieta sana e incrementar el consumo de legumbres, cereales integrales, frutos secos, verduras y frutas.
- Realizar actividad física regularmente, evitando el sedentarismo.

2 Objetivos

1. Actuar frente a este gran problema social.
2. Proporcionar las herramientas y conocimientos necesarios a la población para actuar ante esta epidemia.
3. Conocer los riesgos de salud, personales, sociales y económicos que esto supone a la sociedad.

3 Metodología

Para la elaboración del actual trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre el tema. Se ha realizado una búsqueda a través de los diferentes libros, artículos, revistas científicas y las principales bases de datos (Pubmed, Medline y Scielo), seleccionando aquellos artículos de mayor valor científico y procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El sobrepeso y la obesidad es un gran problema que afecta a nivel mundial.

Debemos hacer un gran esfuerzo para que la población alcance y mantenga un peso adecuado y que sea saludable para ellos.

Principalmente, debemos hacer cambios en la dieta, llevar a cabo una dieta saludable y aumentar la realización del ejercicio físico.

Dependiendo del grado de obesidad, junto a la realización de las pautas anteriores, también el médico puede pautarte un tratamiento farmacológico adaptado a las necesidades del individuo, y por último, optar a la realización de una intervención quirúrgica, la cirugía bariátrica, con el fin de potenciar esa pérdida de peso recomendada.

- Atendiendo al campo de la alimentación, se debe diseñar un menú equilibrado, con unas calorías adecuadas al paciente y debe ser un plan individualizado a cada individuo, dependiendo del grado de obesidad que tenga, las enfermedades, la edad, la actividad física y los gustos alimenticios de cada persona.

Se debe aumentar la ingesta de alimentos como las verduras, frutas, cereales integrales, hortalizas, legumbres. Consumir cantidades pequeñas de grasa que provenga de fuentes saludables, como el aceite de oliva, frutos secos, pescados azules. Priorizar el consumo de carnes magras, lácteos con bajo contenido en grasa, pescados blancos. El consumo de carnes rojas, el consumo de sal y azúcar se debe limitar. También se debe limitar el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas como embutidos grasos, bollería, precocinados, pasteles, etc. Se debe eliminar en lo posible el consumo de alcohol, bebidas refrescantes con azúcar.

Es muy recomendable fraccionar las comidas, con horarios regulares.

- Atendiendo al campo de la actividad física, se debe evitar en lo medida de lo posible el sedentarismo. Se ha visto que debemos estar activos porque conlleva grandes beneficios. Se recomienda caminar a paso rápido, montar en bicicleta, nadar, hacer aquagym, bailar, etc.
- El tratamiento farmacológico se aconseja como terapia coadyuvante a la alimentación y al ejercicio físico. En España, algunos de los fármacos utilizados en la obesidad son: Orlistat, Liraglutide, Bupropion/naltrexona
- En cuanto al tratamiento quirúrgico, hay varias opciones: gastrectomía tubular (se elimina aproximadamente el 80% del estómago), bypass gástrico, cruce duodenal o derivación bilio-pancreática.
- A nivel emocional, las personas obesas pueden padecer depresiones, ansiedad. Se ha visto que la psicoterapia más eficaz es la cognitivo-conductual.

5 Discusión-Conclusión

El sobrepeso y la obesidad es un gran problema a nivel mundial, que actualmente afecta a millones de niños y adultos.

Es una enfermedad muy limitante a nivel físico, psicológico, social y que conlleva muchas enfermedades asociadas a corto y a largo plazo.

Debemos ofrecer a la población las herramientas necesarias para concienciar de lo importante que es llevar a cabo una dieta saludable, tener un peso adecuado, y prevenir el sobrepeso y la obesidad.

A veces, existen cambios sociales y ambientales relacionados con el desarrollo y la falta de política de apoyo en varios sectores, como el de la salud, la agricultura, la planificación, el transporte, el procesamiento, la distribución y comercialización de alimentos, la educación, y que acaban siendo consecuencia de cambios alimentarios y de actividad física.

Es importante que a nivel escolar, se promueva una educación en el ejercicio físico diario, evitando el sedentarismo, en la medida de lo posible y fomentando

unos hábitos alimenticios adecuados.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2021[Consultado el 1 de Oct 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Portal Clínic. ¿Qué es la obesidad? [Internet]. Barcelona. 2022 [Consultado el 2 de Oct 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad>.
3. Padilla Vinueza VE, Henri Tisalema, Acosta Gavilanez RI, Jerez Cunalata EI, Moreno Carrión AA, Salvador Aguilar AD. Obesidad Infantil y Métodos de Intervención. [Internet]. Dialnet. 2022 [Consultado el 3 de Oct 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383464>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 99

TUBERCULOSIS: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

1 Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad muy contagiosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Está considerada como una enfermedad de declaración obligatoria y, por tanto, en caso de infección se deben seguir y cumplir unos protocolos.

Estas bacterias, por lo general, atacan a los pulmones, pero también pueden interferir en otras partes del cuerpo, como la columna vertebral, los riñones, etc. No todas las personas infectadas por la bacteria de la tuberculosis se enferman, dando lugar a dos tipos de afecciones: la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de la tuberculosis. Si no se trata adecuadamente, puede llegar a ser mortal.

Esta enfermedad se contagia casi exclusivamente a través de la inhalación de partículas transmitidas por el aire (aerosoles) que contienen estos microorganismos. Se dispersan sobre todo a través del habla, la tos y otros impulsos respiratorios realizados con esfuerzo por individuos con tuberculosis y con un número significativo de microorganismos en su esputo (alrededor de 10.000 microorganismos/mL). Las personas más contagiosas son las que presentan lesiones pulmonares cavitarias.

En el año 2000, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proclamó la tuberculosis como la octava causa de muerte a nivel mundial, y en España ocupó el segundo lugar entre los países de la Unión Europea. Debido a estos puestos epidemiológicos tan preocupantes, se puso en marcha el Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT), el cual produjo una disminución de la incidencia en torno al 40% entre las diferentes Comunidades Autónomas. Esto nos da un aviso del problema de salud pública que originaría la tuberculosis, si no seguimos con un control riguroso de los protocolos de prevención y detección precoz.

2 Objetivos

- Conocer la tuberculosis como enfermedad, saber como detectarla y aplicar una prevención segura.
- Concienciar a la población de que no es una enfermedad extinguida actualmente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio, en español y con una fecha de publicación posterior a 2008.

Se utilizaron palabras clave como tuberculina o prevención.

4 Resultados

Cuando la bacteria de la tuberculosis entra en el organismo de un sujeto, pueden ocurrir tres situaciones, según la función del sistema inmune del sujeto y la virulencia del microorganismo:

- Que no se produzca la infección.
- Que el individuo se infecte, pero sin desarrollar la enfermedad.
- Que desarrolle la enfermedad.

El estado de infección tuberculosa de un individuo no es contagioso para el resto de la población. Además, la infección puede permanecer inactiva por años.

Sin embargo, sí que contagia al desarrollarse la enfermedad de tuberculosis pulmonar.

Sus manifestaciones clínicas pueden ser locales o generales, como sudoración nocturna, febrícula, disnea, fatiga, pérdida de apetito y peso. En el caso de la tuberculosis pulmonar, los síntomas más frecuentes son expectoraciones prolongadas y tos, y en menor medida también puede aparecer disnea, hemoptisis y dolor torácico. Si los dos síntomas principales duran más de 10-15 días, se debería realizar una radiografía de tórax y pruebas microbiológicas para descartar la tuberculosis pulmonar. Esto se debe a que es una enfermedad que podría enmascararse con otras, debido a la coincidencia con otras patologías respiratorias. Para el diagnóstico de la infección tuberculosa, se han utilizado pruebas como el Mantoux o la prueba de la tuberculina (PT) y las pruebas del Interferón Gamma (IGRA) durante años.

La prueba de la tuberculina o Mantoux consiste en la exposición de antígenos específicos de la bacteria de la tuberculosis. Pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso. El procedimiento consiste en inyectar 0.1 ml de derivado proteico purificado de tuberculina por vía subcutánea en el brazo del sujeto, marcando la zona donde se ha realizado. La reacción a la prueba debe ser interpretada entre 48 y 72 horas después de su administración, siendo estos los resultados según el diámetro de la induración:

- De 5 mm o más: positivo en personas con VIH, inmunodeprimidos, previa TBC.
- De 10 mm o mayor: positiva en personas de países con TBC, ambientes de alto riesgo, drogas, patología previa.
- De 15 mm: positiva en personas sin factores de riesgo TBC.

El Mantoux presenta grandes ventajas por su amplia experiencia y su bajo coste, pero presenta reacciones cruzadas con muchas micobacterias no tuberculosas y además, requiere de personal entrenado para ser inyectada y leída.

Las pruebas IGRA consisten en medir la cantidad de interferón gamma que se libera en la sangre del sujeto al ser expuesta a antígenos específicos de las bacterias *M. tuberculosis*.

Las ventajas de esta prueba van ligadas a su mejor reproductibilidad y fácil interpretación, así como al hecho de que no tienen interferencia con la vacuna contra la enfermedad de la tuberculosis.

Desde 1921 se dispone de la vacuna de la tuberculosis, la vacuna *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG). Esta es una cepa atenuada de *M. bovis*, la cual es la única

disponible frente a la TBC, con una duración de protección en el sistema inmune de al menos 10 años y una efectividad residual de hasta 20-25 años. Sin embargo, esta vacuna solamente previene de las formas agudas de TBC en niños pequeños, como la tuberculosis miliar. Por ello, la OMS, recomienda inyectar esta vacuna en los neonatos sanos en países con alta incidencia de tuberculosis, implantando otras estrategias para países con menor incidencia como la vacunación en grupos de riesgo en niños o grupos de población más mayores.

En España, la vacuna BCG se utilizó de manera sistemática entre 1965 y 1980. Más tarde, se dejó de inyectar por el bajo riesgo de infección por *M. tuberculosis* en nuestro país, la variable efectividad de la vacuna frente a TBC pulmonar en adultos y la interferencia de esta con la prueba tuberculina.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro país, debido a la poca incidencia de casos de tuberculosis que ha llevado a prescindir de su vacuna en la cartilla de vacunación, se ha estipulado de manera general y extensiva una falsa creencia de que esta enfermedad ya no convive con nosotros, cuando tiene una alta tasa de contagio y en nuestro siglo ha ocupado un puesto preocupante a nivel mundial de mortalidad.

Su exhaustivo proceso de diagnóstico y riguroso régimen del tratamiento y cuidado del paciente por su tipo de aislamiento, hace de esta enfermedad un gran peso de trabajo para todo el equipo sanitario, teniendo que tener a disposición todos los recursos materiales y humanos disponibles.

Por ello, es de vital importancia seguir con todas las medidas preventivas propuestas para evitar volver a los puestos preocupantes de morbilidad de hace unas décadas.

6 Bibliografía

1. CDCTB. Datos básicos sobre la tuberculosis [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 .
2. Nardell EA. Tuberculosis. Manual MSD versión para profesionales.
3. Caminero Luna JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Rev Clin Esp*. 2015.
4. Guirao Arrabal, E., & Montes Ruiz-Cabello, M. (2020). Métodos diagnósticos de la tuberculosis. *Medicina Clinica*, 154(8), 305–307.
5. Separ, Normativa. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol*, 2008, vol. 44, no 10, p. 551-66.

Capítulo 100

ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento, a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas.

Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad,

cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activará a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

- Exponer e indicar las generalidades y mitos acerca del tema de las vacunas por parte del equipo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe, que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, etc. Y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar, como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad, sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy

poca gente se acuerda ya de la viruela, la cual está erradicada hace muchos años, o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegernos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferior a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo. Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender (UNICEF). Tras las vacunas, en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que las vacunas son medicamentos que proporcionan muchos beneficios, ya que Salva vidas cada año y ayudan a combatir enfermedades, haciendo posible su control, eliminación y hasta incluso erradicación.

Vacunarse es un acto de solidaridad, no solo nos protegemos a nosotros mismos, sino que también protegemos a los demás.

La vacunación es importante a lo largo de toda la vida, no solo en la infancia. Previene complicaciones de enfermedades infecciosas y algunos tipos de cáncer.

Proporciona beneficios sociales y económicos. Es un derecho básico de los ciudadanos.

Forma parte de un estilo de vida saludable. Las vacunas son muy seguras y eficaces.

Es necesario tomar conciencia de los beneficios que las vacunas pueden aportar a cualquier edad.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Información general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Rioja salud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riogano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>.
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Poumerol and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>.
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg;;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org.

Capítulo 101

ENFERMERÍA EN LA PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

1 Introducción

La pielonefritis enfisematosa es considerada como una urgencia urológica que se caracteriza por una afección por infección en el parénquima renal, que puede provocar necrosis y es causada por patógenos que son capaces de formar gas. Se trata de una alteración con un alto potencial de mortalidad por provocar sepsis y otra serie de complicaciones a los pacientes que la sufren. En los últimos años y gracias a los avances en los tratamientos, se ha conseguido reducir la tasa de mortalidad asociada a esta patología, pasando de hasta un 78% entre los años setenta y ochenta a un 20% en la actualidad.

En mujeres, esta patología es mucho más común y con edad de presentación media que ronda los 50 años. Tras diferentes estudios, se ha podido concluir que este aumento de casos en mujeres puede estar relacionado con la mayor facilidad que tiene el sexo femenino de contraer infecciones urinarias durante toda su vida.

También se sabe gracias a distintos estudios que el riñón izquierdo es el que tiene la tasa más alta de ser afectado (65%) a diferencia del riñón derecho (20%). Puede aparecer también, aunque en casos muy raros una afectación de ambos riñones y que supondría el 7% de los casos.

El principal factor de riesgo que pueden tener las personas con esta patología es la diabetes mellitus, que supone el 83% de estos casos y se puede deber en mayor medida a malos controles glucémicos, que hace que se debilite la respuesta inmunitaria bajando la protección del sistema inmunitario y favoreciendo así la aparición de una infección.

Hay una gran cantidad de factores que pueden favorecer la aparición de esta patología, como son:

- Microorganismos capaces de formar gas.
- Alteraciones vasculares junto con una baja irrigación de los vasos que riegan el riñón.
- Inmunidad alterada.
- Obstrucción urinaria por causa patológica, anatómica o funcional.
- Cifras altas de glucosa en la sangre.

La *Escherichia coli* es el patógeno que más se encuentra en los cultivos de orina de estos pacientes (73%), seguido de la *Klebsiella Ppneumoniae* (25%).

2 Objetivos

- Dar a conocer la fisiopatología de la Pielonefritis Enfisematosa.
- Exponer conocimientos e información sobre el tratamiento y abordaje de enfermedad de la Pielonefritis Enfisematosa.

3 Metodología

Para la redacción de este trabajo, ha sido llevada a cabo una investigación que consiste en una revisión de la bibliografía a través de la literatura ya existente y científica. Para ello, se ha realizado una búsqueda de forma sistemática de artículos y libros de algunas bases de datos: Scielo, Medline o Pubmed, seleccionando en cada caso la información que se adapta al presente artículo.

4 Resultados

La mayor parte de los pacientes presentan síntomas como fiebre, dolor lumbar, vómitos y disuria, aunque en algunas ocasiones la sintomatología que manifiesta el paciente es muy poco específica. Otros síntomas más inusuales pueden ser la crepitación y la disnea, así como síntomas atribuibles al shock séptico. En cerca del 49% de los casos la Pielonefritis Enfisematosa cursa con bacteriemia. Se han reportado casos más atípicos en los que el gas llega hasta el páncreas y a discos intervertebrales.

En cuanto a los datos bioquímicos, se puede observar una leucocitosis (75%), alteraciones gasométricas, trombocitopenia (17%), problemas en la función renal y proteinuria.

En lo que respecta al diagnóstico, este se realiza a través de pruebas de imagen radiológicas. Gracias a la radiografía de abdomen, podemos observar el gas que se distribuye por el parénquima en forma de manchas. Este hallazgo se puede confundir con gas a nivel intestinal. Para conocer el alcance del proceso se utiliza la tomografía computarizada, la cual también puede orientarnos para la elección de un tratamiento más favorable en cada caso. Cuando en las imágenes no se puede evidenciar líquido o gas, puede que estemos ante una destrucción del parénquima del riñón, lo que supondría una media de mortalidad del 55%.

El tratamiento de estos pacientes puede llevarse a cabo de tres formas, dependiendo de las características de la patología en cada uno de ellos. Como regla general y si se trata de casos leves, podremos abordar el caso mediante actuaciones como la administración intravenosa de fluidos y corrección del equilibrio hidroelectrolítico, así como una corrección de las cifras de glucemia en los pacientes diabéticos, junto con la administración de antibioterapia. Para estos pacientes es muy importante que se mantengan cifras de tensión sistólica superiores a 100mmHg. En casos más graves, el paciente puede necesitar soporte para la ventilación.

A lo largo de los años y gracias a diferentes estudios, se ha observado que el uso de un catéter Pig Tail para el drenaje en estos pacientes, es favorable para la conservación de la funcionalidad del riñón en el 65% de los casos, reduciendo así la mortalidad. La suma del uso del drenaje percutáneo y un buen tratamiento médico, logran una reducción importante de las tasas de mortalidad.

Como última opción y recurso de tratamiento de estos pacientes encontramos la realización de una nefrectomía de forma urgente, llevada a cabo cuando han fracasado todas las opciones de tratamiento anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, podemos decir que la Pielonefritis Enfisematosa se puede considerar como una patología peligrosa y que puede causar la muerte del paciente que la presenta. Su fisiopatología puede ser muy diversa y ocasiona una reducción del flujo de orina por el sistema urinario, lo que favorece el crecimiento de bacterias aumentando y facilitando la posibilidad de sufrir un shock séptico.

Ya que los síntomas que se presentan son variables, el diagnóstico de la enfermedad puede resultar complicado para el equipo multidisciplinar. En general no existen guías de tratamiento y un consenso para el abordaje de esta patología, sin embargo, existen signos claves como la localización del gas, o el nivel de destrucción a nivel del riñón.

Por último, señalar que es muy importante realizar un buen seguimiento de estos pacientes y es aquí donde enfermería tiene un papel muy importante.

6 Bibliografía

1. Muñoz-Lumbreras Eddy Gabriel, Michel-Ramírez José Manuel, GaytánMur-guía Michel, Gil-García José Fernando, Morales-Ordáz Omar, LujanoPedraza Heriberto et al . Pielonefritis enfisematosa: Revisión de la fisiopatología y tratamiento. Rev. mex. urol. [revista en la Internet]. 2019 Feb; 79(1): e04. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852019000100004&lng=es. Epub 27-Nov-2020
2. Hernández Escalona Juan, Pupo Ricardo Arnel, Consuegra Gómez René Alberto, Verdecia Reyes Julio Yamel, Almira Torres Luis Felipe. Pielonefritis enfisematosa, presentación de un caso. ccm [Internet]. 2020 Jun; 24(2): 810-816. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000200810&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
3. Blanco Díez A., Barbagelata López A., Fernández Rosado E., Casas Muíño R., Chantada Abal V., González Martín M.. Pielonefritis enfisematosa: presentación de un caso y revisión de la literatura. Actas Urol Esp [Internet]. 2003 Out; 27(9): 721-725. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000900010&lng=pt.

Capítulo 102

ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENFOQUE CENTRADO EN EL ERROR HUMANO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

1 Introducción

La seguridad del paciente es una preocupación constante en enfermería. Es importante entender los factores que pueden afectar la atención al paciente. Los errores humanos son inevitables, pero se debe minimizar su impacto y minimizar el riesgo de daño al paciente. El papel del personal de enfermería es crucial para garantizar la seguridad del paciente. Las enfermeras desempeñan una extensa variedad de responsabilidades en la atención al paciente, incluyendo la identificación y evaluación de riesgos, la administración de medicamentos, el seguimiento de la salud del paciente y la colaboración con otros especialistas de la salud. Este enfoque centrado en el error humano implica comprender las causas fundamentales de los errores e implementar estrategias de prevención y remediación. Las enfermeras deben estar capacitadas para reconocer y prevenir

errores en todas las etapas del proceso de atención al paciente. La comunicación y colaboración eficaces entre los miembros del equipo sanitario también son esenciales para garantizar la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es responsabilidad compartida de todos los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería. Un enfoque que se centre en el error humano puede ayudar a reducir el riesgo y mejorar la calidad de la atención al paciente. Al implementar estrategias de prevención y mitigación, las enfermeras pueden garantizar que los pacientes reciban una atención segura y de calidad.

2 Objetivos

Analizar los factores que influyen en los errores humanos en el ámbito de la enfermería, con el fin de comprender sus causas subyacentes y cómo prevenirlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 seguridad del paciente es uno de los desafíos más complejos en la atención médica, mientras que el error humano es la principal causa de eventos adversos en la atención médica. Para asegurar la seguridad del paciente, las enfermeras deben estar capacitadas para identificar y prevenir errores en todas las etapas del proceso de atención, así como colaborar con otros profesionales de la salud para brindar servicios de atención de alta calidad. Una de las funciones principales de las enfermeras es identificar y evaluar las amenazas que podrían afectar la seguridad del paciente. Esto implica identificar factores de riesgo en el entorno del paciente, como caídas, úlceras por presión y problemas de seguridad en el entorno físico, así como identificar factores de riesgo específicos del paciente, como alergias y comorbilidades. Las enfermeras deben estar capacitadas para evaluar y gestionar estos riesgos y adoptar medidas preventivas para reducir el riesgo de daño a los pacientes. Otro papel importante que desempeñan las enfermeras para

garantizar la seguridad del paciente es el uso seguro de los medicamentos. Los errores de medicación son una de las principales causas de eventos adversos en la atención sanitaria y las enfermeras desempeñan un papel esencial en su prevención. Para lograr este objetivo, es importante que las enfermeras sepan qué medicamento están recetando, sus efectos secundarios, interacciones y precauciones, y métodos de administración adecuados. Las enfermeras también deben estar capacitadas para identificar y responder a posibles errores de medicación, como dosis duplicadas, administración incorrecta de medicamentos y efectos secundarios. Vigilar la salud del paciente es otra responsabilidad importante de las enfermeras para garantizar la seguridad del paciente. Las enfermeras deben estar capacitadas para reconocer los signos y síntomas de enfermedades y complicaciones y tomar medidas oportunas para la prevención y el tratamiento. También es importante que las enfermeras estén capacitadas para interpretar los resultados de los exámenes y de laboratorio y para colaborar con otros proveedores de atención médica para brindar una atención integral y coordinada. La seguridad del paciente es una responsabilidad compartida de todos los profesionales sanitarios y las enfermeras desempeñan un papel esencial para garantizarla. Para garantizar la seguridad del paciente, las enfermeras deben estar capacitadas para identificar y prevenir errores en todas las etapas del proceso de atención y colaborar con otros profesionales de la salud para brindar servicios de atención de alta calidad. Con la capacitación adecuada y la implementación de estrategias de prevención y mitigación de errores, las enfermeras pueden brindar atención segura y de alta calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que la seguridad del paciente es un aspecto fundamental en el ámbito de la enfermería y los errores humanos son una de las principales causas de eventos adversos en la atención sanitaria. Los enfermeros son importantes para fomentar la seguridad del paciente, ya que son los profesionales que están más cerca de los pacientes y pueden identificar y prevenir los errores en todas las etapas del proceso de atención. Los enfermeros deben estar capacitados para identificar los riesgos potenciales que pueden afectar la seguridad del paciente, administrar los medicamentos de manera segura. Es importante que los enfermeros colaboren con otras personas de la salud para asegurar una atención coordinada e integral.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Gómez MB, Iglesias-Parra MR. Seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería: revisión bibliográfica. *Revista de Enfermería del IMSS*. 2019; 27(2):77-82.
2. Hernández-Sánchez MT, García-Gómez I, Soler-Sánchez MI. La seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: el papel de la enfermería. *Revista de Enfermería de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2018; 27:12-20.
3. Gómez-González M, Sánchez-Sánchez MM, López-Ortega J, Pérez-Cárceles MD. Análisis de los errores de medicación en enfermería y su relación con la seguridad del paciente. *Revista de Enfermería de la Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2017; 11(3):64-72.
4. Díaz-Fernández MC, Herrera-Rivero MA, Pérez-Hernández C, López-Medina IM, del Pino-Casado R. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos de hospitales españoles. *Revista de Enfermería Intensiva*. 2019; 30(2):50-58.
5. Núñez-González E, Ortega-Galán AM, Rodríguez-Sánchez CA. Análisis de los eventos adversos en pacientes hospitalizados: una revisión bibliográfica. *Enfermería Clínica*. 2017; 27(6):385-392.

Capítulo 103

EL CUIDADO DE LA PIEL Y LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN EL CAMPO DE LA MICROPIGMENTACIÓN ONCOLÓGICA

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

La piel es un órgano de gran complejidad y el más grande del cuerpo. Su estado es un reflejo de salud/enfermedad y de belleza, dado que una piel cuidada es un sinónimo de atractivo. Además, no solo proporciona una buena apariencia externa, sino que mejora la autoestima y confianza del propio sujeto (1).

La enfermería trata diariamente con las siguientes etiquetas diagnósticas extraídas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): “deterioro de la integridad cutánea”, “riesgo de deterioro de la integridad cutánea”, “deterioro de la integridad tisular” y “riesgo de deterioro de la integridad tisular”. En

consecuencia, debe tener a profesionales altamente cualificados para el desempeño de sus competencias en relación con el cuidado de la piel, resaltando así el papel de la enfermera dermoestética (2). Como profesionales, las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para promover la salud de la población sobre el tratamiento de la piel y prevenir los trastornos relacionados que deriven en alteraciones sistémicas, empoderando al paciente en su autocuidado para un mayor bienestar y calidad de vida (3, 4).

El gran incremento en los últimos años de patologías, que en muchos casos tienen consecuencias visibles en órganos externos, repercute en el bienestar físico y psicológico de los pacientes. Por ello, tras finalizar el proceso de reconstrucción quirúrgica y con el fin de evitar que estas personas sean sometidas de nuevo a una cirugía, surgen novedosos tratamientos, entre los que cabe destacar la micropigmentación, creándose recientemente en los servicios de oncología de algunos hospitales unidades específicas de micropigmentación oncológica dirigidas por enfermería para aquellas pacientes intervenidas de cáncer de mama y sometidas a un proceso de reconstrucción. Podemos deducir, por tanto, que es cuestión de tiempo el aumento de la visibilidad de nuestra profesión en este ámbito.

2 Objetivos

1. Identificar las competencias enfermeras en el estudio y cuidado de la piel.
2. Analizar el papel de la enfermera en el campo de la micropigmentación oncológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera estética está capacitada para la realización de un abordaje multidisciplinar que integra aspectos físicos, sociales, psicológicos y emocionales del paciente con el objetivo de mejorar su calidad de vida a través de la promoción y

prevención de la salud. Un buen vínculo terapéutico permite analizar el arquetipo de belleza arraigado por el paciente y la motivación para la realización de procedimientos estéticos, identificando precozmente factores que predispongan a una distorsión del propio cuerpo que requieran, mediante educación sanitaria, potenciar la aceptación del mismo y desarrollar una actitud crítica ante los estereotipos socialmente implantados (1).

La micropigmentación consiste en la introducción de una serie de pigmentos debajo de la epidermis mediante punciones efectuadas con un dermógrafo conectado a una serie de agujas muy finas. Se diferencia de los tatuajes en la profundidad, los cuales se realizan a nivel de la dermis, y en la composición del pigmento, consiguiendo resultados más naturales e ínfimas o nulas reacciones cutáneas al tratarse de pigmentos inorgánicos inertes testados dermatológicamente. Esta técnica es semipermanente debido a la continua regeneración de la epidermis, por lo que requiere periódicamente retoques, aunque con la ventaja de ser mínimamente invasiva. El procedimiento está contraindicado en pacientes alérgicos, en tratamiento con anticoagulantes o antibióticos, o bien en diabetes no controladas (5, 6).

La micropigmentación estética se emplea para maquillaje de labios, delinear los ojos, perfilar cejas e incluso recrearlas cuando son inexistentes. Por otra parte, la micropigmentación paramédica se aplica en pacientes que tienen o han tenido una patología médica como el camuflaje de vitíligo, de cicatrices en el cuero cabelludo tras un trasplante capilar, de lesiones por quemaduras (en colaboración con la unidad de grandes quemados) o por un accidente de tráfico, además de tumores a nivel facial y labios leporinos, entre otras (6).

Dentro de esta gran variedad de vertientes se encuentra la micropigmentación oncológica que consigue la creación del complejo areola-pezones (CAP) postmastectomía, además de los tratamientos estéticos para combatir los efectos de la quimioterapia. Las repercusiones físicas, emocionales, psicológicas o psicosociales tras recibir un diagnóstico de cáncer suelen generar cambios negativos en la autoestima y la imagen corporal, más aún tras una mastectomía, debido a que el pecho se ha asociado siempre como símbolo de feminidad. Esta técnica favorece el empoderamiento de las mujeres al reconciliarse con su cuerpo y sentirse plenas, cerrando esa etapa del cáncer de mama y siguiendo adelante con sus vidas (7).

5 Discusión-Conclusión

La demanda de cuidados estéticos con el objetivo de alcanzar el bienestar emocional, ligado este a la autoestima y a la percepción del propio cuerpo, no solo surge de los estereotipos de belleza actuales, sino que en muchos casos son consecuencia de patologías que provocan efectos visibles no deseados.

En este contexto surge el potencial ámbito de la enfermería estética, que implica un modelo integral y un abordaje biopsicosocial del paciente a partir de profesionales capacitados e instruidos en la mejora y potenciación de cuidados integrales de la piel y en el empleo de diferentes técnicas estéticas como la micropigmentación dentro de la oncología médica.

6 Bibliografía

1. Mahto A. La biblia del cuidado de la piel. 1a ed. Barcelona: Planeta; 2019.
2. Lerma García D, Lanzas Pérez JM. Enfermería dermoestética y taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). En: BIAH 2018 International Congress of Body Image & Health 6,7 y 8 de junio de 2018: Libro de actas. Editorial Universidad de Almería (edual); 2019. p. 156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8317277>.
3. Rusell N. Exploring the role of aesthetic nurse in public health and patient education. *J Aesthet Nurs*. 2013; 2 (4): 174-177. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/joan.2013.2.4.174>.
4. Boyajian JL, Ghebretatios M, Schaly S, Islam P, Prakash S. Microbiome and Human Aging: Probiotic and Prebiotic Potentials in Longevity, Skin Health and Cellular Senescence. *Nutrients*. 2021; 13 (12): 4550. DOI: 10.3390/nu13124550.
5. González-López E, Marzo-Martínez A, Saceda-Legaz O, Sáez-Gómez N, Osorio-Álvarez S, Oltra-Rodríguez E. Micropigmentación de areola y pezón dentro de la atención integral de la mujer mastectomizada. *Enferm Dermatol*. 2021; 15(44): e01-e06. DOI: 10.5281/zenodo.5810700.
6. Domingo Rakosnik A. “La micropigmentación es un trabajo muy artístico” [Internet]. *La Razón*. 1 de diciembre de 2013 [citado el 27 de enero de 2023]: 10-11. Disponible en: http://www.micropigmentacion.info/wp-content/uploads/2018/08/LA_RAZON.pdf.
7. Collingridge K, Calcluth J. Micro-pigmentation: implications for patients and professionals. *Br J Nurs*. 2005; 14 (15): 818-22. DOI: 10.12968/bjon.2005.14.15.18600.

Capítulo 104

FLIPPED LEARNING: ¿ES UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN EL APRENDIZAJE DE LOS ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

JORGE PÉREZ PÉREZ

LUCÍA MORENO BRIONES

ALBERTO MARTÍNEZ GARRIDO

1 Introducción

Dada la significativa importancia atribuida a la educación en el desarrollo de comportamientos profesionales, se torna esencial enriquecer las aptitudes de los profesionales de enfermería mediante una formación altamente especializada. El objetivo primordial de los programas de formación de enfermería radica en la preparación de enfermeras con la capacidad y conocimientos suficientes para ofrecer atención de calidad (1). Algunos estudios ponen de manifiesto que los estudiantes de enfermería consideran que la educación de enfermería debe enfocarse en el desarrollo de aptitudes profesionales. Aunque diversos métodos educativos se emplean en entornos universitarios, la enseñanza tradicional prevalece como el enfoque más predominante. Este método presenta desventajas como la transmisión unidireccional de información, la prolongación de las clases y la dificultad de retener los contenidos expuestos durante largos intervalos de tiempo (2).

Al igual que en otras disciplinas, muchos programas de enfermería aún confían en conferencias magistrales. Sin embargo, este método no aborda de manera adecuada las aptitudes personales de los estudiantes, minimiza su participación y promueve un aprendizaje superficial. Para superar estas limitaciones, los educadores han adoptado enfoques de aprendizaje más participativos y dinámicos. A comienzos del siglo XXI, se identificó una marcada discrepancia entre la educación y la práctica de la enfermería, lo que impulsó un llamado a una reforma profunda en la educación en enfermería. Con ese propósito, MacKinnon, entre otros, propuso reformas en el sistema educativo, instando a alejarse de la enseñanza de conocimientos aislados y a mejorar la integración del aprendizaje activo en el aula. Para alcanzar tales metas, es esencial la incorporación de enfoques instruccionales novedosos e innovadores en la educación de enfermería (3). Numerosos factores han contribuido de manera acumulativa a la aparición de diversos desafíos en el contexto de la enseñanza tradicional en la Educación Profesional de la Salud (HPE), entre los cuales se incluyen la accesibilidad a tecnologías digitales, la habilitación digital de los estudiantes, la expansión significativa de la oferta de cursos, la proliferación del conocimiento factual dentro de los programas académicos, el crecimiento constante del acervo de conocimientos en el campo de la salud, los avances en las disciplinas relacionadas con la salud y las inversiones en la investigación y el desarrollo de la enseñanza y el aprendizaje. Como respuesta a este panorama, han surgido nuevos sistemas de entrega educativa que fomentan activamente el proceso de aprendizaje en el ámbito de la Educación Profesional de la Salud. Estudios previos han corroborado que la participación activa representa un método eficaz para potenciar la adquisición de conocimientos y la comprensión de los contenidos. En aras de intensificar la interacción durante el proceso de aprendizaje, se han implementado estrategias pedagógicas que promueven el aprendizaje activo en el marco de las conferencias tradicionales, involucrando a los estudiantes en actividades prácticas y estimulándolos a reflexionar sobre sus acciones. Un ejemplo paradigmático de aprendizaje activo consiste en la realización de discusiones colaborativas, en las cuales un estudiante, luego de reflexionar individualmente sobre una pregunta planteada durante la conferencia, se reúne con un compañero de clase para debatir sus ideas, y posteriormente comparte su respuesta con el conjunto de la clase (4). La aplicación de enfoques de aprendizaje contemporáneos se revela como un medio eficaz para elevar las capacidades profesionales de las enfermeras, incluyendo aquellas especializadas en el triaje. Entre estos métodos modernos, se destaca el modelo de aula invertida, caracterizado por su enfoque particular en la presentación de información (2).

En el año 2007, el concepto de “Aula Invertida” (Flipped Classroom) fue formalizado por Bergmann y Sams, quienes desempeñaban funciones de profesores de química en la Woodland Park High School, ubicada en Colorado, Estados Unidos. Su principal objetivo era garantizar que aquellos estudiantes que, por diversas circunstancias, no podían asistir a clases presenciales pudieran mantener el ritmo de aprendizaje del curso sin sufrir desventajas. Para lograrlo, Bergmann y Sams impulsaron la grabación y distribución de materiales audiovisuales, y también observaron que este enfoque permitía al docente enfocarse de manera más precisa en las necesidades de aprendizaje individuales de cada estudiante. En el año 2014, un grupo de educadores implementó estas estrategias pedagógicas y fundó la Red de Aprendizaje Invertido (Flipped Learning Network, FLN) (Flipped Learning Network (FLN), sin fecha), definiendo el Aprendizaje Invertido como “un enfoque pedagógico en el cual la instrucción directa se desplaza del entorno de aprendizaje grupal al individual, transformando el espacio restante en un ambiente de aprendizaje dinámico e interactivo, en el que el educador guía a los estudiantes en la aplicación de conceptos y su compromiso creativo con el contenido del curso”. Asimismo, identificaron cuatro pilares fundamentales del aprendizaje invertido (FLIP):

- Entorno flexible: Los estudiantes tienen la autonomía de decidir cuándo, dónde y cómo llevar a cabo su proceso de aprendizaje.
- Cultura de aprendizaje: Se promueve un modelo centrado en el estudiante, en el que estos asumen la responsabilidad de su propio aprendizaje, utilizando el tiempo de clase para profundizar en materias que requieren mayor atención.
- Contenido intencional (contenido objetivo): Los educadores priorizan el contenido que los estudiantes pueden abordar de manera independiente, creando materiales pertinentes y empleando eficazmente el tiempo en clase mediante enfoques de aprendizaje activo ajustados al nivel y el área académica.
- Educador profesional: A pesar de que el papel del educador en el aula invertida puede parecer menos central en comparación con el enfoque tradicional, durante las clases, el docente se encuentra disponible para brindar retroalimentación individual o grupal, evaluar mediante observación y registro, y actuar como intermediario con otros educadores para completar la instrucción (5).

En consecuencia, el enfoque del aula invertida se fundamenta en el aprendizaje activo, que se define como cualquier estrategia de instrucción que involucra activamente a los estudiantes en el proceso de aprendizaje, y que consta de tres componentes principales:

- Instrucción individual previa a la clase, que a menudo se basa en recursos digitales preparados por el docente y permite que los estudiantes se involucren

con el contenido, incluyendo lecturas, visualización de conferencias pregrabadas en forma de videos webcast o diapositivas narradas de PowerPoint, podcasts y vídeos interactivos.

- Durante el tiempo de clase, prevalece el trabajo colaborativo a través de actividades grupales interactivas, que se centran en permitir que los estudiantes apliquen los conceptos, interactúen y compartan ideas utilizando múltiples modalidades.
- Después de las clases, se establece un proceso de evaluación mediante retroalimentación, resolución de dudas y aclaración de conceptos (6).

Por ello, la presente revisión bibliográfica pretende describir la información científica más recientemente publicada sobre la metodología de aula invertida.

2 Objetivos

- Describir los diferentes enfoques utilizados en la metodología de aula invertida en estudiantes de enfermería.
- Analizar la efectividad del empleo de la estrategia de aula invertida en comparación con un planteamiento de enseñanza tradicional.
- Examinar si la enseñanza de aula invertida puede ser aplicada en la formación de las enfermeras de triaje.

3 Metodología

El presente trabajo ha seguido un diseño de revisión bibliográfica narrativa con el objetivo de analizar la información e investigación existente respecto al flipped learning como metodología de enseñanza en enfermería.

Para su consecución se fijaron diferentes fases de desarrollo. En la primera etapa se empezó con una búsqueda inicial con la finalidad de conocer los antecedentes y la delimitación del tema de estudio. En esta fase preliminar se consultaron varias bases de datos como PubMed, SciELO y Dialnet, además, también se incorporó el buscador Google Scholar. En la segunda fase se decidió ampliar la búsqueda anterior a través de los portales digitales de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Una vez iniciada la tercera fase del trabajo, se llevó a cabo la redacción del documento.

Los criterios de inclusión utilizados en la presente revisión bibliográfica son los siguientes: 1) documentos científicos que abordasen directamente el objetivo de estudio; 2) material disponible con texto completo; 3) escritos preferentemente

redactados en inglés al ser el más utilizado en las publicaciones científicas, y español al tratarse el idioma de presentación; 4) textos publicados entre los años 2015-2023

Los criterios de exclusión aplicados en la presente revisión bibliográfica son los siguientes: 1) artículos que considerasen el tema de estudio desde una perspectiva diferente (perspectiva más médica); 2) artículos sin acceso a texto completo; 3) documentos redactados en idiomas distintos al español o inglés; 4) artículos publicados con anterioridad a los límites establecidos

Para finalizar la estrategia, se amplió la búsqueda de literatura científica a partir de la técnica de “bola de nieve”. A través de ella se revisaron las referencias bibliográficas citadas en los artículos consultados siempre y cuando fueran acordes con los criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo. A su vez, también se realizó una revisión de los artículos científicos nombrados en PubMed bajo la categoría de “Similar Articles” y “Cited By” con la finalidad de encontrar artículos relacionados con el objeto de estudio.

Se recogieron un total de 8 investigaciones científicas, de los cuales, 8 son artículos científicos, y todas ellas son en inglés.

4 Resultados

Existe una extensa gama de actividades o estrategias utilizadas durante la metodología de aula invertida. Todas ellas se han agrupado principalmente en 3 categorías:

Actividades previas a la docencia:

1. Estudio individual autodirigido.
2. Revisión crítica de artículos, libros de texto y recursos electrónicos.
3. Acceso a conferencias en línea previamente grabadas.
4. Utilización de encuestas en línea como herramienta de evaluación.
5. Presentaciones basadas en PowerPoint con narración.
6. Empleo de videos didácticos instructivos y animaciones para ilustrar conceptos.
7. Utilización de módulos interactivos de aprendizaje electrónico (e-learning) a través de una plataforma web.
8. Lectura dirigida para profundizar en áreas específicas de estudio.
9. Práctica en un laboratorio interactivo con simulaciones para el desarrollo de habilidades.

10. Participación en foros de discusión para el intercambio de ideas y conocimientos.
11. Visualización de minivideos previamente grabada que abordan temas específicos.
12. Resolución de hojas de trabajo y acceso a podcasts educativos.
13. Análisis de casos de pacientes a través de recursos disponibles en plataformas como YouTube (6).

Actividades durante la docencia:

1. Discusiones críticas que promueven el análisis y la reflexión profunda.
2. Estudios de caso que permiten la aplicación de conocimientos teóricos a situaciones prácticas.
3. Juegos de rol que fomentan la exploración de roles y escenarios.
4. Resolución de problemas como medio para desarrollar habilidades analíticas y de resolución.
5. Simulaciones en el aula que recrean situaciones de la vida real para mejorar la toma de decisiones y la competencia clínica.
6. Retroalimentación formativa sobre el progreso en el desarrollo de habilidades.
7. Actividades en grupos pequeños, como presentaciones, proyectos colaborativos y discusión de temas específicos.
8. Proyectos individuales que promueven la autonomía y la responsabilidad del estudiante.
9. Búsquedas en línea que fomentan la habilidad de búsqueda y evaluación de información.
10. Vídeos con respuestas cronometradas para la mejora de la toma de decisiones bajo presión temporal.
11. Sesiones de preguntas y respuestas que brindan oportunidades para aclarar dudas y profundizar en conceptos.
12. Mapeo conceptual para visualizar y organizar ideas y conceptos clave.
13. Instrucción entre pares que permite el aprendizaje colaborativo y el intercambio de conocimientos.
14. Prácticas relacionadas con el manejo de medicamentos que garantizan la seguridad y precisión en la administración de tratamientos farmacológicos (7).

Actividades post-docencia:

1. El uso de diarios de aprendizaje, que permiten a los estudiantes llevar un registro personal de su progreso, experiencias y reflexiones a lo largo del curso.
2. La promoción del autoaprendizaje, que alienta a los estudiantes a asumir la

responsabilidad de su propio proceso de adquisición de conocimientos y habilidades.

3. La reflexión, que involucra la revisión crítica de experiencias pasadas para extraer lecciones y generar una comprensión más profunda.

4. La realización de evaluaciones, que abarcan pruebas, exámenes y evaluaciones formativas para medir el nivel de conocimiento y competencia alcanzado.

5. La participación en discusiones, ya sean en formato presencial o en línea, que fomentan el intercambio de ideas, el debate y el desarrollo de habilidades de comunicación y pensamiento crítico (6).

Asimismo, para analizar la efectividad de la metodología aula invertida en comparación con la metodología tradicional se han utilizado 3 variables principalmente como son las competencias, la satisfacción y el rendimiento académico. En relación con las competencias, hasta 92 estudios recogidos en la revisión sistemática realizada por Barranquero y colegas reflejaron una mejora de las competencias a través de la enseñanza en aula invertida. En ellos, se demostraron una mejora de la confianza y de la capacidad de autoaprendizaje. Además, otro de los aspectos que se mejoraron en comparación con la metodología tradicional fueron la autogestión, la motivación y el control del ritmo del curso. Por otro lado, en relación con la satisfacción se ha sugerido que puede estar inversamente relacionada con un mayor rendimiento. Sin embargo, hasta la fecha se desconoce si la mejora de la satisfacción se ha traducido en mejores resultados académicos. No obstante, los estudiantes han reflejado un alto grado de satisfacción con dicha metodología (4,5). Por último, al analizar de forma específica los resultados académicos, hasta 122 estudios incluidos en la revisión mostraron mejores resultados mediante el uso de la metodología de aula invertida, aunque 17 reflejaron peores resultados (5). Estos resultados están en consonancia con otra revisión sistemática que justificó que el rendimiento fue mayor en el grupo de clase invertida en comparación con el grupo tradicional (4). No obstante, se han descrito barreras que dificultan el desempeño de esta metodología, como son la accesibilidad a internet, el factor tiempo y la preocupación por la calidad de material recibido (5).

En relación con la utilización del aprendizaje invertido en la formación y habilidad de los profesionales de enfermería, un estudio realizado en Irán diseñó una propuesta siguiendo la metodología anteriormente descrita sobre enseñanza pre, intra y post docencia. Los resultados del presente estudio evidenciaron un incremento sustancial en las puntuaciones promedio relacionadas con el conocimiento y la competencia profesional de las enfermeras de triaje en ambos grupos, inmediatamente posterior a la intervención. No obstante, al efectuar la medición un mes

después de la intervención, se constató que el aumento era significativo únicamente en el grupo sometido a la metodología de aula invertida. Este hallazgo sugiere que, a largo plazo, las aulas invertidas demuestran ser más efectivas que las clases magistrales para el mejoramiento del nivel de conocimiento y la competencia profesional de las enfermeras de triaje. En consecuencia, se recomienda encarecidamente la implementación de las aulas invertidas como una estrategia educativa eficaz y de gran relevancia en el ámbito de la formación clínica de enfermería y para los estudiantes de enfermería en general (8).

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos de los últimos años han propiciado el desarrollo de enfoques pedagógicos innovadores, entre los cuales se destaca el modelo de aula invertida, que ha ganado reconocimiento y ha demostrado su efectividad en la formación de estudiantes de enfermería a nivel universitario. No obstante, es evidente la necesidad de llevar a cabo una investigación más profunda y exhaustiva en relación con esta metodología educativa para que pueda consolidarse como una opción preferente en la enseñanza. Para respaldar de manera sólida la adopción del enfoque de aula invertida, es imperativo que la evidencia disponible esté respaldada por métodos de investigación más rigurosos, los cuales confirmen los hallazgos obtenidos en esta revisión sistemática de revisiones sistemáticas e integradoras. Esto, a su vez, fortalecerá su aplicabilidad en contextos de educación superior y en distintos entornos educativos. El potencial para la implementación del enfoque de aula invertida es significativo, sin embargo, es necesario desarrollar herramientas de evaluación validadas para este método. Asimismo, se requiere una mayor diversidad de plataformas educativas, tecnologías, estrategias de aprendizaje y prácticas validadas que orienten a los educadores que deseen hacer la transición desde el método de enseñanza tradicional hacia el enfoque de aula invertida. Este enfoque puede servir como un referente crucial para investigadores interesados en la metodología de aula invertida en el futuro.

A pesar de la abundancia de investigaciones relacionadas con el uso del enfoque de aula invertida como estrategia de instrucción, es notorio que la mayoría de estos estudios carece de un diseño riguroso. Con miras a mejorar la base de evidencia en esta área, es esencial prestar atención a ciertos aspectos clave al planificar ensayos futuros del enfoque de aula invertida. En particular, es imperativo que se implementen procedimientos de asignación al azar rigurosos y se considere el uso de tamaños de muestra más amplios. Asimismo, es esencial resaltar

la importancia de que los estudios incluyan al menos un resultado común, lo que permitirá llevar a cabo un análisis formal de la evidencia de manera más efectiva. Para incrementar la transparencia y reducir el sesgo en la investigación, se recomienda proporcionar descripciones detalladas de los protocolos de los ensayos y los planes de análisis antes de la publicación de los resultados. En aras de avanzar en el conocimiento sobre la efectividad del enfoque de aula invertida, se insta a llevar a cabo una mayor cantidad de estudios de investigación, empleando diseños prospectivos aleatorios y considerando clases de mayor tamaño. Esto resultará fundamental antes de que esta metodología de enseñanza pueda ser adoptada de manera generalizada.

6 Bibliografía

1. Torabizadeh C, Mahnazrakhshan, Zhilafreidooni, Njimehbeygi, Bijani M. Capacidad profesional en enfermería. *Int J Pharm Res.* 2019; 11 (1): 556–566. [Google Scholar] [Lista de referencias]
2. Javadi M, Gheshlaghi M, Bijani M. A comparison between the impacts of lecturing and flipped classrooms in virtual learning on triage nurses' knowledge and professional capability: an experimental study. *BMC Nurs.* 2023 Jun 15;22(1):205. doi: 10.1186/s12912-023-01353-2. PMID: 37322487; PMCID: PMC10267555.
3. MacKinnon K, Marcellus L, Rivers J, Gordon C, Ryan M, Butcher D. Experiencias de estudiantes y educadores del aprendizaje materno-infantil basado en simulación: una revisión sistemática de evidencia cualitativa. *Rep. de implementación del sistema de base de datos JBI*, 2017; 15 (11): 2666–2706. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003147. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Lista de referencias]
4. Naing C, Chellappan DK, Shew Fung W, Riegelman A, Whittaker MA. PROTOCOL: The effects of flipped classrooms to improve learning outcomes in undergraduate health professional education: A systematic review. *Campbell Syst Rev.* 2019 Sep 5;15(3):e1041. doi: 10.1002/cl2.1041. PMID: 37131514; PMCID: PMC8356498.
5. Barranquero-Herbosa M, Abajas-Bustillo R, Ortego-Maté C. Effectiveness of flipped classroom in nursing education: A systematic review of systematic and integrative reviews. *Int J Nurs Stud* 2022;135:104327. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104327>.
6. Liu Y., Li Y., Lei M., Liu P., Theobald J., Meng L., Liu T., Zhang C., Jin C.. Effectiveness of the flipped classroom on the development of self-directed learning in nursing education: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing.* 2018;5(4): 317-329.

<https://doi.org/10.1515/fon-2018-0032>

7. Oliver R, Luther L. Flipping the graduate nursing classroom: An integrative review. *J Nurs Educ* 2020;59:305–10. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200520-02>.

8. Javadi M, Gheshlaghi M, Bijani M. A comparison between the impacts of lecturing and flipped classrooms in virtual learning on triage nurses' knowledge and professional capability: an experimental study. *BMC Nurs*. 2023 Jun 15;22(1):205. doi: 10.1186/s12912-023-01353-2. PMID: 37322487; PMCID: PMC10267555.

Capítulo 105

ACTUALIZACIÓN EN REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

NOELIA ANTÓN RUANO

1 Introducción

Según la OMS: "una reacción adversa medicamentosa (RAM) es todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un agente farmacológico a las dosis normalmente utilizadas en los humanos para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o con objeto de modificar una función biológica."

Todo medicamento puede producir algún efecto adverso no deseado, que se denomina 'reacción adversa a medicamentos'. Por eso, las RAM suponen un problema de gran impacto sanitario y económico y multitud de estudios lo demuestran. En concreto según los resultados del estudio APEAS hablaríamos de casi 19 millones de efectos adversos atribuibles a medicamentos, de los que algo más de un millón serían graves.

Las reacciones adversas medicamentosas pueden producir elevar el número de muertes y de costes, bien sea por derivar en un ingreso hospitalario o alargarlo.

En cada comunidad autónoma existe un servicio de farmacovigilancia, que aúna todos los datos en la base de datos FEDRA (Farmacovigilancia Española Datos de Reacciones Adversas) que almacena y estudia las sospechas de RAM y emite una resolución.

Es por ello importante saber qué hacer ante una reacción medicamentosa, como podemos minimizar las causas, su posible prevención y cómo notificarla.

2 Objetivos

Dar a conocer que es una reacción adversa medicamentosa y la población de riesgo para las mismas.

Explicar cómo prevenir las RAM u cómo comunicar posibles RAM ante los servicios de farmacovigilancia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda para la realización de esta revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, como "Pubmed", "SCIELO", "ELSEVIER", páginas web oficiales y revistas de referencia.

Se han usado como Descriptores los términos: Reacción alérgica medicamentosa, sistema de vigilancia, toxicidad medicamentos.

De todos los artículos encontrados, se seleccionaron 4 y una página web del Ministerio de Sanidad

4 Resultados

Una RAM sería "cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva o no intencionada, y que tenga lugar a las dosis que normalmente se aplican en el ser humano, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas"

Se clasificarían en dos tipos:

- Tipo A ("augmented") se producen por el aumento en la acción del fármaco cuando se administra a la dosis terapéutica normal.

Entre sus características encontramos que son :

- Propias del fármaco,

- Dosis dependiente
- Previsibles
- Comunes 80%
- Pre-comercialización
- Sobredosificación relativa, Toxicidad, Efectos colaterales y/o secundarios, Teratogénesis, carcinogénesis.

- Tipo B (“Bizarro”) son aquellas que no están entre las propiedades conocidas del fármaco.

Entre sus características:

- Hipersensibilidad e idiosincrásicas
- Dosis independiente
- Imprevisibles
- Raras
- Post-comercialización.
- Hipersensibilidad, Alergia y Pseudoalergia, Intolerancia

Los factores responsables de dicha RAM puede ser

- Propios del fármaco: propiedades / interacciones
- No propios del fármaco: intrínseco/extrínseco
- Por mal uso del fármaco
- Relacionados con la dosis: farmacocinética y farmacodinámica del fármaco
- No relacionados con la dosis (mecanismos inmunológicos). Son los más frecuentes

Vamos a hablar de estos últimos mecanismos (los inmunológicos), ya que son los más habituales. Los más comunes que se pueden desencadenar:

- Fiebre
- Erupciones cutáneas diversas:
 - Urticaria- angioedema. Exantemas maculopapulares
 - Exantema fijo. Dermatitis y urticaria de contacto
 - Eritema exudativo multiforme
 - Foto sensibilidad. Dermatitis exfoliativa
- Alteraciones sanguíneas:
 - Trombocitopenia, neutropenia , agranulocitosis
 - Anemia hemolítica y anemia aplásica

- Erupciones purpúricas. Vasculitis.
- Necrólisis epidérmica tóxica
- Angioedema
- Shock anafiláctico
- Alteraciones respiratorias
- Enfermedad del tejido conjuntivo
- Enfermedades de la sangre.

La población de riesgo para sufrir mayor número de RAM encontramos:

- Niños menores de 5 años
- Adultos en situaciones de vulnerabilidad, como sobredosificación accidental en cuidados paliativos (opiáceos) o en diabéticos
- Adultos mayores de 65 años. Mayor incidencia en la toma de anticoagulantes y antidiabéticos orales, anticonvulsivantes y antiarítmicos.

La prevalencia media de las RAM en el anciano es del 30%. El eje central sería la prevención. Para ello es fundamental mejorar y reducir la prescripción farmacológica al mínimo necesario . Haciendo énfasis en este aspecto, hablamos de que se podría evitar desde un 13% hasta un 80% de RAM.

Entre las recomendaciones generales para fomentar la prevención, encontramos:

- Entrevista: conocer fármacos prescritos al paciente, así como productos de herbolario, y automedicación.
- Preguntar por antecedentes de alergia o hipersensibilidad
- Reducir los medicamentos prescritos a los estrictamente necesarios, manteniendo un correcto seguimiento. Mantener los fármacos el menor tiempo posible y reevaluar su uso de una forma periódica.
- Atención con los fármacos con margen terapéutico estrecho
- Saber el mecanismo de acción de los fármacos

FARMACOVIGILANCIA

El objetivo de la farmacovigilancia es: " proporcionar información sobre la seguridad de medicamentos que se encuentran en el mercado, con el fin de asegurar que la relación beneficio/riesgo es favorable".

En nuestro país tenemos un sistema de farmacovigilancia para la recogida de datos sobre RAM, llamado Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso Humano (SEFV-H). Su objetivo es recoger y aunar las notificaciones de casos de sospecha de RAM.

La FEDRA (Farmacovigilancia Española Datos de Reacciones Adversas) es la Base de datos donde se cifran y guardan todas las sospechas de RAM. Está descentralizada e integrada con el resto. Existen 17, una por cada comunidad autónoma. Mantiene la privacidad de datos, tanto del paciente como del notificador.

Todo aviso de reacción comunicada, se evalúa junto con información procedente de estudios clínicos, y diferentes registros.

El Sistema de farmacovigilancia aúna las actividades que los centros de cada Comunidad Autónomas realiza, para almacenar y dar resolución a las notificaciones recibidas sobre RAM. El encargado de su coordinación es el Ministerio de Sanidad y Consumo, por medio de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, a través de la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia.

¿Entonces: quién puede hacer la notificación de una posible RAM ? La pueden hacer todos los ciudadanos, no solamente los profesionales sanitarios.

¿Cómo podemos notificar una RAM? En nuestro sistema existen varias formas:

- A través de la web: <https://www.notificaRAM.es>
- Por correo ordinario. Rellenando la tarjeta amarilla del Centro de Farmacovigilancia y enviarla al Centro Autonómicos del SEFV-H

En la notificación registraremos:

1. Nombre, vía de administración, dosis, frecuencia y fecha de administración del fármaco sospecho de la RAM. Si es una vacuna o fármaco biológico: nombre, marca comercial, número de lote y fecha de caducidad.
- 2 . Una exposición de la RAM. Cuando se produjo la reacción, la gravedad, el tratamiento administrado, y los efectos de dicha reacción.
3. Datos del paciente: Nombre completo (si es posible número de Historia clínica), peso, sexo, y edad.
4. Datos de la persona que notifica la RAM

Los profesionales sanitarios estamos en la obligación de notificar cualquier RAM:

- Notificar toda sospecha de reacción adversa en la práctica habitual y notificarla lo más rápido posible.
- Conservar la documentación clínica de la sospecha, para poder hacer el estudio y seguimiento del caso.
- Colaborar con el Sistema Español de Farmacovigilancia, aportando la informa-

ción necesaria para la evaluar el caso.

- Actualizar la información relativa a los fármacos que habitualmente prescriban, dispensen o administren.
- Cooperar con el departamento responsable de farmacovigilancia del Laboratorio farmacéutico al que corresponde el fármaco sospechoso.
- Cooperar con la AEMP y los órganos competentes, en comprobación de la seguridad de los medicamentos de uso humano.

Aun así existe un bajo índice de notificación. Entre las posibles causas podríamos encontrar:

- Creencia que las RAM están bien documentadas cuando el fármaco es comercializado
- Limitaciones a la hora de relacionar un medicamento prescrito con un efecto adverso observado
- La mayoría de profesionales, sólo declararían una RAM ante seguridad absoluta
- El pensamiento de que el sistema de notificación es demasiado complicado y lleva demasiado tiempo notificar.
- Temor a consecuencias legales. Hay ausencia total de acciones legales ante esta notificación

Una vez que se el SEV-H ha estudiado la sospecha de reacción se llevan a cabo una serie de Medidas reguladoras, entre las que podemos encontrar:

1. El medicamento se siga comercializando, con alguna diferencia:
 - Cambiando las condiciones de uso
 - Difundiendo información de seguridad a todos los profesionales
 - Con la exigencia a la Farmacéutica, de realización de estudios específicos
 - Otras acciones que minimicen el riesgo:
 - Limitar la prescripción médica a especialistas
 - Recomendar medicamentos de segunda elección
2. Prohibir su comercialización
 3. Distribuir notas de los resultados a través de la AEMPS.
 - En su web: www.aemps.gob.es
 - A las Comunidades Autónomas
 - En los Colegios Oficiales
 - Sociedades Científicas
 - Boletines de Farmacovigilancia

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que las RAM, a pesar de que no se les concede la importancia que debería, son un importante problema de salud. Su impacto económico y sanitario lo demuestra. Podemos afirmar que la mejor manera de disminuir su incidencia sería su prevención, sobretodo vigilando a la población de riesgo, como son los ancianos, los adultos en situaciones vulnerables (pacientes en cuidados paliativos, diabéticos...) y los menores de cinco años.

Así pues se pone de manifiesto la importancia de notificar cualquier RAM observada, para que así los sistemas de Farmacovigilancia conozcan, estudien, evalúen y lleven a cabo las medidas oportunas ante dicha reacción.

La notificación puede hacerla cualquier ciudadano, pero los profesionales sanitarios estaríamos en la obligación de hacerlo, sin que ello conlleve consecuencia legal alguna.

6 Bibliografía

1. Navarro-Calderón E, Navarro MJ, Muelas J, Escoms V, Rodríguez R, Salazar A. Importancia de la búsqueda activa en la detección de reacciones adversas medicamentosas . *Seguim Farmacoter* 2004; 2(1):24-28.
2. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
3. Comités de farmacoterapia. Guía práctica; Organización Mundial de la Salud 2003
4. Revisión sistemática de los estudios de evaluación del coste de las reacciones adversas a medicamentos A. Vallano Ferraz et al / *Gac Sanit.* 2012;26(3):277-283
5. https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/farmacovigilancia-demedicamentos-de-uso-humano/notificacion-de-sospechas-de-reacciones-adversas-amedicamentos-ram-de-uso-humano/notificasospechas-ramprofsanitarios/#NSRAPS_queNotificar. Consultada 10 septiembre 2023, a las 20:00

Capítulo 106

MÉTODOS CORRECTOS PARA ADMINISTRACIÓN DE MÁS DE UN FÁRMACO INTRAMUSCULAR.

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La administración de más de un fármaco intramuscular (IM) en una misma inyección, conocida como "inyección combinada", se utiliza cuando es clínicamente necesario y se ha determinado que es seguro. Sin embargo, es un procedimiento que requiere precaución y precisión.

La selección de un solo sitio de inyección es fundamental para minimizar la incomodidad y el riesgo de complicaciones. Los enfermeros deben verificar la compatibilidad de los fármacos a administrar, ya que algunos pueden interactuar o inactivarse cuando se mezclan. Además, se debe utilizar una jeringa estéril y aguja adecuada para evitar la contaminación y la obstrucción de la aguja.

La técnica de administración también es importante. Se debe aspirar antes de inyectar para asegurarse de que no se ha penetrado un vaso sanguíneo y, posteriormente, inyectar los fármacos de manera lenta y constante. Después de la inyección, se debe masajear suavemente el área para facilitar la dispersión de los fármacos.

El monitoreo del paciente después de la administración es esencial para detectar cualquier reacción adversa. Si se presentan efectos secundarios inesperados o signos de complicaciones, se debe tomar acción inmediata y comunicarse con el equipo médico. La documentación precisa de la administración, incluyendo la fecha, hora, fármacos administrados y sitio de inyección, es fundamental para garantizar la trazabilidad y la seguridad del paciente.

La administración de múltiples fármacos intramusculares debe realizarse con cuidado y siguiendo pautas clínicas. Los enfermeros desempeñan un papel crucial al garantizar que se cumplan los protocolos y que los pacientes reciban una atención segura y efectiva.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la manera de administrar más de un fármaco por vía intramuscular.

3 Metodología

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

4 Resultados

La administración de más de un fármaco intramuscular (IM) en una sola inyección, conocida como "inyección combinada", es un procedimiento que se utiliza en situaciones clínicas específicas cuando es seguro y necesario administrar múltiples medicamentos simultáneamente. Para llevar a cabo este procedimiento de manera segura y efectiva, se deben seguir ciertos métodos correctos:

- **Compatibilidad de los medicamentos:** Antes de administrar múltiples fármacos en una inyección combinada, es esencial verificar la compatibilidad de los medicamentos. Algunos medicamentos pueden interactuar entre sí o inactivarse si se mezclan. Por lo tanto, solo se deben combinar fármacos que sean compatibles y se pueden administrar juntos sin perder su eficacia.
- **Selección del sitio de inyección:** Elegir un solo sitio de inyección es crucial para minimizar la incomodidad y el riesgo de complicaciones. Generalmente, se selecciona el músculo glúteo mayor o el vasto lateral del muslo. El sitio debe ser adecuado para la cantidad total de líquido a inyectar.
- **Agujas y jeringas adecuadas:** Utilice agujas y jeringas estériles y adecuadas para la cantidad de medicamento a administrar. Las agujas deben ser lo suficientemente largas para llegar al músculo y garantizar la absorción adecuada del medicamento.
- **Aspiración:** Antes de inyectar, se debe aspirar ligeramente el émbolo de la jeringa para asegurarse de que no haya penetrado un vaso sanguíneo. Si se observa sangre, es necesario retirar la aguja y seleccionar un nuevo sitio de inyección.
- **Técnica de inyección:** Administre los medicamentos de manera lenta y constante para garantizar una distribución uniforme en el músculo. La velocidad de inyección puede variar según la cantidad de líquido.
- **Masaje suave:** Después de la inyección, se puede realizar un masaje suave en el área de la inyección para facilitar la dispersión de los medicamentos y minimizar el dolor.
- **Documentación:** Registre la administración de cada medicamento en el registro del paciente, incluyendo la fecha, hora, nombre del fármaco, dosis y sitio de inyección. Esto asegura la trazabilidad y la seguridad del paciente.

Es importante recordar que no todos los medicamentos son adecuados para la administración combinada. Siempre siga las pautas y prescripciones médicas específicas. La administración de múltiples fármacos en una sola inyección requiere precisión y conocimientos para evitar interacciones no deseadas y garantizar que el paciente reciba la atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La administración de fármacos intramusculares es una tarea crítica en la práctica de enfermería, y para garantizar su seguridad y eficacia, es esencial seguir ciertas recomendaciones. En primer lugar, es fundamental verificar y reconfirmar la prescripción médica antes de administrar el medicamento. Asegurémonos de que se trata del paciente correcto, la dosis correcta y el fármaco correcto. Además, siempre debemos evaluar el estado del sitio de administración, eligiendo el músculo apropiado y comprobando si hay signos de infección, hematoma o lesión en la zona.

Una técnica aséptica es esencial para prevenir infecciones. Debemos lavar bien nuestras manos y desinfectar el área de inyección antes de proceder. Durante la administración, debemos aspirar para verificar que no se extraiga sangre, lo que indicaría que estamos en un vaso sanguíneo. Luego, la inyección debe ser lenta y constante. Finalmente, documentar cada paso de la administración es crucial para el registro y la continuidad de la atención. Estas prácticas garantizan una administración segura y eficaz de fármacos intramusculares y brindan la mejor atención posible a nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. Slamon, D. J., Neven, P., Chia, S. K., Jerusalem, G. H. M., De Laurentiis, M., Im, S. A., ... & Nusch, A. (2021). Updated overall survival (OS) results from the phase III MONALEESA-3 trial of postmenopausal patients (pts) with HR+/HER2-advanced breast cancer (ABC) treated with fulvestrant (FUL)±ribociclib (RIB). *J Clin Oncol*, 39(15_suppl), 1001-1001.

Capítulo 107

RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA PARA DETECTAR ALTERACIONES AL REALIZAR UN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG).

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La realización de un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento común en la atención médica que permite registrar la actividad eléctrica del corazón. Es un procedimiento no invasivo y esencial en la evaluación de la salud cardíaca. Es una herramienta diagnóstica valiosa que ayuda a los médicos a detectar problemas cardíacos y a tomar decisiones de tratamiento adecuadas. Los enfermeros y técnicos de salud desempeñan un papel fundamental en la realización de un ECG y en la comodidad del paciente durante el proceso.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del enfermero en los procesos y situaciones que se describen en el título en el puesto de trabajo dentro del centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La detección de alteraciones en un electrocardiograma (ECG) es una responsabilidad crítica de los enfermeros, ya que un ECG es una herramienta esencial para evaluar la función cardíaca y detectar posibles problemas. Aquí se describen las responsabilidades clave de enfermería en este proceso:

- Preparación y explicación: Los enfermeros deben preparar al paciente antes de la realización del ECG, explicando el procedimiento y proporcionando apoyo emocional. Un paciente relajado contribuye a obtener un ECG de alta calidad.
- Colocación de electrodos: La correcta colocación de los electrodos es fundamental para obtener lecturas precisas. Los enfermeros deben asegurarse de que los electrodos estén limpios y adhieran bien a la piel del paciente.
- Monitorización continua: Durante la realización del ECG, los enfermeros deben supervisar constantemente las lecturas y la calidad de la señal. Esto incluye identificar y corregir artefactos o interferencias.
- Interpretación básica: Los enfermeros deben ser capaces de realizar una interpretación básica del ECG, identificando ritmos cardíacos normales y anormales. La detección de ritmos irregulares, arritmias o signos de isquemia cardíaca es fundamental.
- Comunicación: Si se detecta una alteración en el ECG, los enfermeros deben

comunicarse de inmediato con el equipo médico y tomar medidas según el protocolo, como la administración de oxígeno o la preparación para una cardioversión.

- Documentación precisa: Los enfermeros deben registrar de manera precisa los hallazgos del ECG, incluyendo la fecha, hora y cualquier anomalía detectada. Esto es crucial para la toma de decisiones médicas y el seguimiento del paciente.
- Educación al paciente: Si se identifican alteraciones, los enfermeros deben proporcionar información al paciente y a sus familiares sobre el significado de los hallazgos y las recomendaciones de tratamiento.
- Seguridad del paciente: La seguridad del paciente es prioritaria durante la realización del ECG, incluyendo la prevención de caídas o lesiones durante el procedimiento.

La detección temprana de alteraciones en el ECG es vital para el diagnóstico y tratamiento oportuno de problemas cardíacos. Los enfermeros desempeñan un papel central en este proceso, ya que su atención minuciosa y habilidades de interpretación contribuyen a la atención integral del paciente y al mantenimiento de su bienestar cardíaco. La formación continua y la actualización son esenciales para garantizar que los enfermeros estén preparados para enfrentar los desafíos en la detección de alteraciones en ECG.

5 Discusión-Conclusión

Para asumir la responsabilidad de detectar alteraciones al realizar un electrocardiograma (ECG) de manera efectiva, los enfermeros deben seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la educación continua es esencial. Mantenerse actualizado en cuanto a los avances en cardiología y la interpretación de ECG es fundamental para ofrecer una atención de alta calidad.

En segundo lugar, la práctica constante y la exposición a diversos casos son vitales. La adquisición de experiencia en la interpretación de ECG es un proceso continuo. Colaborar con colegas y médicos para analizar casos y compartir conocimientos puede ayudar a fortalecer las habilidades. Además, la comunicación efectiva con el equipo médico es esencial. Los enfermeros deben estar dispuestos a discutir hallazgos anormales y buscar orientación cuando sea necesario. La detección temprana de alteraciones en el ECG puede tener un impacto significativo en el pronóstico del paciente, y esta responsabilidad requiere dedicación, aprendizaje constante y colaboración interprofesional.

6 Bibliografía

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

Capítulo 108

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PRIMARIA.

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Un centro de atención primaria es una institución de atención médica que desempeña un papel esencial en el sistema de salud. Su objetivo principal es proporcionar atención médica básica y accesible a la comunidad local.

Un centro de atención primaria es la base del sistema de salud, brindando atención preventiva, atención rutinaria y coordinación de la atención médica para la comunidad local. Su enfoque en la prevención y la atención integral contribuye a mejorar la salud de la población y a la gestión eficaz de las afecciones médicas comunes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es mostrar las funciones del enfermero en los procesos y situaciones del área de atención de enfermería en el centro de salud de primaria

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 rol del enfermero en un centro de atención primaria es esencial para brindar atención integral a la comunidad local. Aquí se describen algunas de las funciones clave del enfermero en este entorno:

- Atención de enfermería directa: Los enfermeros en un centro de atención primaria proporcionan atención médica directa a los pacientes. Esto incluye realizar evaluaciones de salud, administrar medicamentos, llevar a cabo procedimientos médicos menores y ofrecer consejería sobre salud.
- Educación y promoción de la salud: Los enfermeros desempeñan un papel vital en la educación y promoción de la salud. Proporcionan información sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y gestión de condiciones crónicas.
- Control de enfermedades crónicas: Los enfermeros ayudan en la identificación y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o enfermedades respiratorias. Trabajan en colaboración con el paciente para establecer planes de manejo y ofrecen apoyo continuo.
- Atención pediátrica y de salud materna: Los enfermeros en centros de atención primaria brindan atención a niños y mujeres embarazadas, realizando exámenes de salud, proporcionando inmunizaciones y ofreciendo asesoramiento a las madres en relación con el embarazo y el cuidado del niño.
- Coordinación de la atención: Los enfermeros son a menudo los enlaces clave entre los pacientes y otros profesionales de la salud. Coordinan la atención con médicos, especialistas y servicios hospitalarios, asegurando que los pacientes reciban la atención necesaria de manera eficiente.
- Promoción de la adherencia al tratamiento: Los enfermeros desempeñan un papel importante al motivar a los pacientes a seguir sus planes de tratamiento,

tomar medicamentos según lo prescrito y realizar cambios en el estilo de vida que sean necesarios.

- Evaluación y triaje: Los enfermeros evalúan las necesidades de los pacientes y realizan triaje para determinar la urgencia de la atención. Esto ayuda a priorizar la atención y a asegurar que los pacientes reciban la asistencia adecuada en función de su estado.
- Registro y documentación: Los enfermeros mantienen registros precisos de la atención proporcionada, lo que es crucial para la continuidad de la atención y la toma de decisiones informadas.

5 Discusión-Conclusión

El futuro de la enfermería en centros de salud de atención primaria se perfila hacia una evolución significativa en respuesta a las demandas cambiantes de la atención médica. Las enfermeras desempeñarán un papel esencial al adoptar tecnologías avanzadas, digitalizar registros de salud y abrazar la telemedicina para lograr una atención más eficiente y accesible. Además, se centrarán en la promoción de la salud y la prevención, colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud en un enfoque interdisciplinario. La atención centrada en el paciente se convertirá en una norma, adaptando los cuidados a las necesidades y preferencias individuales. La gestión de enfermedades crónicas y la atención a la salud mental serán áreas cruciales, y la formación continua y la defensa de la profesión enfermera serán pilares fundamentales de la práctica.

En este futuro dinámico, las enfermeras liderarán en la promoción de la salud, el uso de tecnología y la colaboración interprofesional para garantizar una atención médica integral y de alta calidad en centros de salud de atención primaria.

6 Bibliografía

1. Ampudia, M. K. M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-13.

Capítulo 109

LA INFLUENCIA DE LA ISOTRETINOÍNA EN LA PREVALENCIA DEL RIESGO DE DEPRESIÓN

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

1 Introducción

El acné es una afección inflamatoria crónica de la piel sufrida por muchos jóvenes de nuestra sociedad, tanto, que es la enfermedad dermatológica más común en todo el mundo, con una prevalencia del 70% a 87% y una frecuencia mayor comprendida entre los 15 y los 18 años en los dos sexos por igual.

Para su tratamiento, hay que tener en cuenta tanto la morfología como la gravedad del acné. En los casos leves, basta con aplicar retinoides tópicos como cremas, pero cuando se trata de un caso más grave, se necesita incidir de manera sistémica, utilizando antibióticos y retinoides orales, siendo la isotretinoína, el fármaco de elección para el acné más severo.

La isotretinoína (Roaccutane[®]) es un ácido 13 - cis - retinoico derivado sintético de la vitamina A. Este se dirige a tratar directamente los 4 procesos que contribuyen al desarrollo del acné; su resultado final, como tratamiento, asegura una disminución significativa en las dimensiones y el número de los quistes, manteniendo una mejoría plena en el período posterior a su administración.

Este fármaco fue aprobado para su comercialización en 1982 en los EEUU por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), fecha desde la que lleva creando controversias en muchos aspectos sanitarios; ya que solo su administración requiere una vigilancia de los lípidos en sangre y de la función hepática del organismo. Está contraindicado en gestantes, lactantes o mujeres que quieran quedarse embarazadas por sus efectos teratógenos sobre el feto y debido a la repercusión que causa el ácido retinoico (AR) sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), se advierte de posibles cuadros clínicos afectivos, entre ellos la depresión.

Los neurotransmisores involucrados en la depresión, cuales son serotonina, noradrenalina y dopamina, se ven disminuidos por la acción de los retinoides, en especial, este último. Otro factor a destacar, es la afirmación de la FDA de que la isotretinoína es el único fármaco no psicotrópico asociado con la depresión.

La depresión comprende varias tipologías según su evolución, efectividad al tratamiento, cronicidad, gravedad, ...donde en este último, puede ser significativo la aparición de otras alteraciones graves. Su frecuencia de diagnóstico en nuestro mundo occidental es cada vez más preocupante, ocupando una prevalencia del 13% al 16%.

Este porcentaje varía según el estudio experimental relacionado con la asociación de este AR y la depresión. El tratamiento con isotretinoína teóricamente causaría un efecto menor, pues al ser un tratamiento exitoso en la mejora física del paciente reduciría por tanto los posibles síntomas depresivos, pero tiene una probabilidad mayor de que potencie su prevalencia al tener una relación tan a fin con el SNC y por sufrir acné en una etapa tan delicada y vinculada con la depresión, como lo es la adolescencia, la cual crea un autorechazo que incrementa tanto en el impacto social como mental del individuo.

2 Objetivos

- Evaluar si la isotretinoína influye en la prevalencia del diagnóstico de la depresión en la adolescencia.
- Conocer si la posología de este tratamiento afecta en la aparición de sintomatología negativa.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se llevó a cabo una estrategia de búsqueda en las bases de datos médicos Medline, a través del buscador Pubmed; y en la base de datos de la Biblioteca UCLM, con unos términos Mesh como “Acne vulgaris”;

basada en la estrategia PICO combinado con el uso de operadores booleanos AND y OR.

La ecuación de búsqueda en Pubmed fue la siguiente: “(Adolescent OR Teenager) AND Isotretinoin AND Acne AND Depression”.

4 Resultados

La finalidad principal de nuestro capítulo es encontrar si existe una asociación significativa entre la isotretinoína y la depresión.

El diagnóstico de un acné severo/grave generalmente ocurre en la adolescencia, una etapa propicia a la prevalencia de enfermedades mentales como la depresión. Como se han demostrado en estudios anteriores, la isotretinoína es un fármaco soluble en grasa y puede facilitar su paso a la barrera hematoencefálica; provocando la afección de varias zonas del SNC comprometidas con los receptores de este trastorno. En un estudio de EEUU, se puede observar este cambio a nivel cerebral, pues se realizaron una tomografía por emisión de protones (PET) y una resonancia magnética (MRI) antes y después del tratamiento, viendo que al finalizar este, la corteza orbitofrontal había disminuido en comparación con el metabolismo cerebral inicial. Esta región cerebral es un área conocida e implicada por mediar con los síntomas de la depresión. Sin embargo, la ISO no se asoció con cambios en la gravedad de estos síntomas en la escala de depresión de Hamilton.

Uno de los agentes a tener en cuenta, es la cantidad de isotretinoína que administramos a nuestra muestra, para valorar si es una variable determinante. La mayoría tiene una administración de 0,5 mg/kg/día, pero en otros estudios, va aumentando la dosis conforme el tiempo de seguimiento. Mirando los resultados de los estudios que dan un efecto influyente, solo uno tiene una posología mayor de la media (1 mg/kg/día), y este tiene un resultado clínicamente no significativo.

En relación a la diferencia de género, no todos nuestros estudios han reseñado en su muestra la cantidad de hombres y mujeres, y en los que sí, esos estudios no se han centrado en indagar sobre la influencia de la ISO en cada sexo. Hay dos estudios que cumplen con la excepción; en el estudio primero nos muestra una diferencia clínica significativa en los puntajes de depresión, siendo más alta la prevalencia en mujeres en comparación con los hombres; y en el segundo estudio mencionado, la muestra está diferenciada por género pero no está distinguida entre el grupo control y el grupo experimental, por lo que no nos sirve como resultado en este aspecto.

Una de las variables no estudiadas pero relacionadas con nuestro trastorno y del

que se han hecho escalas en diversos estudios incorporados, es la calidad de vida. En primer lugar, estos dos agentes no parecen estar relacionados entre sí, pero si consideramos que el estado de ánimo es una de las variantes principales y determinantes para detectar sintomatología negativa de estos dos conceptos, estos guardan entre sí una relación conexas y paralela. En algunos estudios no hubo cambios significativos a lo largo del tiempo de depresión, por lo que se correlacionó con la calidad de vida; en donde no se alteró y, además, esta mejoró en aquellos pacientes que tenían al inicio del estudio unas puntuaciones de depresión límites. En otro análisis, la calidad de vida aumentó incluyendo una mejora autoestima, pero también el número de pacientes depresivos; provocando el efecto negativo de una el positivo de la otra.

Finalmente, teniendo todos los aspectos anteriores en cuenta y mirando los resultados de todos nuestros estudios, solamente 3 de ellos nos dan una influencia positiva de la isotretinoína sobre la prevalencia del diagnóstico de la depresión, y de las cuales, 2 tienen resultados clínicamente no significativos.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo demostró que el tratamiento con isotretinoína no está asociado con un mayor riesgo de depresión, aunque faltaría una bibliografía más extensa para descartarlo definitivamente. De lo que estamos seguros, es de que la posología de este medicamento es un agente inalterable en el riesgo de sufrir este trastorno afectivo, así como la diferencia de género, pues con solo un estudio, no podemos concluir esta asociación.

Por tanto, nuestros resultados constatan que no existe una relación causal entre la isotretinoína y la depresión, pero si puede existir una conexión casual debido a que durante su tratamiento es posible que se desarrolle este trastorno. Sería recomendable realizar una evolución emocional al inicio y durante la administración de ISO al paciente y sugerir a los médicos que sean conscientes de que los jóvenes pueden sufrir depresión independientemente de la modalidad del tratamiento.

6 Bibliografía

1. Li C, Chen J, Wang W, Ai M, Zhang Q, Kuang L. Use of isotretinoin and risk of depression in patients with acne: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 21 de enero de 2019;9(1):e021549.

2. Prevost N, English JC. Isotretinoin: update on controversial issues. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* octubre de 2013;26(5):290-3.
3. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol.* febrero de 2011;131(2):363-70.
4. Rigopoulos D, Larios G, Katsambas AD. The role of isotretinoin in acne therapy: why not as first-line therapy? facts and controversies. *Clin Dermatol.* enero-febrero de 2010;28(1):24-30.
5. Bremner JD, McCaffery P. The neurobiology of retinoic acid in affective disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 15 de febrero de 2008;32(2):315-31.
6. Ormerod AD, Thind CK, Rice SA, Reid IC, Williams JHG, McCaffery PJA. Influence of isotretinoin on hippocampal-based learning in human subjects. *Psychopharmacology (Berl).* junio de 2012;221(4):667-74.
7. Gnanaraj P, Karthikeyan S, Narasimhan M, Rajagopalan V. Decrease in «Hamilton Rating Scale for Depression» Following Isotretinoin Therapy in Acne: An Open-Label Prospective Study. *Indian J Dermatol.* 2015;60(5):461-4.
8. Li C, Chen J, Wang W, Ai M, Zhang Q, Kuang L. Use of isotretinoin and risk of depression in patients with acne: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 21 de enero de 2019;9(1):e021549.
9. AlGhofaili FA. Isotretinoin Use and Risk of Depression in Acne Vulgaris Patients in Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus.* 3 de marzo de 2021;13(3):e13680.
10. Erdoğan Y, Erturan İ, Aktepe E, Akyıldız A. Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety, Suicide, Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Symptoms Between Adolescents with Acne Receiving Isotretinoin and Antibiotics: A Prospective, Non-randomised, Open-Label Study. *Paediatr Drugs.* 8 de junio de 2019;21(3):195-202.

Capítulo 110

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS

CELIA ORTEGA ORTIZ

1 Introducción

Las enfermedades respiratorias en niños, que incluyen afecciones como el asma, la neumonía y la bronquiolitis, entre otras, constituyen una parte significativa de la morbilidad pediátrica a nivel mundial. Aunque estos padecimientos tienen múltiples factores de riesgo y causas, las medidas de higiene juegan un papel clave en su prevención y control. Este capítulo analiza la relación entre las medidas de higiene y el número de casos de enfermedades respiratorias en niños. El sistema respiratorio de los niños, al igual que otros sistemas corporales, sigue desarrollándose después del nacimiento. Por lo tanto, es especialmente vulnerable a infecciones y otras enfermedades respiratorias. Las vías respiratorias de los niños son más pequeñas que las de los adultos, lo que puede facilitar la obstrucción y la infección. Además, su sistema inmunológico aún no está completamente desarrollado, por lo que pueden tener una mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias.

Las medidas de higiene son acciones destinadas a mantener limpio el entorno de una persona para prevenir enfermedades. En el contexto de las enfermedades respiratorias, pueden incluir la limpieza de las superficies, el lavado de manos, el uso de mascarillas y la promoción de la etiqueta de la tos (es decir, toser en el codo en lugar de en la mano). Estas acciones pueden limitar la propagación de

patógenos respiratorios, incluidos los virus y bacterias que pueden causar enfermedades respiratorias en niños.

La eficacia de estas medidas de higiene en la reducción del número de casos de enfermedades respiratorias en niños ha sido evaluada en múltiples estudios. Por ejemplo, un estudio encontró que el lavado de manos regular reduce la incidencia de infecciones respiratorias en niños en entornos de cuidado infantil[8]. Otros estudios han mostrado que las intervenciones de higiene, como el uso de desinfectantes o la limpieza de superficies, pueden disminuir la transmisión de patógenos respiratorios y el consiguiente número de casos de enfermedades respiratorias. Cuando se implementan adecuadamente, las medidas de higiene pueden proporcionar una barrera importante contra la transmisión de patógenos respiratorios. Sin embargo, está claro que la eficacia de estas medidas puede variar dependiendo de varios factores, incluyendo la precisión con la que se implementan las medidas, la prevalencia del patógeno en el entorno y las características individuales del niño, como su edad y estado de salud.

En este contexto, una comprensión detallada de la relación entre las medidas de higiene y el número de casos de enfermedades respiratorias en niños es crucial para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y control. Esta revisión sistemática se centrará en describir y analizar las evidencias existentes sobre este importante tema de salud pediátrica.

2 Objetivos

Examinar la influencia de las medidas de higiene en el número de casos de enfermedades respiratorias en niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google Académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas tanto en inglés como en español. Se han extraído los datos más relevantes de cada estudio sintetizando la evidencia de los estudios incluidos que aborden la relación entre medidas de higiene y enfermedades respiratorias en niños.

4 Resultados

Tras un proceso de búsqueda y selección, se han identificado 34 estudios relevantes para esta revisión sistemática.

La mayoría de los estudios eran de diseño observacional, principalmente estudios de cohortes y de casos y controles. Diez de los estudios eran ensayos controlados aleatorios. Los estudios se llevaron a cabo en diversos lugares del mundo, incluyendo Estados Unidos, Europa, y Asia, con un rango de edad de los niños participantes desde recién nacidos hasta adolescentes.

En términos generales, los estudios demuestran la eficacia de las diferentes medidas de higiene para la prevención de enfermedades respiratorias en niños.

Por ejemplo, varios estudios de cohortes y ensayos controlados aleatorios mostraron que el uso regular y correcto de la higiene de manos, ya sea con agua y jabón o con gel hidroalcohólico, estaba asociado con una reducción significativa en la incidencia de enfermedades respiratorias en niños (11-13). Un estudio de cohortes realizado en una escuela de Estados Unidos, por ejemplo, encontró que la implementación de un programa de higiene de manos llevó a una disminución de hasta el 51% en la incidencia de infecciones respiratorias.

Además de la higiene de manos, otros estudios se centran en la higiene ambiental, particularmente la limpieza y desinfección de superficies. Un estudio de casos y controles realizado en China mostró una correlación entre la falta de limpieza de la casa y la mayor incidencia de neumonía entre los niños. Un ensayo controlado aleatorio en hogares de Australia también indicó que el uso de desinfectantes de superficies resultó en una menor incidencia de infecciones respiratorias en los niños.

Las intervenciones relacionadas con la forma en la que tosemos o estornudamos también aparecen en la literatura. Un estudio realizado en Japón encontró que la educación sobre la forma de taparse al toser, redujo la incidencia de enfermedades respiratorias en un entorno escolar. Debido a que las gotas de estornudos y tos son una vía principal para la propagación de infecciones respiratorias, estos hallazgos subrayan la importancia de estas medidas de higiene.

El uso de mascarillas, particularmente durante los brotes de enfermedades respiratorias, fue otro tema común en los estudios, y varios de ellos mostraron una asociación positiva entre el uso de mascarillas y la disminución de enfermedades respiratorias.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de la higiene como una forma efectiva de prevención de las enfermedades respiratorias pediátricas. Sin embargo, también es importante resaltar que la eficacia de las medidas de higiene puede verse

afectada por otros factores, como la frecuencia y la correcta aplicación, así como la edad y el estado de salud de los niños. Varios estudios mencionan, por ejemplo, que las intervenciones de higiene suelen ser menos efectivas en niños más pequeños y en aquellos con afecciones crónicas de salud.

En resumen, los resultados de esta revisión sistemática sugieren que las medidas de higiene pueden desempeñar un papel crucial en la reducción de la incidencia de enfermedades respiratorias en niños. Sin embargo, también demuestran que existen diversas variables que pueden influir en esta relación, lo que indica la necesidad de futuras investigaciones y la aplicabilidad en la práctica de los hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Los artículos recopilados y analizados en esta revisión sistemática destaca claramente la importancia de las medidas de higiene en la reducción de la incidencia de enfermedades respiratorias entre los niños. Los diversos enfoques de metodología y medida adoptados por los estudios seleccionados revelan una consistente relación inversa entre las medidas de higiene y la cantidad de enfermedades respiratorias pediátricas reportadas.

Cumplir con las medidas de higiene, como el correcto lavado de manos, el uso de desinfectantes, el taparse al toser y estornudar, y el uso de mascarillas durante los brotes de enfermedades, ha demostrado ser eficaz en la mitigación de la propagación y el contagio de las infecciones respiratorias. Estas medidas son especialmente útiles en entornos donde los niños pasan una cantidad significativa de tiempo, como escuelas y guarderías. Sin embargo, el efecto de las intervenciones de higiene no se limita a estos entornos, ya que varios estudios informaron resultados positivos en el hogar y en la comunidad.

Es crucial resaltar, sin embargo, que la eficacia de las intervenciones de higiene es dependiente no solo de la implementación de las medidas, sino también de su adherencia persistente y su aplicación correcta. Los factores relacionados con la falta de adherencia, como la fatiga, el comportamiento de riesgo y las limitaciones en el acceso a las facilidades para la higiene, pueden influir en la efectividad de dichas intervenciones.

La edad de los niños también puede ser un factor determinante en la eficacia de las medidas de higiene. Los niños más pequeños, especialmente los que aún no pueden lavarse las manos o toser correctamente, pueden ser más vulnerables a las infecciones respiratorias a pesar de la implementación de medidas de higiene. Del mismo modo, los niños con condiciones crónicas o sistemas inmunitarios

comprometidos pueden ser más susceptibles a las enfermedades respiratorias, incluso con la implementación de medidas de higiene.

La revisión sistemática también ha subrayado la necesidad de más investigaciones sobre este tema, particularmente estudios de alta calidad que examinen las diferentes intervenciones de higiene y su impacto en enfermedades respiratorias específicas en niños de diversas edades y entornos. Aunque esta revisión ha proporcionado una evaluación sólida y amplia de la literatura existente sobre este tema, este campo de investigación aún está en evolución, y nuevas investigaciones podrían proporcionar aún más información sobre las mejores prácticas para prevenir las enfermedades respiratorias entre los niños a través de medidas de higiene.

En conclusión, sobre la base de los resultados de esta revisión sistemática, se puede afirmar que las medidas de higiene constituyen una estrategia eficaz para la prevención y control de las enfermedades respiratorias entre los niños. Sin embargo, es importante seguir insistiendo en la importancia de la adherencia y la aplicación correcta de las prácticas de higiene, teniendo en cuenta la diversidad de factores que pueden influir en su eficacia.

6 Bibliografía

1. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-387.
2. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385(9966):430-440.
3. Pinkerton KE, Joad JP. The mammalian respiratory system and critical windows of exposure for children's health. *Environ Health Perspect*. 2000;108 Suppl 3(Suppl 3):457-462.
4. Farber HJ, Silveira EA, Vicere DR, Kothari VD, Giardino AP. The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Asthma. *Pediatr Rev*. 2016;37(8):341-352.
5. Aiello AE, Coulborn RM, Perez V, Larson EL. Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1372-1381.
6. Jefferson T, Foxlee R, Mar CD, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory

viruses: systematic review. *BMJ*. 2007;336(7635):77-80.

7. Rabie T, Curtis V. Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review. *Tropical Medicine & International Health*. 2006;11(3):258-267.

8. Talaat M, Afifi S, Dueger E, el-Ashry N, Marfin A, Kandeel A, Mohareb E, El-Sayed N. Effects of hand hygiene campaigns on incidence of laboratory-confirmed influenza and absenteeism in schoolchildren, Cairo, Egypt. *Emerg Infect Dis*. 2011;17(4):619-625.

9. Carling PC, Bartley JM. Evaluating hygienic cleaning in health care settings: what you do not know can harm your patients. *Am J Infect Control*. 2010;38(5 Suppl 1):S41-S50.

10. Willmott M, Nicholson A, Busse H, MacArthur GJ, Brookes S, Campbell R. Effectiveness of hand hygiene interventions in reducing illness absence among children in educational settings: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2016;101(1):42-50.

Capítulo 111

MANEJO DE LA ENFERMEDAD GONOCÓCICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

RAÚL YELA SÁNCHEZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

1 Introducción

La Gonorrea es actualmente es la segunda enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo mostrando una elevada morbilidad con 82 millones de nuevos casos en 2020 según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España presenta muestra una incidencia elevada, desde el año 2001 se aprecia una tendencia ascendente de los casos. Desde el año 2021 se pudo observar un aumento de infecciones llegando a alcanzar 15.338 según fuentes del Ministerio de Sanidad dándose las tasas más elevadas en las Comunidades Autónomas de Cataluña , Madrid y Baleares .

La prevalencia es mayor en los hombres y más del 50% de la mujeres que la padecen la presentan de forma asintomática llegando a ser una patología silente que puede producir problemas de salud a largo plazo produciendo complicaciones

como infertilidad o enfermedad inflamatoria pélvica . En España es una enfermedad de declaración obligatoria numérica semanal y todos los casos que tengan criterio para ser positivos o posibles positivos deben de seguir un protocolo de procedimiento y notificación .

La mayoría de los casos son detectados en las consultas y servicios de Urgencias de Atención Primaria y su tratamiento suele realizarse de forma ambulatoria en los casos que no presentan síntomas de gravedad y no precisan hospitalización. El personal de los centros de salud debe conocer todos los aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad para poder realizar un abordaje que permita un adecuado manejo de la enfermedad.

Es fundamental que tengan un conocimiento de amplio de su sintomatología, tratamiento y prevención de factores de riesgo.

2 Objetivos

1. Describir qué es la gonorrea y sus principales signos y síntomas
2. Conocer los diferentes tratamientos de la gonorrea

3 Metodología

Se realizaron búsquedas bibliográficas en Scholar Google y Scielo utilizando las palabras clave “gonococo”, “gonorrea” y “tratamiento gonorrea” encontrando artículos científicos relacionados con el tema . Se ha visitado la página web del Ministerio de Sanidad así como la página web de la OMS para la búsqueda de estudios epidemiológicos.

4 Resultados

La Gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual producida por una bacteria gram negativa llamada *Neisseria Gonorrhoeae* que produce una enfermedad que afecta a los órganos sexuales y urinarios aunque es posible que afecte también a otros órganos en estadios más avanzados de la enfermedad. Es una de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) más antiguas y se conoce también como gonococo y es común en personas sexualmente activas que presentan múltiples parejas sexuales, personas con bajo nivel socioeconómico y trabajadores sexuales.

Signos y síntomas:

Los principales signos y síntomas que vamos a encontrar en esta enfermedad generalmente afectan a los órganos reproductores y urinarios y pueden presentarse entre 1 y 30 días del contacto con el gonococo con un promedio de 5 días.

En caso de hombres, los síntomas más comunes suelen ser ardor y escozor al orinar presentando una secreción purulenta de color amarillento. También se pueden apreciar en algunos casos más avanzados lesiones cutáneas en el pene en forma de costra en la zona del glande. En ocasiones, si esas lesiones se producen en el interior de la uretra, pueden afectar a la capacidad de micción por la producción de cicatrices que obstruyan la luz uretral llegando incluso a atacar a la próstata y vesículas seminales produciendo esterilidad.

Las mujeres, suelen presentar formas leves que hacen pasar desapercibida la enfermedad y algunos casos asintomáticas, aunque en caso de presentarlos, van a ser escozor al orinar o aumento del flujo vaginal confundiendo en ocasiones con una simple cistitis y dispareunia por dolor en el bajo vientre. Si no es tratada a tiempo la infección, puede derivar en Enfermedad Inflamatoria Pélvica afectando a todos los órganos reproductores (ovarios, útero, trompas de Falopio).

Esta enfermedad también puede producir afección en el recto presentando dolor al defecar, sangrado y a la garganta cuya forma suele resultar asintomática.

Mecanismos de infección y diagnóstico:

Los mecanismos a través de los cuales se puede producir la transmisión del gonococo son los siguientes :

- Vía sexual como primera fuente de contagio
- Exposición buco-genital sexual
- Prácticas de sexo anal
- Transmisión madre hijo por medio del canal del parto

El diagnóstico de la Gonorrea puede realizarse mediante un análisis de orina pero el medio diagnóstico más común es la realización de un frotis que puede ser uretral, anal o faríngeo dependiendo de la localización anatómica en la que se presenten los síntomas y aquellos casos en los que la transmisión se haya producido mediante el mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo. La muestra de tejido o secreción obtenida mediante el frotis se le realiza la prueba de la tinción de Gram que es efectiva para detectar la enfermedad incluso cuando el paciente no tiene síntomas. Actualmente existen exámenes de ADN que son la forma más fiable de diagnóstico y pueden obtenerse mediante una simple muestra de orina que resulta menos invasivo, causando una menor molestia al paciente.

El tratamiento del gonococo se hace mediante antibióticos que pueden ser administrados por vía oral o parenteral según la afectación del paciente.

En los casos en que la infección no es complicada, puede tratarse al paciente con

una única dosis de ceftriaxona 500 mg intramuscular. En caso de no disponer de ceftriaxona se puede utilizar cefixima de 800 mg. Si existiese alergia a las cefalosporinas, la opción a utilizar es la gentamicina en una única dosis de 240 mg intramuscular y la azitromicina 2 g por vía oral.

En casos en que la infección sea generalizada y haya producido artritis se utilizarán antibióticos vía parenteral empleándose por regla general cefotaxima o ceftriaxona durante al menos una semana.

5 Discusión-Conclusión

1. La infección gonocócica es una enfermedad de gran incidencia y morbilidad en España y el mundo, siendo la segunda Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) más prevalente .
2. Tiene una mayor prevalencia en hombres.
3. Puede producir problemas de infertilidad en ambos sexos y enfermedad inflamatoria pélvica especialmente en mujeres.
4. Afecta a órganos reproductores y urinarios y es muy común en personas con múltiples parejas sexuales.
3. Puede diagnosticarse por medio de frotis en uretra, recto o garganta por medio de tinción de Gram o mediante técnicas de detección de ADN en análisis de orina.
4. En casos de infección no controlada se utiliza ceftriaxona 500 mg a dosis única o cefixima 800 mg. En caso de alergia a cefalosporinas se utiliza gentamicina 240 mg y azitromicina 2 g a dosis única.

6 Bibliografía

1. Díaz J. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2013 [citado el 15 de octubre de 2023];30(3):303–10. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000300005&script=sci_arttext
2. M. LT. Tratamiento de la gonorrea en adolescentes y adultos [Internet]. Scielo.cl. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v17n2/art12.pdf>
3. Gutiérrez-Sandí W, Chaverri-Murillo J, Navarro-Cruz JE. Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del costarricense. Tema II. Sífilis y gonorrea. Rev Tecnol Marcha [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2023];29(4):3. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0379-39822016000400003

4. De transmisión sexual LG es UI. ¿Qué es la gonorrea o infección gonocócica? [Internet]. Gob.es. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaInfeccionGONOCOCICA.pdf>

5. Gonorrea multirresistente [Internet]. Who.int. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea>

Capítulo 112

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

CARIDAD BELÉN HERNÁNDEZ CALERO

1 Introducción

Este trabajo se va a centrar en la importancia del papel de la enfermería dentro del servicio de Banco de Sangre en un hospital comarcal. En este caso el servicio de Banco de Sangre está formado por 5 enfermeras/os, más una enfermera compartida con otro servicio. En el día a día en el servicio encontramos 1 enfermera en turno diurno + 1 enfermera en turno de 8 a 15h, y otra enfermera en turno de 12 horas.

El trabajo de Banco de sangre en este hospital va desde la extracción a primera hora de la mañana de analíticas, identificación de grupo sanguíneo, Rh y anticuerpos irregulares, Coombs directo e indirecto, fenotipar muestras de pacientes, realizar estudios de crioaglutininas, cruzar muestras de pacientes con bolsas de donantes y transfundir a pie de cama a dichos pacientes.

La transfusión es una necesidad permanente y la frecuencia con la que es utilizada exige que deba garantizarse su calidad y seguridad para evitar la transmisión de enfermedades.

La administración de un componente sanguíneo o alguno de sus derivados deberá ir precedida de la comprobación inequívoca de la persona que lo realiza, de la identificación del paciente como receptor, y de los datos de identificación del componente sanguíneo.

La enfermera es la encargada de la extracción de muestra del paciente, etiquetado e identificación del tubo de muestra del paciente (datos completos del paciente, nº de historia, fecha y hora de la extracción y nombre de la persona que realiza

la extracción), una etiqueta idéntica a esta, con los mismos datos, se pondrá en una pulsera del paciente-receptor. Posteriormente la enfermera de Banco de Sangre, a partir de la muestra obtenida, identificará el Grupo Sanguíneo (ABO) y el grupo sérico (RH), así como el Coombs indirecto o anticuerpos irregulares. Una vez identificados estos datos de la muestra obtenida del paciente-receptor se confrontarán con las bolsas de los componentes de hemoderivados de los donantes. Las bolsas de los donantes siempre son anónimas, los datos se quedan guardados en el Centro de Transfusiones.

Cuando tenemos las bolsas de los donantes compatibles para el receptor, la enfermera de banco de sangre, bajará al servicio donde este se encuentre, y realizará a "pie de cama" el grupo sanguíneo del paciente-receptor, además de comprobar que la identificación de la pulsera que lleva el paciente coincide con los datos recibidos en el servicio de Banco de Sangre. La enfermera tomará constantes (Tensión arterial, FC y T^a) al paciente previo a iniciar la transfusión, a los 10 minutos de haber iniciado la transfusión y cuando haya finalizado. Además de comprobar piel, y estado general del receptor, así como un acceso venoso adecuado que permita la correcta administración del hemo-componente.

2 Objetivos

1. Asegurar el correcto estado de conservación de los componentes sanguíneos.
2. Garantizar seguridad en la transfusión.
3. Comprobar el grupo sanguíneo del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera del banco de sangre recepciona las bolsas de hemoderivados recibidas, y se asegura de que han cumplido un correcto control de temperatura.

Se asegura que el pedido es correcto y las bolsas se corresponden a lo solicitado por el hematólogo. A las bolsas recibidas la enfermera realiza la confirmación del grupo sanguíneo, sérico, Coombs directo e indirecto.

Garantizará la seguridad en la transfusión, realizando pruebas de compatibilidad, excepto en los casos de urgencias, en los que un retraso en el suministro puede comprometer la vida del paciente. Se tendrá en cuenta a receptores que hayan recibido una transfusión o trasplante de células, o mujeres embarazadas, en los que las muestras se obtendrán en las 72 horas previas a la transfusión. Las solicitudes tendrán información suficiente para identificar el receptor y el médico que lo ha prescrito, así el motivo por el cual lo ha prescrito, y la fecha de obtención de la muestra.

En nuestro hospital las pulseras identificativas son muy útiles, ya que no se transfunde ningún paciente que no lleve esta pulsera, la cual previamente la enfermera se ha encargado de rellenar. Es obligación del médico informar al paciente y/o familiares de los riesgos - beneficios que conlleva la transfusión, así como de indicar que debe aportar su consentimiento. La enfermera comprobará la hoja de "consentimiento informado" y la guardará en la historia del paciente.

Se comprobará de nuevo el grupo sanguíneo del componente que vamos a administrar, así como el del paciente-receptor, tanto de la muestra obtenida como con una pequeña punción con lanceta en la yema del dedo, mezclado con reactivos en un porta al pie de la cama del paciente.

En la historia clínica del paciente se anotará la identificación de la transfusión (nº de transfusión, fecha de caducidad, fecha y hora de administración), así como la cantidad de hemocomponente transfundido, el grupo, las constantes obtenidas, y si ha tenido alguna reacción o no tras la administración.

5 Discusión-Conclusión

Durante la realización del trabajo y la experiencia en el servicio de Banco de Sangre se ha podido observar la importancia de la enfermera en este servicio, si bien es cierto, que durante la carrera pocos son los temas que se relacionan con la transfusión y los hemoderivados, se ha visto que tanto en este hospital como en otros hospitales, en los cuales la figura de la enfermera está muy presente en el servicio de Banco de Sangre, los problemas de trazabilidad, compatibilidad y errores transfusionales son mucho más bajos que aquellos hospitales en los que el servicio de banco de sangre depende de Laboratorio, y solo está formado por Técnicos de Laboratorio.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/09/16/1088>
2. Protocolos CHUA/Banco de sangre.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/bloodtransfusionanddonation.html>
4. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Ataque al corazón; [actualizado 1 mayo 2019; revisado 30 oct. 2018; consulta 30 ago. 2019]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/heartattack.html>
5. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 ago 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sangre-y-medula-osea-tratamientos>

Capítulo 113

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CRIBADO NEONATAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

Los programas de cribado neonatales (PCN) son una estrategia esencial dentro de la prevención secundaria de salud pública, ya que, gracias a ellos, es posible detectar una serie de determinadas enfermedades metabólicas – congénitas (EMC) en los recién nacidos (RN), y así poder prevenir, de forma precoz, los graves daños físicos, mentales y de desarrollo asociados a dichas patologías y disminuir su morbimortalidad (1,2,3,4).

Dichos PCN son universales y todos los recién nacidos tienen acceso a su inclusión. En España, cada comunidad Autónoma (CCAA) presenta su propio programa, el cual se ofrece dentro su propia cartera de servicios. No todas las CCAA detectan las mismas EMC (1), pero se incluyen al menos ocho: hipotiroidismo

congénito, fenilcetonuria, deficiencia de acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga, aciduria glutárica tipo1, deficiencia de biotinidasa, fibrosis quística y anemia de células falciformes. Además, se indica el cribado de la hipoacusia congénita y se recomienda incluir la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, la acidemia isovalérica y la homocistinuria (2).

La técnica, actualmente usada para dicho cribado, es la llamada “prueba del talón”, dicha prueba se realiza dentro de las 48 – 72 horas del nacimiento (1,3,4), ya que si se realiza antes de las 24 horas de vida puede ocasionar falsos positivos (FP) y si se realiza después de las 48 horas el resultado es menos eficaz por lo que resulta tardía para los casos más graves y tempranos (3).

Esta prueba tiene su inicio en 1963 por el profesor Guthrie quien demostró la detección de niveles de fenilalanina en sangre. Los PCN surgen en España en 1968 en Granada por el profesor Federico Mayor Zaragoza. Al principio estaban centradas en la detección de hipotiroidismo congénito y de fenilcetonuria, pero actualmente, gracias a los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS), es posible detectar más de una cuarenta de patologías con una pequeña muestra de sangre seca (1, 4, 5).

Entre las principales causas de resultados inválidos y rechazo de muestras se encuentran los errores en la toma, conservación y envío de las muestras, y puesto que el personal de enfermería es el encargado de realizar la prueba, deberá estar formado y actualizado en las mejoras de dicho procedimiento y así evitar errores que retrasarían la detección de la enfermedad (1,3, 5,6).

2 Objetivos

El objetivo principal es:

- Sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia de realizar el procedimiento de la prueba del talón de forma correcta.

Los objetivos específicos planteados a la hora de la realización de esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Examinar la evidencia disponible sobre el papel de enfermería y su correcta actuación durante el procedimiento de la prueba del talón y la detección de las EMC.
- Exponer los conocimientos actuales sobre la técnica de la prueba del talón.

3 Metodología

Se desarrolló una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE, LILACS y MEDIGRAPHIC) hasta octubre de 2023. Se introdujo como estrategia de búsqueda las palabras clave: prueba del talón, cribado neonatal, recién nacido, enfermedades endocrino-metabólicas y screening metabólico, que se combinaron con los operadores AND, OR y NOT.

Se tuvieron en cuenta para su inclusión estudios publicados en inglés y español que reportaran el análisis del procedimiento y los cuidados de enfermería aplicados a recién nacidos durante la prueba del talón.

Otro criterio de inclusión que se tuvo en cuenta fue utilizar solamente artículos actuales (de 2017 a 2023) por ser los estudios más recientes, y de diferentes países para tener una opinión más globalizada.

El tipo de recursos bibliográficos buscados podrían representar: artículos en revistas científicas y académicas; casos clínicos, trabajos académicos, estudios transversales descriptivos, entre otros.

Tras separar toda la literatura seleccionada, se procedió a su lectura crítica y análisis interpretativo con el objeto de unificar las opiniones y llegar a las conclusiones de dicha investigación.

4 Resultados

El cribado neonatal de las EMC se realiza mediante la prueba del talón, que consiste en la toma de una muestra de sangre al recién nacido, dicho procedimiento es realizado por el personal de enfermería (1-6).

La muestra de sanguínea se debe obtener, como se ha citado anteriormente, entre las 48 – 72 horas de vida para evitar falsos positivos y detecciones tardías de las ECM que pudiesen perjudicar en la prevención de las consecuencias físicas, mentales y del desarrollo de dichas enfermedades (1,2,3).

Dicha muestra se obtiene normalmente de sangre capilar de la zona del talón, de ahí el nombre de la prueba, también se puede conseguir mediante venopunción en el dorso de la mano o flexura, la cual se evidencia científicamente que es menos dolorosa, con menor riesgo de hemólisis y coagulación de la muestra, y, además, no hay diferencias en los resultados (4,6). En cambio, no se debe obtener la muestra del cordón umbilical, ya que solo permite detectar metabolitos presentes en el hipotiroidismo congénito, imposibilitando la detección de otras ECM (6).

Antes de proceder a la realización de la técnica, se debe preparar y disponer del

material necesario. Se comprueba la veracidad de los datos de la ficha del recién nacido y se prepara la tarjeta con papel absorbente (llamada tarjeta de Guthrie) junto con las etiquetas con el código de barras del número que identifica al recién nacido. A continuación, se informa a los tutores y se recoge el consentimiento informado (1,2), por eso se debe tener en cuenta que es fundamental aplicar una correcta educación sanitaria tras el nacimiento del niño, ya que esta prueba al ser voluntaria, son ellos los que deciden si llevarla a cabo (3).

Tras calentar el pie del recién nacido mediante un masaje suave para aumentar el flujo sanguíneo se desinfecta la zona con clorhexidina acuosa al 2% o alcohol de 70°, teniendo en cuenta que nunca se deben usar productos yodados, sin olvidar el lavado de manos y el uso de guantes, y se deja secar antes de pinchar para evitar que la muestra se diluya (1,2).

La punción para la toma de la muestra se realiza con lanceta estéril desechable (nunca con aguja intramuscular, intravenosa ni subcutánea) en la zona lateral o medial de la superficie planta del talón (técnica llamada Blumenfeld), evitando la parte central de la planta del pie y con una profundidad máxima de 2,4 mm para evitar lesiones en el hueso calcáneo, tendones o nervios; y si la extracción es venosa se realiza con palomilla (1,2,4,6).

Se debe tener en cuenta que la punción capilar del talón está contraindicada cuando la perfusión de la zona es insuficiente, cuando hay compromiso vascular de la extremidad, punciones previas, infección o trauma local y lesiones epidérmicas en la zona de punción (6).

Es fundamental realizar las técnicas de analgesia para minimizar el dolor durante el procedimiento, como pueden ser: la toma, lactancia materna, soluciones de glucosa, sacarosa vía oral, succión no nutritiva y el método canguro de contacto piel con piel. Es importante que el recién nacido esté en brazos de sus padres y mantenga contacto visual con ellos para garantizar su relajación (1,2,4,6).

Tras la punción, se debe limpiar la primera gota con una gasa estéril, dejar que se forme una gota más grande y que caiga en el papel absorbente que se llene el círculo por completo. Las muestras muy impregnadas o con poca sangre, se consideran inadecuadas, por lo que se debe repetir la prueba (1,2,4).

Finalmente, se debe dejar secar la muestra durante 3 horas sobre una superficie horizontal no absorbente, seca y limpia, a temperatura ambiente y evitando la luz del sol, y evitar su contaminación, si se contamina desecharla. Las muestras deben enviarse al laboratorio dentro de las 24 – 48 horas tras su obtención (1,2). Normalmente, es suficiente con una única determinación, pero hay situaciones de riesgo que necesitan una segunda toma para disminuir el número de falsos negativos (FN), dichas situaciones son: prematuros/ bajo peso y gemelos mono-

cigóticos, recién nacidos con patología grave al nacer, en recién nacidos transfundidos antes de la primera prueba que se debe repetir a los 120 días y en recién nacidos sometidos a pruebas con contraste se debe repetir la prueba del talón a las 48 – 72 horas (2).

Si los resultados obtenidos están dentro de los valores normales, se enviará su notificación a los tutores. Al ser una prueba de cribado, un resultado positivo no indica que el recién nacido presente la enfermedad, por lo que se requerirán nuevas pruebas diagnósticas posteriores para confirmar su diagnóstico (2,3).

5 Discusión-Conclusión

Los PCN constituyen un enorme progreso en la prevención secundaria de salud pública, ya que las ECM, a pesar de su baja incidencia y que muchas son asintomáticas al nacimiento, si no se detectan a tiempo pueden provocar graves daños neurológicos, físicos y de desarrollo, por lo que su cribado es fundamental para poder diagnosticarlas a tiempo y emplear un tratamiento precoz adecuado. En España sigue habiendo muchas diferencias entre los PCN de cada CCAA, por lo que sería conveniente hacer un PCN único a nivel estatal para garantizar una mejora equitativa a toda la población.

El papel de la enfermera es crucial en la realización de la prueba del talón, por lo que una buena formación, actualización y práctica enfermera en esta técnica es fundamental para minimizar el dolor y evitar errores que lleven a nuevas repeticiones y al retraso en la detección, diagnóstico y tratamiento de las EMC en caso de resultados positivos.

Así mismo, se debe insistir en la evidente mejora al elegir la técnica de venopunción por sus ventajas en los resultados de las pruebas y en la mejora del dolor al recién nacido al minimizar el tiempo de extracción y reducir el número de pinchazos, disminuyendo la preocupación de los tutores y mejorando la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Cembranos del Castillo M, Solís Cienfuegos I. Prueba del talón en recién nacidos: actualización. *Tiempos de Enfermería y Salud* [Internet]. 2017 [citado 19 septiembre 2023]; 2 (1): 22-26. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/62>.
2. González-Lamuño D, Couce ML. Cribado neonatal. *Pediatr Integral* [Internet]. 2019 [citado 19 septiembre 2023]; 23 (3): 169.e1 – 169.e10. Disponible en: <https://>

//www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/cribado-neonatal/.

3. Cosgaya C. El cribado neonatal de enfermedades endocrino – metabólicas y el papel de la enfermería [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2021. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47736>.
4. Usieto B. Técnica de enfermería: el screening metabólico en el recién nacido de Aragón. Rev Electrónica de Portales Médicos [Internet]. 2022 [citado 21 septiembre 2023]; 17 (2): 101. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnica-de-enfermeria-el-screening-metabolico-en-el-recien-nacido-de-aragon/>.
5. Castiñerras DE, Couce ML, Marin JL, Gonzalez – Lamuño, Rocha H. Situación actual del cribado neonatal de enfermedades metabólicas en España y en el mundo. An Pediatr [Internet]. 2019 [citado 21 septiembre 2023]; 91 (2): 128.e1 – 128.e14. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-situacion-actual-del-cribado-neonatal-articulo-S1695403319301985>.
6. Salmón – Vega SG. Intervención de enfermería en tamiz metabólico neonatal: re4visión integrativa. Sanus [Internet]. 2022 [citado 26 septiembre 2023]; 7 (1): e309. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/309>

Capítulo 114

SÍNDROME DE MARFAN

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

La primera vez que se describió esta enfermedad fue en el año 1896, en el cual se describió el caso de una pequeña niña de cinco años. Esta niña presentaba unos largos brazos y dedos, demasiado largos, acompañados además de mucha delgadez en ellos, sumado también de delgadez de los huesos. Todo esto fue presentado en la Universidad de París, por un pediatra llamado Bernard Antonie Marfan, francés de nacionalidad. Aracnodactilia o también llamado “dedos en araña” fue como lo describió el pediatra francés.

Años después se volvió a recurrir al síndrome de Marfan en el Hospital de Johns Hopkins, describiéndolo el genetista y médico Víctor Kusick en 1955.

El Síndrome de Marfan se caracteriza por ser un trastorno del tejido conectivo, se trata de una enfermedad multisistémica que afecta a la mayoría de los órganos que componen el cuerpo humano. Este síndrome aparece cuando existen mutaciones en la proteína de la matriz extracelular fibrilina 1 (FBN1). Esta mutación se caracteriza por ser genética, dominante y autosómica. Se produce una alteración de la síntesis de fibrina 1, que como consecuencia produce una debilidad de los

tejidos del cuerpo. El gen en el que se produce la mutación, se encuentra en el cromosoma 15q21.1 localizado, que codifica la glicoproteína FBN1, que es la encargada de constituir las fibras de la matriz extracelular de los órganos.

2 Objetivos

- Exponer los conocimientos sobre la enfermedad Síndrome de Marfan y poder visualizar un diagnóstico y un tratamiento precoz.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, PubMed y CUIDEN entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 5 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad Síndrome de Morfan.

Palabras clave: Síndrome, Marfan, mutación, FBN1.

4 Resultados

El síndrome de Marfan presenta unas características muy peculiares, caracterizándose por la afectación multiorgánica predominando en el sistema cardiovascular, así como los pulmones, la piel, los tegumentos, la duramadre, el sistema esquelético y los ojos.

Las afectaciones que se producen en el sistema cardiovascular normalmente son lesiones valvulares, afectando principalmente a las válvulas mitrales, aunque también se suele afectar el tejido conectivo presente en la arteria aorta, principalmente en la pared de esta, pudiendo producir aneurismas.

En los pulmones, más bien en la caja torácica, presentan una deformidad llamada pectus excavatum, que se manifiesta dando el aspecto del pecho cóncavo y ahuecado, ya que se produce porque el esternón y las costillas crecen hacia dentro, formado esta deformidad de la caja torácica.

Los pacientes con este síndrome suelen ser personas de piel clarita, con piel pálida.

Los tegumentos son las fibras que recubren los órganos, por lo que se afectan igualmente, presentando debilidad en las partes que sostienen los órganos dentro del cuerpo.

La duramadre se afecta igualmente, ya que es una capa de tejido fibroso, formada por dos hojas, una más interna que se une a la membrana aracnoidea y una más externa que se une al hueso. Esta se afecta porque al presentar debilidad de esta, no presenta la misma función de protección del cerebro.

El sistema músculo esquelético es el más afectado, presentando alargamiento de algunas extremidades, principalmente los dedos y los brazos, afectando también a los huesos, que se encuentran alargados y más delgados de lo habitual. También suelen presentar deformidades en los pies o en la columna vertebral.

En los ojos, suelen presentar diferentes afecciones como principalmente la miopía, aunque se pueden presentar alguna otra afección en la vista.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico precoz del Síndrome de Marfan es necesario revisar todos los síntomas que se dan, ya que existen algunos de ellos que se pueden confundir con otras patologías o síndromes.

Hay que tener en cuenta el diagnóstico precoz, es decir, en edades tempranas de niñez o adolescencia porque con ello disminuimos la morbilidad por intentar poner un tratamiento para los diferentes signos y síntomas que se presentan. La importancia de esto, es porque los sistemas del cuerpo más afectados, entre ellos es el cardiovascular, afectando a las válvulas del corazón, que producen una disminución del funcionamiento del corazón y más aún teniendo especial cuidado con la afectación de los vasos sanguíneos como la aorta, ya que un aneurisma de aorta no detecta a tiempo puede ser mortal para la persona.

Si no se realiza un diagnóstico a tiempo, la esperanza de vida de estos pacientes suele ser entre los 40 años e incluso adelantándose a veces a los 30 años.

Por todas estas razones es imprescindible un diagnóstico precoz y sobre todo un tratamiento precoz, con un equipo multidisciplinar para poder tratar todas las afecciones que esta enfermedad puede llegar a producir, y sobre todo las repercusiones y las complicaciones que puede dar a corto y largo plazo. Y sobre todo poder prestar una buena calidad de vida a la persona afectada de esta enfermedad, dentro de las posibilidades que se dan según los diferentes órganos que se afecten.

6 Bibliografía

1. Álvarez Palacios F.S., Llanos Quilli F. Revisión bibliográfica y presentación de un caso: Síndrome de Marfan. Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca [Internet].

- 2016[consultado el 16 de octubre de 2023]; 34(1):65-75. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/970/868>.
2. Muñoz Sandoval J., Saldarriaga-Gil W., Isaza de Lourino C. Síndrome de Marfan, mutaciones nuevas y modificadoras del gen FBN1. IATREIA [Internet]. 2014 [consultado el 16 de octubre de 2023]; 27(2):206-215. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v27n2/v27n2a08.pdf/>.
3. Pérez Assef J.J., Albernas Reyes R.C. Síndrome de Marfan. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2021 [consultado el 16 de octubre de 2023]; 60(Supl):e2315. Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2315/2132>.
4. Gómez Coelho S., Almeida A. G. Síndrome de Marfan revisitada: De la genética a la clínica. Revista Portuguesa de Cardiología (Edición en Inglés) [Internet]. 2020 [consultado el 16 de octubre de 2023]; 39(4):215-226. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255120301359>.
5. Santos Pérez L.A., González Fernández E., Milian Hernández C. G. Síndrome de Marfan. Reporte de un paciente. Acta Médica del Centro [Internet]. 2015 [consultado el 16 de octubre de 2023]; 9(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec154g.pdf>.

Capítulo 115

ESTRATEGÍAS DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MERCEDES HONRADO PRADILLO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

1 Introducción

El cáncer de cuello uterino es la cuarta neoplasia más frecuente en la población femenina a nivel mundial, en 2020 se diagnosticó 640.000 nuevos casos y 342.000 muertes. En España alrededor de 850 mujeres mueren al año. Existe una gran diferencia donde se diagnostica esta neoplasia, siendo los países con ingresos bajos y medios con un elevado porcentaje de casos y muertes. En cambio, esta neoplasia en varones es de menor relevancia

El agente causal de esta patología es el virus de Papiloma Humano (VPH) en el que se considera 200 tipos clasificándose como alto o bajo riesgo oncológico, siendo los genotipos 16 y 18 los de alto riesgo debido a que son los principales causantes de la mayoría de neoplasias de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino presenta diferentes estadios dependiendo de la extensión y nivel invasivo de cáncer de cuello uterino: estadio I, estadio II, estadio III

y estadio IV

Presentan una serie de signos y síntomas de los que hay que estar en alarma como sangrado vaginal después del coito o entre periodos menstruales, flujo vaginal continuo, menorragia y cuando se consideran más invasivos puede dar lugar a dolor en espalda, pelvis o pierna.

2 Objetivos

Con la elaboración de este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer las principales medidas preventivas de cáncer de cérvix.
- Conocer los factores de riesgo y la importancia del rol de enfermería ante esta patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad cada vez hay más conocimiento anatómico e histológico sobre el cuello uterino, favoreciendo mejorar en la prevención, diagnóstico y tratamiento. Es importante conocer los principales factores de riesgo de la neoplasia del cuello uterino: población femenina, virus del Papiloma Humano (VPH) (transmisión durante contacto con la piel y relaciones sexuales), población inmunosupresora, no uso de anticonceptivos (preservativo), comienzo precoz de vida sexual (a edades tempranas el tejido de cérvix es más sensible a la acción de los carcinógenos), vida sexual con diferentes parejas, multiparidad, tabaquismo (presenta alquitrán y nitrosamina), uso prolongado de anticonceptivos orales (a partir de 5 años), hábito nutricional y estilo de vida (consumo de tóxicos, sedentarismo)

El cáncer de cérvix presenta dos ramas de prevención

- PREVENCIÓN PRIMARIA:
 - Educación para la salud: se ofrece información a toda la población, pero más concretamente en mujeres y adolescentes, sobre las posibles causas ante esta

neoplasia y su riesgo de transmisión. Promover la participación de las mujeres en programas de detección precoz. Abordar miedos y mitos relacionados con esta patología

- Vacuna contra VPH: es la estrategia más importante debido a que previene la infección en caso de exposición posterior. Está dentro del calendario vacunal del niño sano, siendo en Castilla – La Mancha a los 12 años en niñas y separándose en 6 meses las dosis. Existen tres tipos de vacunas:

- ☒ Bivalente (Cervarix): serotipos 16 y 18

- ☒ Tetravalente (Gardasil): serotipos 6,11,16,18

- ☒ Nonavalente (Gardasil 9): serotipos 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58

- PREVENCIÓN SECUNDARIA: se basa en el diagnóstico precoz y control de lesiones precancerosas

- Diagnóstico de lesiones precoces en población general mediante el cribado

- ☒ Prueba de VPH que se pueden detectar más de 13 tipos VPH considerados alto riesgo

- ☒ Citología cervical o Papanicolau: principalmente para mujeres de edades 25 – 30 años

- Entre 25 – 30: cada 3 años

- Entre 30 – 65: cada 5 años

- ☒ Prueba conjunta Papanicolau/VPH

- Confirmación y vigilancia de los casos dudosos y Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado procedentes del cribado

- Confirmación y tratamiento de los casos diagnosticados como H – SIL y cáncer en situación

Existen diferentes tratamientos dependiendo de si la lesión es invasiva o no invasiva. Si la lesión es no invasiva se utiliza crioterapia, láser, conización o cirugía (en estados iniciales). Si las lesiones ya son invasivas o alto riesgo de recidivas, se aplican tratamientos como radioterapia, quimioterapia o braquiterapia.

El rol de enfermería en la detección de cáncer de cuello uterino es fundamental debido a que presenta una implicación directa en la población, al igual que es la encargada de hacer muchas intervenciones preventivas como la administración de la vacuna de VPH y de realizar Educación para la Salud entre las personas jóvenes para disminuir los factores de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

- El cáncer de cuello uterino es una patología con una alta morbilidad y mortalidad en la actualidad, siendo el cuarto cáncer más frecuente en la población femenina.

- Existen diferentes factores de riesgo de esta patología que pueden ser modificables como cambiar estilo de vida, uso de preservativo, evitar fumar, no usar anticonceptivos orales más de 5 años, entre otros.
- Gracias a la introducción de la vacuna VPH en el calendario vacunal ha disminuido la incidencia de esta neoplasia.
- El papel de la enfermera juega un papel importante debido a que es el personal sanitario principal que se encarga de prevenir esta patología mediante educación para la salud y vacuna contra VPH, entre otras.

6 Bibliografía

- 1.Solano, M. et al. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix -. Revista Médica Sinergia, 2020; 5 (2).
- 2.Fernández BC, Sánchez AR, Hertfelder EB, García LO. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. Medicine -Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2017;12(34):2036–46. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/escancer-cervix-cancer-endometrio-articuloS0304541217301300?ref=busqueda&ant=S0212656717300240&sig=S1699885516300824>.
- 3.Chabeda A, Yanez RJR, Lamprecht R, Meyers AE, Rybicki EP, Hitzeroth II. Therapeutic vaccines for high-risk HPV-associated diseases. Papillomavirus Res. 2018; 5: 46-58.
- 4.Olusola P, Banerjee HN, Philley JV, Dasgupta S. Human Papilloma Virus-Associated Cervical Cancer and Health Disparities. Cells. 2019; 8:1-12.
- 5.Organización Mundial de la Salud. Guía de prácticas esenciales en el control integral del cáncer de cuello uterino. Segunda ed. Washington D.C: Publicaciones del OMS; 2016.

Capítulo 116

ACTUALIZACIÓN EN VACUNACIÓN ANTITETÁNICA Y USO DE INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA EN HERIDAS TETANÍGENAS

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

RAÚL YELA SÁNCHEZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

1 Introducción

El tétanos es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central, se caracteriza por la aparición de rigidez generalizada y espasmos musculares. Esta enfermedad es causada por una bacteria llamada *Clostridium tetani*, que forma esporas y produce una neurotoxina extremadamente potente conocida como tetanospasmina. Cuando esta toxina llega al sistema nervioso central, provoca dolor y contracciones musculares violentas. La rigidez muscular suele comenzar en la mandíbula y el cuello, extendiéndose después a los músculos del tronco. Estas contracciones musculares conducen a espasmos faciales como el trismo y la risa sardónica, así como a la posición corporal característica llamada opistótonos.

Esta enfermedad tiene una letalidad que oscila entre el 10 y el 80% y es extremadamente mortal en ancianos y lactantes.

A pesar de la existencia de vacunas altamente efectivas, el tétanos sigue siendo un problema de salud pública en diversas partes del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como metas la erradicación del tétanos materno y neonatal en todo el mundo, además de asegurar una alta cobertura de vacunación con las tres dosis de la vacuna contra la difteria, tétanos y pertussis o tosferina (DTP) y las dosis de refuerzo adecuadas para prevenir el tétanos en todas las edades.

El Comité Consultivo de Inmunización de la Asociación Española de Pediatría (CCI-AEP) revisa anualmente las recomendaciones para la vacunación de todos los españoles, especialmente niños, mujeres embarazadas y adolescentes.

Mediante esta exhaustiva revisión bibliográfica, buscamos enriquecer el conocimiento de enfermería en los ámbitos de Atención Primaria y Servicios de Urgencias, aportando las últimas recomendaciones en España.

2 Objetivos

- Proporcionar las últimas y más recientes recomendaciones en relación con la vacunación antitetánica.
- Establecer pautas claras para la administración de la inmunoglobulina antitetánica (IGT).

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una minuciosa revisión de la literatura con el propósito de explorar el conocimiento existente sobre las últimas recomendaciones en lo que se refiere a la vacunación antitetánica y el uso de la inmunoglobulina antitetánica. Para llevar a cabo esta revisión, se recurrió a diversas fuentes de información y se emplearon metabuscadores, tales como Google Académico y Google Chrome, además de consultar las principales bases de datos, como Scielo, Index, Dialnet y EBSCO Host.

La búsqueda se basó en descriptores clave, como “Vacunación infantil 2023”, “Vacunación antitetánica”, “Inmunoglobulina antitetánica”, “Heridas tetanígenas”

A lo largo de la investigación, enfrentamos desafíos importantes. Estos incluyen la dificultad de acceder a fuentes que requieren suscripciones o pagos, así como la amplitud de algunas de las fuentes consultadas. Estas fuentes no solo trataban

sobre la vacunación antitetánica, sino también sobre otras vacunas en el calendario español. Además, encontramos muchos documentos procedentes de países sudamericanos y africanos, los cuales, viven una realidad sanitaria muy diferente a la española.

Es importante mencionar que, aunque esta información podría ser relevante para futuros estudios, nos enfocamos en buscar documentos en español y de sociedades científicas y divulgativas españolas.

4 Resultados

Como se ha explicado anteriormente, el tétanos, es una enfermedad extremadamente letal causada por una bacteria llamada *Clostridium Tetani*, que es un bacilo anaerobio gram positivo que forma unas esporas altamente resistentes y que se encuentra en el suelo, heces y objetos contaminados.

Las esporas entran en el organismo a través de heridas, que generalmente son punzantes, abiertas, quemaduras, mordeduras o úlceras crónicas entre otras.

El tétanos no se transmite de un individuo a otro.

El tétanos neonatal generalmente se origina debido a la contaminación del cordón umbilical durante el proceso del parto, cuando las madres no han sido previamente inmunizadas y no se han seguido medidas de higiene adecuadas.

El periodo de incubación de entre 3 y 21 días, aunque el promedio es de 10 días.

Cuanto más contaminada es la herida, menor periodo de incubación.

Las personas susceptibles de padecerlo son las no vacunadas principalmente.

La infección natural no otorga protección inmunológica, por lo que es imprescindible vacunar a los enfermos de tétanos ya sea en el momento del diagnóstico como posteriormente durante su convalecencia.

La medida principal de salud pública llevada a cabo para su prevención es la vacunación, ya que es la única estrategia efectiva para prevenir esta enfermedad. De ahí la importancia de seguir el calendario vacunal. La administración de dosis de refuerzo o revacunaciones es capaz de inducir niveles elevados de inmunidad. Se considera un nivel mínimo de anticuerpos protector como 0.01UI/ml, determinado a través de neutralización in vivo, o de 0.1UI/ml mediante ELISA o enzima inmunoanálisis de adsorción.

Sin embargo, es importante destacar que se han registrado casos de tétanos en individuos que tenían niveles protectores de anticuerpos, especialmente en niños que habían sido expuestos a altas concentraciones de toxina.

En España están disponibles las vacunas combinadas difteria, tétanos y tosferina acelular (DTPa). También están disponibles desde 2005 las vacunas combinadas

con componente reducido (dTpa).

En el calendario vacunal actual se recomienda la vacunación DTPa a los 2, 4 y 11 meses de edad y 2 revacunaciones a los 6 años con la vacuna DTPa y 14 años con la vacuna Tétanos, Difteria (Td), esta vacuna solo puede administrarse en mayores de 7 años y adultos. A los adultos con calendario vacunal completo de 5 dosis, se les aplicará 1 dosis de recuerdo a los 60 años. En adultos con primovacunación completada (3 dosis) se administrarán 2 dosis de recuerdo con intervalo de 10 años hasta alcanzar las 5 dosis. En adultos con calendario vacunal incierto o incompleto se debe completar o iniciar dicho calendario. La primovacunación en adultos requiere 3 dosis: 0, 1 mes y 6 meses. Importante recordar: “Dosis puesta, dosis que cuenta”.

Se recomienda administrar la vacuna dTpa a las mujeres embarazadas entre las 28 y 36 semanas de gestación principalmente con el fin de que los anticuerpos que protegen contra la Bordetella pertussis sean transferidos al recién nacido y le brinden protección durante los primeros meses de vida. Esta vacuna ha de ser administrada en cada embarazo, independientemente del historial previo de vacunación de la madre. No se debe administrar la vacuna dTpa a aquellas personas que no han completado o no tienen antecedentes de haber recibido la serie primaria de vacunación con toxoide diftérico y tetánico.

La profilaxis antitetánica, que implica el uso de la vacuna antitetánica y/o inmunoglobulina antitetánica (IGT), se recomienda en caso de heridas. La decisión de utilizarla depende del tipo de herida, ya sea limpia o tetanígena y del estado de vacunación del individuo. La IGT es una solución inyectable que contiene anticuerpos contra el tétanos, se obtiene a partir de plasma de individuos adultos altamente inmunizados mediante toxoide tetánico.

Las heridas tetanígenas engloban diversas situaciones, como heridas o quemaduras que involucran una cantidad significativa de tejido desvitalizado, heridas punzantes (especialmente si han estado en contacto con suelo o estiércol), heridas con cuerpos extraños, fracturas abiertas, mordeduras, congelaciones, úlceras crónicas (especialmente en pacientes diabéticos), aquellas que requieren cirugía y si esta intervención se retrasa más de 6 horas, y las heridas en pacientes con sepsis.

Se seguirá la siguiente recomendación:

- Paciente con menos de 3 dosis administradas:

- Herida limpia: Completar la primovacunación con Td.

No es necesario administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT).

- Herida tetanígena: Completar la primovacunación con Td. Administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT).

- Paciente con 3-4 dosis administradas:

- Herida limpia: No es necesario administrar dosis de vacuna Td, excepto si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis, en ese caso administrar una dosis. No es necesario administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT).
- Herida tetanígena: No es necesario administrar dosis de vacuna Td, excepto si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis, en ese caso administrar una dosis. No es necesario administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT)

- Paciente con 5 o más dosis administradas:

- Herida limpia: No es necesario administrar dosis de vacuna Td. No es necesario administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT).
- Herida tetanígena: No es necesario administrar dosis de vacuna Td, si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis hay que valorar si se administra una dosis en función del tipo de herida. No es necesario administrar la inmunoglobulina antitetánica (IGT).

En adultos inmunodeprimidos y usuarios de drogas de uso parenteral con heridas tetanígenas se debe administrar una dosis de IGT independientemente de su estado vacunal. La IGT se debe administrar en un lugar distinto al de la vacuna Td.

La dosis de IGT será de 250 UI, excepto si han pasado más de 24 horas, en adultos de más de 90 kg con herida tetanígena y en caso de quemaduras importantes o heridas infectadas, donde la dosis administrada será de 500 unidades internacionales.

5 Discusión-Conclusión

Tras una minuciosa evaluación de los datos, es imprescindible destacar la relevancia del cumplimiento del calendario de vacunación como medida fundamental para prevenir enfermedades de gravedad, entre ellas el tétanos.

En los centros de atención primaria, resulta crucial concienciar a la población sobre la importancia de adoptar prácticas de prevención primaria en el ámbito de la salud.

En este contexto, las enfermeras desempeñan un papel crucial al informar, educar y apoyar a los pacientes en la comprensión y adhesión a las pautas de vacunación. Además, es fundamental que los profesionales de enfermería estén al tanto de las últimas recomendaciones en cuanto a la administración de vacunas, así como de las circunstancias específicas en las que la administración de inmunoglobulina antitetánica se vuelve necesaria para proporcionar una protección adicional frente a posibles riesgos de contagio. Este conocimiento especializado les permite

brindar una atención integral y adaptada a las necesidades individuales de los pacientes, contribuyendo así de manera significativa a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

6 Bibliografía

1. Protocolo de vigilancia del tétanos. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. [Consultado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/T%C3%89TANOS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Tetanos%20y%20Tetanos%20neonatal.pdf>
2. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, et al. Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2023. *Anales de Pediatría*. 2023; 98:58.e1-58.e10.
3. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Protocolo de vigilancia del tétanos. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Julio de 2023. [Consultado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/protocolo_de_vigilancia_del_tetanos_cm_2023.pdf
4. Moraga-Llop FA, Oliveras M. Vacunas y otras medidas preventivas. Inmunoglobulinas en la profilaxis de las enfermedades infecciosas. *An Pediatr Contin*. 2011;9(3):181-5.

Capítulo 117

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN POLITRAUMATISMO Y TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

LORENA LORENTE GARCÍA

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

1 Introducción

El paciente politraumatizado es definido como aquel en el que coexisten lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, implicando riesgo vital para el mismo. Cabe destacar la importancia del tratamiento a lo largo de toda la cadena asistencial, desde el momento en el que se produce el impacto y o tipo de traumatismo, así como el estudio de la etiología del mismo hasta la resolución, con el objetivo final de minimizar las posibles secuelas y, en última esencia, conseguir la recuperación del paciente para obtener la máxima calidad de vida y la mínima repercusión de las lesiones.

La mortalidad secundaria a traumatismo tiene una distribución trimodal:

- 1er pico: primeros minutos. Suele producirse por laceraciones de grandes vasos.
- 2º pico: primeras horas. Por causas potencialmente evitables mediante una adecuada atención.
- 3er pico: siguientes días o semanas. Complicaciones postoperatorias, sepsis y fallo multiorgánico.

Según el Registro Nacional de Politraumatismos Español, el politraumatismo es la primera causa de muerte en menores de 45 años.

Desde enero de 2017 hasta enero de 2022 se han registrado un total de 2.069 pacientes politraumatizados. El 76,4% son varones y la edad media de 45 años.

El mecanismo de lesión más frecuente es el cerrado (80%) con mayor incidencia de accidentes de moto (23%).

La estancia hospitalaria media es de 11 días. Precizando ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) un 73,4% (estancia media de 5 días).

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se produce por un impacto violento recibido en la región craneal y/o facial, quedando definido como cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo es la exploración neurológica, por parte de enfermería, en el paciente politraumatizado, así como en el paciente con traumatismo craneoencefálico.

3 Metodología

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

4 Resultados

CLASIFICACIÓN TCE

Según la Escala de Glasgow el traumatismo craneoencefálico se clasifica en:

- Leve; la puntuación en la escala es de 14 a 15 puntos. Presenta las características de alerta y orientado.
- Moderado; la puntuación en la escala es de 9 a 13 puntos. Presenta las características de confuso y obedecer órdenes.
- Grave; la puntuación en la escala es menor a 8 puntos. Se caracteriza por la no respuesta a órdenes.

En función de las lesiones producidas distinguimos:

- Fracturas Craneales.
- Lesiones intracraneales entre las cuales destacan hematoma epidural y hematoma subdural, cuyas características quedan definidas a continuación: o Hematoma epidural: caracterizado por la presencia de períodos de lucidez, pérdida transitoria de conciencia, sangra arterial y personas jóvenes. o Hematoma subdural: se caracteriza porque no ha períodos de lucidez, la sangre es venosa y las personas son mayores.

La exploración neurológica del paciente permite tanto realizar una valoración basal adecuada como detectar los posibles cambios que se produzcan en el estado del paciente.

Esta exploración incluye siempre la valoración del nivel de conciencia, así como el examen pupilar.

El nivel de conciencia se evalúa en función de la siguiente escala:

- Nivel 1: hipervigilia.
- Nivel 2: vigilia normal.
- Nivel 3: estado de relajación, individuo despierto.
- Nivel 4: Letargo o somnolencia. Hay respuesta a estímulos.
- Nivel 5: obnubilación.
- Nivel 6: estado estuporoso. Sólo hay respuesta a estímulos muy intensos.
- Nivel 7: estado de coma. Puede ser superficial o profundo.

Sin embargo, la escala más utilizada y estandarizada es la Escala de coma de Glasgow modificada, actualización realizada en 2014, la cual evalúa los siguientes criterios:

Imagen 1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Realización propia).

Destacar que en el año 2018 se produce una nueva actualización en la que aparece un apartado denominado Escala de Respuesta Pupilar (ERP), el cual aumenta la precisión del pronóstico.

Una vez obtenido el valor de la escala de Glasgow se debe restar el valor de la ERP:

- 2 pupilas arreactivas: ante estímulo luminoso, se restan 2 puntos.
- 1 pupila arreactiva: se resta 1 punto.

- 2 pupilas reactivas: se queda igual.

Para realizar una valoración pupilar más exhaustiva esta debe incluir tamaño y simetría, así como reactividad a la luz.

En un paciente intubado, sedado y con bloqueo neuromuscular, la exploración de las pupilas se convierten casi en la única exploración neurológica posible.

Se considera que la valoración pupilar tiene un valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

Se define como pupila fija, la que tras un estímulo luminoso se contrae menos de 1 mm y como asimetría a la diferencia mayor de 1 mm de diámetro.

5 Discusión-Conclusión

Importancia de realizar una adecuada valoración neurológica por parte de enfermería para así constatar el estado de salud del paciente politraumatizado y/o con traumatismo craneoencefálico así de una manera basal y en el evolutivo del mismo. Cabe destacar las actualizaciones de la escala de Glasgow tanto del año 2014, como del 2018, la cual se incluye la escala de respuesta pupilar la cual hace que aumente la precisión del diagnóstico.

Recaltar la importancia de la formación el manejo de estos pacientes, para detectar pequeños cambios, los cuales pueden influir de manera decisiva en el transcurso clínico y evolutivo del paciente.

6 Bibliografía

Apuntes de enfermería Medico quirúrgica Neurosensorial de la academia Opos-alud

Cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Aula Sescam

Experiencia Profesional Unidad de Cuidados Intensivos

Experiencia profesional Instituto de Enfermedades Neurológicas <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

Resultados del Registro Nacional de Politraumatismos español <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-avance-resumen-resultados-del-registro-nacional-politraumatismos-S0009739X23000180>

Capítulo 118

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADMINISTRACIÓN DE RADIOTERAPIA (LINFEDEMA)

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

LORENA LORENTE GARCÍA

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La radioterapia consiste en la utilización de la radiación ionizante. Destacar que, aunque cada vez es más selectiva, daña todos los tejidos a su paso. Cuando la radiación ionizante atraviesa una célula, produce radicales libres que causan daños en su ADN.

Los radiosensibilizadores favorecen la fijación de los radicales libres, protegiendo las células sanas de la radiación.

Los efectos de la radioterapia se producen a nivel local, y los tejidos más sensibles son los testículos, los ovarios, la médula ósea y la mucosa del tubo digestivo debido a que son los tejidos que más rápidamente se multiplican, es decir aquellos que tienen una elevada tasa de renovación celular

Los efectos se pueden clasificar e:

- Agudos, los cuales suelen ser reversibles.

-Tardíos, los cuales suelen ser irreversibles.

El otro punto a tratar son los Cuidados de enfermería en el linfedema, destacar la interrelación entre ambos temas, ya que el linfedema puede ser fruto tanto de una cirugía curativa y/o reparadora, así como la administración de radioterapia axilar

Se ha querido destacar la especial importancia los cuidados en el linfedema neoplásico, es decir, en el edema ocasionado por la acumulación de la linfa en el tejido subcutáneo consecuencia de la obstrucción de vasos y ganglios linfáticos por metástasis, exéresis quirúrgica o radioterapia axilar. Se trata de un edema crónico que favorece el desarrollo de fibrosis intersticial y puede facilitar la aparición de complicaciones, siendo una de las más frecuentes la infección

2 Objetivos

-Dar a conocer los cuidados de enfermería en la administración de radioterapia.

-Dar a conocer los cuidados de enfermería en el linfedema por metástasis, exéresis quirúrgica o radioterapia axilar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cambios en la piel (radiodermatitis) pueden producirse en cualquier parte del cuerpo que reciba la radiación. Suelen presentarse unas semanas después de comenzar el tratamiento, y desaparecen transcurridas un par de semanas después de terminarlo. Tras dos o tres semanas de radioterapia se observa la zona eritematosa, la cual va adquiriendo una coloración más pigmentada y oscura, que desaparecerá en un par de meses tras la finalización del tratamiento. Destacar que en zonas como pliegues mamarios o inguinales puede aparecer una reacción húmeda. Los cuidados de enfermería son los siguientes:

- Mantener la piel limpia y seca. Tras la realización de la higiene, secar la piel con toques muy suaves.
- Se recomienda la ducha con agua templada.
- Se recomienda evitar productos higiénicos que contengan alcohol o perfume.
- Evitar el uso de maquillaje o cosméticos en el área tratada.
- No utilizar tiritas, esparadrapo u otro tipo de adhesivos.
- Utilización de crema hidratante a diario.
- No rascar o frotar efusivamente.
- No se debe afeitar la zona tratada con cuchilla. Exclusivamente se podrá utilizar la maquinilla eléctrica si la piel no se encuentra irritada.
- Utilizar ropa de algodón que no comprima.
- Evitar la aplicación de calor o frío sobre la zona tratada.
- Destacar la especial fotosensibilidad de la zona tratada, por lo que es necesario proteger la piel de temperaturas extremas.
- No se recomienda retirar las marcas de rotulador pintadas en la piel para señalar la zona a radiar.

En caso de que la radioterapia se administre en la zona del abdomen o pelvis, el efecto secundario más frecuente es la diarrea. El tratamiento consiste en la realización de medidas dietéticas y administración de antidiarreicos (loperamida).

En caso de que aparezca cistitis, es importante ingerir abundantes líquidos y evitar los irritantes como pueden ser café, alcohol, té y tabaco.

Respecto a la vaginitis, se produce cuando el tratamiento va dirigido a la pelvis. Las recomendaciones de enfermería son las siguientes:

- Utilizar cremas lubricantes de base acuosa.
- Evitar las relaciones sexuales. En caso de tenerlas utilizar siempre el preservativo.
- Utilizar ropa interior del algodón.
- No utilizar productos irritantes como tampones.
- Para evitar el prurito vaginal se recomiendan los baños de asiento con agua tibia y sal.

*Cuidados de enfermería en el linfedema

El linfedema es la acumulación de la linfa en el tejido subcutáneo. Es un edema crónico, que favorece el desarrollo de fibrosis intersticial, facilitando la instauración de complicaciones locales. Los cuidados de enfermería que se recomiendan son los siguientes:

- Tratamiento postural. Siempre que sea posible, mantener elevada la extremidad.
- Masaje linfático, para movilizar el fluido del edema, y así facilitar su reabsorción.
- Presoterapia.

- Medidas compresivas; mediante un vendaje compresivo, desde la raíz de los dedos, hasta el muslo o la axila.
- Evitar deportes violentos o de contacto.
- Mantener la piel limpia.
- Evitar la exposición solar.
- Evitar el calor y el frío extremos.
- Evitar la realización de técnicas invasivas: no realizar extracciones de sangre ni glucemia, no administrar vacunas, utilizar dedal para coser y guantes para actividades domésticas, depilarse con maquinilla eléctrica, limar las uñas o utilizar cortaúñas en vez de tijeras.
- Evitar el uso de ropa muy ajustada.
- No tomar la tensión en el miembro afectado.

Existe un tratamiento eficaz, llamado Terapia Descongestiva compleja, consistente en drenaje linfático manual, que puede ir acompañado de presoterapia y/o medidas de compresión o vendajes.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia de los cuidados de enfermería dentro del paciente oncohematológico. Se ha querido realizar una síntesis clara de los cuidados de los mismos en dos situaciones clínicas diferentes, así como manifestar la posible aparición de linfedema tras la administración de radioterapia axilar. Por una parte, la administración de radioterapia y los cuidados de enfermería en la administración de la misma y, por otra parte, los cuidados de enfermería en el linfedema entendido como la acumulación de la linfa en el tejido subcutáneo, el cual puede aparecer de forma secundaria a la radiación de la zona axilar.

Se ha querido abordar dichos temas, dada la importancia de ambos y el impacto que tienen en nuestros pacientes. Destacar que las recomendaciones a seguir han sido redactadas de una manera sencilla, validadas por la mejor evidencia científica del momento.

6 Bibliografía

1. Guía de atención, seguimiento y cuidados de enfermería a pacientes tratados con radioterapia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Autores: María José González Fernando Villanueva Antonio Martínez.

2. Gil Sebastián S. Cuidados de enfermería en el tratamiento de linfedema tras mastectomía. Incluido en la revista Ocronos. Vol. VI.Nº1- Enero 2023. Pág.inicial: Vol. VI; Nº1:130.

Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-linfedema-mastectomia/>

3.Cuidados al paciente con linfedema neoplásico. Disponible en: <https://enfermeria.top/post/cuidados-linfedema-neoplasico/>.

4.Normas y recomendaciones prevención de linfedema tras cirugía linfadenectomía y/ o radioterapia axilar. Hospital universitario de Fuenlabrada.

5.Recomendaciones para la prevención del linfedema. Hospital universitario de Fuenlabrada.

Capítulo 119

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

LORENA LORENTE GARCÍA

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

La quimioterapia consiste en la utilización de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer, y se puede realizar tanto en monoterapia como en poliquimioterapia, siendo esta última más frecuente, y consistente en la combinación de varios citostáticos con toxicidad y mecanismo de acción diferentes, administrados en máximas dosis toleradas. La quimioterapia puede ser clasificada según su finalidad en curativa y paliativa y otra de las clasificaciones es según el momento categorizándose en neoadyuvante versus adyuvante o complementaria.

El objetivo del presente artículo consiste en desarrollar los principales efectos secundarios tanto de la monoquimioterapia como de la poliquimioterapia, así como los cuidados que realizan los profesionales de enfermería, tanto en la atención di-

recta del paciente como en el asesoramiento y acompañamiento del mismo. Los principales efectos secundarios que van a ser desarrollados son:

- Toxicidad hematológica.
- Alteraciones del gusto: xerostomía y disgeusia.
- Toxicidad gastrointestinal.
- Náuseas y vómitos.
- Estreñimiento y diarrea.
- Toxicidad neurológica.
- Toxicidad gonadal.
- Alteraciones dermatológicas, así como en uñas y en pelo.

Como efecto secundario, a destacar que tanto la monoquimioterapia como la poliquimioterapia no afectan sobre las células neoplásicas, sino también sobre aparatos, órganos, tejidos y sistemas sanos, actuando de una forma más insidiosa en aquellos con alto índice de renovación, como médula ósea, folículos pilosos, tubo digestivo o sistema reproductor entre otros.

Se puede clasificar la toxicidad en inmediata, precoz y tardía.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales efectos secundarios de la quimioterapia.
- Dar a conocer los principales cuidados de enfermería tras la administración de quimioterapia.

3 Metodología

Para poder realizar el presente trabajo se ha realizado una investigación la cual ha consistido en una revisión bibliográfica así como de la práctica clínico-asistencial. Se ha realizado una búsqueda sistemática artículos, así como cursos impartidos desde Aula- Sescam y libros pertenecientes a apuntes de enfermería de la editorial Oposalud.

Palabras clave utilizadas: enfermería y quimioterapia

4 Resultados

A continuación, vamos a desarrollar las principales alteraciones, así como los cuidados de enfermería.

Toxicidad hematológica.

Dentro de la toxicidad hematológica distinguimos neutropenia, trombopenia y anemia.

La neutropenia es la disminución de los glóbulos blancos. Se trata de una de las manifestaciones más precoces, ya que aparece entre las 6-8 horas tras la administración del tratamiento. Las últimas recomendaciones aportan que se pueden utilizar factores estimulantes de colonias, para así aumentar la producción de polimorfonucleares por la médula ósea. El objetivo principal de enfermería va a estar dirigido a evitar todo aquello que pueda actuar como un foco de infección:

- Mantener buena higiene personal.
- Baño diario, así como lavado estricto de manos.
- Evitar contacto con personas que presenten infecciones, así como aquellas recientemente vacunadas.
- No vacunarse con vacunas de virus vivos.
- Evitar contacto con animales, en especial, con sus excrementos.
- Evitar el uso de enemas y supositorios.
- No realizarse tatuajes ni piercings.
- No rascar los granos ni las costras de la piel.
- No consumir carne o pescado poco cocinados.
- Tomar lácteos pasteurizados y realizar un exhaustivo lavado de frutas y verduras.
- Para el enjuague bucal, no está recomendada la clorhexidina, ya que reseca en exceso la mucosa oral. Utilizar enjuagues exentos de alcohol.

La trombopenia es la disminución de las plaquetas. Aparece en los 5-7 días posteriores al tratamiento, y puede provocar sangrados, así como grandes hematomas tras estímulos mínimos.

A continuación, vamos a desarrollar los cuidados de enfermería:

- Vigilancia activa de la posible presentación de hematuria, como sangrado por vía digestiva, nariz o encías, así como dolor en músculos o articulaciones.
- Utilizar cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Evitar estreñimiento.
- No usar cuchillas de afeitar, por la posibilidad de cortes.
- Evitar deportes de contacto.
- Evitar procedimientos invasivos, tales como la administración de inyecciones intramusculares u otro tipo de exámenes.
- Evitar medicamentos favorecedores del sangrado, como aspirinas o antiinflamatorios.
- No caminar descalzo.

En caso de que se produzca un sangrado activo, presionar firmemente el área hasta que se detenga el sangrado. En caso de que este no cesara, acudir al centro sanitario.

La anemia es la disminución de los glóbulos rojos. Es la más tardía, apareciendo entorno a los 120 días tras el tratamiento. La evidencia recomienda que el tratamiento más efectivo, cuando la hemoglobina es inferior a 8 mg/100 ml es la transfusión de concentrado de eritrocitos.

Alteraciones del gusto: xerostomía y disgeusia

La xerostomía consiste en la disminución de la secreción salivar, favoreciendo la aparición de mucositis. Se recomienda chupar pequeñas rajitas de limón, y tras consultar con el facultativo puede ser recomendable la administración de pilocarpina.

La disgeusia es el sabor metálico, sobre todo tras la ingesta de alimentos ricos en proteínas. Se recomienda no comer con cubiertos metálicos y comer preferentemente carnes blancas.

Toxicidad gastrointestinal.

Aparece entre los 5 y 7 días del inicio de la quimioterapia, y se suele resolver en el plazo de una semana. Cabe destacar la mucositis, que queda definida como la inflamación del tubo digestivo desde la boca hasta el ano.

Náuseas y vómitos.

Se trata del efecto adverso más frecuente, pudiendo aparecer tanto de manera aguda como tardía. Destacar el fenómeno anticipatorio, consistente en el condicionamiento clásico en el cual se generan las náuseas y/o vómitos antes de la administración del tratamiento, y para el que es necesario la psicoterapia. Como cuidados de enfermería:

- Realizar la principal comida en las primeras horas del día.
- No cocinar el día de la administración del ciclo, así como los días previos.
- No consumir alimentos preferidos del paciente.
- Antes de la sesión de quimioterapia, es recomendable comer algo.
- Si se utiliza quimioterapia muy emetógena, se pueden administrar medicamentos anti eméticos antes de la quimioterapia y 30 minutos antes de las comidas.

Estreñimiento y diarrea.

El tratamiento de la diarrea consiste en la reposición de líquidos y electrolitos, así como la administración de fármacos anti motilidad (loperamida). También estaría recomendada la utilización de probióticos.

El tratamiento del estreñimiento consiste en la ingesta abundante de agua, alimentos ricos en fibra, así como la realización de ejercicio.

Toxicidad neurológica.

Como tratamiento profiláctico se utiliza MESNA.

Neurotoxicidad.

Pueden aparecer alteraciones o dificultades en la concentración, memoria y razonamiento, así como neuropatía periférica, lo que provoca hormigueo en miembros superiores e inferiores. Puede llegar incluso a verse afectado el equilibrio, por lo que se debe tener especial cuidado con el riesgo de caídas. En caso de que aparezca entumecimiento, tener especial cuidado con la sensibilidad térmica.

Toxicidad gonadal.

La última evidencia desaconseja el embarazo durante la quimioterapia.

Alteraciones dermatológicas, así como en uñas y en pelo.

Incluye cambios en la pigmentación, alopecia y alteraciones de las uñas.

La alopecia es el efecto secundario más frecuente, aunque no es obligatoria su aparición. Usualmente la alopecia es reversible, pudiendo aparecer el cabello con características diferentes al primario. Los cuidados de enfermería recomendados son:

- Evitar cualquier producto agresivo para el cabello (planchas, rizadores, tintes...).
- Se recomienda el secado al natural. En caso de utilizar secador, usarlo a la potencia más baja posible.
- Utilizar champú y mascarilla suaves.
- Es recomendable cortarse el pelo antes de que se empiece a caer, para que el impacto sea menor.
- Se recomienda que las fundas de almohada sean de colores donde sea menos visible la caída de pelo.
- Si se va a salir a la calle, proteger el cuero cabelludo con un sombrero o pañuelo.
- Ante la exposición al sol, utilizar siempre protector solar de alto factor.
- Si se va a utilizar peluca postiza, es recomendable comprarla antes de la total caída del cabello.

Destacar que en los últimos años ha sido emergente la realización de hipotermia del cuero cabelludo, técnica consistente en el enfriamiento del folículo piloso para reducir la caída del cabello.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente la necesidad de cuidados de enfermería en los principales efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, ya que la enfermera es uno de los profesionales de referencia para estos pacientes. Una vez más se puede constatar la necesidad de tratar a nuestros pacientes de una manera holística, integral y

biopsicosocial afrontando las dudas que puedan surgir por parte del mismo y explicando las alteraciones que puedan surgir en el tratamiento con quimioterapia de una manera cercana, adaptándonos a las necesidades del paciente y su familia. Destacar la necesidad de formación continuada tan necesaria para los profesionales que trabajan en el Servicio de Oncohematología y poner de manifiesto como los cuidados que aportamos las enfermeras contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Rol de la enfermería en la administración de la quimioterapia J. Güell Hospital de Día de Oncología, Hematología y Unidad de Hospitalización a Domicilio de Barcelona
Disponible en: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136582.pdf>.
2. Protocolo Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a quimioterapia: <https://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711057.pdf>.
3. Cuidados de enfermería en los efectos secundarios de la quimioterapia. Revisión bibliográfica Daniel Fernández Fernández Lucía Benito Santiago Paula García Enrique
Disponible en: <http://publicacionescientificas.es/wp-content/uploads/2019/05/cuidados-de-enfermeria-en-los-efectos-secuntarios-de-la-quimioterapia.pdf>.

Capítulo 120

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN HEMODINÁMICA: MANEJO DEL CANGRELOR EN ADULTOS

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

En la medicina cardiovascular contemporánea, las plaquetas han adquirido un papel de suma importancia, debido a nuestra mejor comprensión del Síndrome Coronario Agudo (SCA) como un proceso subyacente fundamentalmente aterotrombótico. Este entendimiento ha catalizado la difusión del uso de agentes antiplaquetarios, tales como la aspirina, las tienopiridinas y los antagonistas de los receptores de la glucoproteína IIb/IIIa, en la prevención y tratamiento de enfermedades isquémicas coronarias. No obstante, en este panorama terapéutico, surgen inquietantes hallazgos que indican que no todos los pacientes reciben el tratamiento antiplaquetario adecuado. Este hecho puede deberse a diversos factores, como la aparición del fenómeno de la "resistencia" o "respuesta variable" a los fármacos antiplaquetarios, o el aumento de los riesgos de sangrado asociados con estos tratamientos.

De manera particular, la eficacia cuestionable de la combinación de aspirina y clopidogrel en la prevención primaria ha llevado a una reevaluación del concepto tradicional que postula que "cuanto mayor sea la inhibición plaquetaria, mayor será la eficacia del tratamiento". La comunidad médica está enfocando sus esfuerzos en perfeccionar los tratamientos antiplaquetarios ya en uso, con el propósito de mejorar tanto su eficacia como su seguridad. En este contexto, se están desarrollando nuevos antagonistas de los receptores de adenosina-difosfato

(ADP), como prasugrel, AZD6140 y cangrelor, así como antagonistas de la trombina, como E555 y SCH530348. Estos nuevos fármacos buscan proporcionar una inhibición de las plaquetas más potente, rápida y constante en comparación con las terapias existentes.

Paralelamente, la creciente comprensión de la estructura de las plaquetas y de los mecanismos involucrados en la formación de trombos ofrece la posibilidad de descubrir nuevas dianas terapéuticas. Este artículo se enfoca en revisar el papel fisiopatológico de las plaquetas en el proceso aterotrombótico, evaluar lo más reciente en el arsenal antiplaquetario en uso y explorar nuevas perspectivas terapéuticas que están siendo investigadas.

El avance en nuestra comprensión de la función de las plaquetas en los eventos cardiovasculares ha reforzado la necesidad de perfeccionar los tratamientos antiplaquetarios y explorar enfoques terapéuticos novedosos. El objetivo es lograr un equilibrio óptimo entre la eficacia en la prevención de eventos aterotrombóticos y la seguridad, minimizando los riesgos de sangrado. La medicina cardiovascular continúa evolucionando en su lucha contra las enfermedades coronarias, y las plaquetas ocupan un lugar central en esta batalla.

2 Objetivos

Conocer los fundamentos de enfermería en el manejo y control de la administración del cangrelor en pacientes con alteraciones en la perfusión intracoronaria que han sido reperfundidas.

3 Metodología

En la creación de este capítulo, hemos emprendido una rigurosa investigación, sumergiéndonos en una profunda revisión de la literatura científica reciente. Llevamos a cabo una búsqueda sistemática, examinando minuciosamente libros, artículos en renombradas bases de datos como PubMed y Scielo, y en las publicaciones especializadas en cardiología.

4 Resultados

El cangrelor o cangrelor tetrasódico es un medicamento indicado en la prevención de consecuencias trombóticas en enfermedades coronarias de pacientes adultos. Debe considerarse un antiagregante plaquetario que pertenece al grupo

de antagonistas del receptor plaquetario P2Y₁₂, diseñado para inhibir de manera reversible y directa el receptor P2Y₁₂, sin que se produzca conversión metabólica durante el proceso de agregación plaquetaria inducido por la unión de la adenosina difosfato (ADP). Tras la administración intravenosa, el cangrelor se adhiere a la membrana plaquetaria para inhibir la activación y, por ende, la agregación plaquetaria. Su metabolismo implica la desfosforilización al ARC 69712XX, y se elimina a través de la orina y las heces. La vida media del medicamento, independientemente de la dosis administrada, oscila entre tres y seis minutos. No interfiere con otros medicamentos metabolizados por vía enzimática. Además de su denominación como cangrelor, el medicamento se comercializa bajo los nombres de Kangreal o Kengrexal, en formato de ampollas de polvo liofilizado destinado a su posterior reconstrucción. Se ha observado que la acción farmacocinética del cangrelor es lineal.

Diversos tipos de estudios han evaluado las características del fármaco y lo han sometido a pruebas. Uno de estos estudios, denominado Champion Phoneix, comparó de manera aleatoria el uso de cangrelor con el de clopidogrel. Los resultados revelaron que el cangrelor redujo la reaparición del ST durante el procedimiento y disminuyó el porcentaje de efectos adversos registrados 48 horas después de la intervención, lo que resultó en un incremento en el beneficio de las lesiones tratadas.

Para la reconstrucción del vial de 50 mg, es necesario añadir 5 ml de agua estéril y agitar el vial suavemente hasta que todo el contenido se disuelva por completo, evitando movimientos enérgicos. Después de permitir que la espuma se asiente, se debe verificar que el contenido del vial se haya disuelto completamente, dando lugar a una solución transparente de tono amarillo casi translúcido. Tras la reconstitución, es esencial inspeccionar visualmente el medicamento en busca de partículas. No debe administrarse sin diluir. Antes de la administración, se extraen 5 ml de solución reconstituida de cada vial, que luego se diluyen adicionalmente con 250 ml de solución inyectable de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9 %) o con solución inyectable de glucosa al 5%, y se integran adecuadamente en el suero. Esta dilución resultará en una concentración de 200 microgramos/ml y debería ser suficiente para al menos dos horas de administración, según sea necesario. La administración del medicamento se basa en el peso del paciente y comprende un bolo intravenoso inicial seguido de una perfusión intravenosa.

La administración de cangrelor se recomienda en casos de Intervención coronaria percutánea (ICP) para reducir la insuficiencia mitral (IM) durante el procedimiento y posteriormente, para la oclusión coronaria repetitiva, y para pacientes que no han sido tratados previamente con inhibidores orales. El protocolo incluye

un bolo intravenoso de 30 microgramos/kg, seguido inmediatamente por una perfusión intravenosa de 4 microgramos/kg/min. El bolo y la perfusión deben iniciarse antes del procedimiento y mantenerse durante un mínimo de dos horas o durante la duración del procedimiento, procurando la máxima duración de la administración. Según el juicio clínico, la perfusión puede extenderse hasta cuatro horas. Después de finalizar la perfusión, se debe continuar con la administración de clopidogrel, ticagrelor o prasugrel debido a su corta vida media. Se considera que, debido a la lenta absorción intestinal, el período de administración más recomendable es 30 minutos antes de la finalización de la perfusión de cangrelor. Actualmente, cangrelor se administra en varios países de Europa y Estados Unidos.

No se ha registrado información sobre interacciones con otros fármacos, aunque se ha observado una inhibición *in vitro* de la proteína de resistencia del cáncer de mama (BCRP) por el metabolito ARC-69712XX en concentraciones importantes. Aunque no se han investigado las posibles implicaciones *in vivo*, se aconseja precaución al combinar cangrelor con un sustrato de BCRP.

Cangrelor está contraindicado en pacientes con sangrado activo o alto riesgo de sangrado debido a alteraciones en la coagulación. Tampoco puede administrarse en pacientes con antecedentes de ictus o de ataque isquémico transitorio, y se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedades asociadas a un mayor riesgo de sangrado. Los estudios han demostrado un riesgo isquémico similar pero un sangrado menor en comparación con el clopidogrel. La escala de sangrado GUSTO (Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries) se utilizó para medir los eventos hemorrágicos.

En lo que respecta a la actuación de enfermería en pacientes a los que se les administra este tratamiento, se requiere la creación de un protocolo que guíe las acciones según las necesidades del paciente. Inicialmente, se llevará a cabo una exhaustiva recopilación de información clínica del paciente, a través de preguntas sencillas y la verificación en el historial clínico. En esta etapa, la evaluación enfermera de la piel es crucial para detectar posibles hematomas o reacciones anafilácticas. Se prestará especial atención a los antecedentes clínicos, las alergias y el tratamiento administrado, seleccionando la información relevante para el procedimiento. Esto incluye:

- Medicación habitual del paciente, en particular cualquier tratamiento con antiagregantes.
- Control de hipertensión.
- Historial de sangrado gastrointestinal.
- Antecedentes de hemorragia intracraneal.

- Presencia de anemia.
- Evaluación de alteraciones en la marcha y posibles caídas recientes.
- Información sobre enfermedad hepática.

Durante el procedimiento, además de administrar correctamente el fármaco, es importante que el personal de enfermería esté alerta a posibles situaciones, tales como:

- Hemorragias y hematomas en la zona de punción.
- Síntomas de embolia pulmonar, como dolor en el pecho y dificultad respiratoria, que deben ser abordados de inmediato.
- Posibles signos de trombosis venosa profunda, como el aumento del volumen de los miembros inferiores, dolor y enrojecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Incluir este medicamento en el plan de actuación marca una diferencia significativa en la reperfusión coronaria, ya que demuestra la capacidad de reducir de manera recurrente las incidencias isquémicas, manteniendo una baja tasa de complicaciones hemorrágicas. Es importante destacar que este es el único inhibidor plaquetario del receptor P2Y₁₂ que se administra por vía intravenosa y que ha sido aprobado para su uso en el mercado. En comparación con los fármacos orales, este no se ve limitado por el tiempo de absorción intestinal, lo que garantiza una acción más inmediata. Además, gracias a sus propiedades reversibles y su corta vida media, se convierte en el medicamento con una respuesta más predecible y eficiente.

En resumen, el cangrelor se destaca por su rapidez y confiabilidad, características altamente valoradas en el campo de la Cirugía Cardíaca y Hemodinámica. Añadido a esto, se ha demostrado que es seguro en términos de complicaciones por sangrado y la necesidad de intervenciones quirúrgicas urgentes. En comparación con la administración oral, presenta un perfil beneficioso que lo hace sobresalir como una opción terapéutica excepcional.

6 Bibliografía

1. Keating GM. Cangrelor: A Review in Percutaneous Coronary Intervention. Pubmed. [Internet] 2015. [Consultado el 13 de octubre 2023]; 75 (12): 1425-1434. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26201463/>.
2. Campuzano-Maya, G. Inhibidores del receptor plaquetario P2Y₁₂. Parte 1 de 2: escenario de acción, farmacología, aplicación clínica y limitaciones de su uso.

- Medicina & Laboratorio. [Internet] 2017 [Consultado 13 de octubre 2023]; 23 (1): 1-44. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/57>.
3. White HD, Bhatt D, Gibson CM, Hamm CW, et al. Outcomes with cangrelor versus clopidogrel on a background of bivalirudin: insights from the CHAMPION PHOENIX (A Clinical Trial Comparing Cangrelor to Clopidogrel Standard Therapy in Subjects Who Require Percutaneous Coronary Intervention [PCI]). JACC Cardiovasc Interv. [Internet] 2015. [Consultado el 13 de octubre 2023]; 8 (3): 424-433. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25703887/>.
4. De Luca L, Steng FG, Bhatt DL, Capodanno D, et al. Cangrelor: Clinical Data, Contemporary Use, and Future Perspectives. J Am Heart Assoc. [Internet] 2021. [Consultado el 13 de octubre 2023]; 10 (13): 121-125.
5. Franchi F, rollini F, Park Y, Angiolillo D. A Safety Evaluation of Cangrelor in Patients Undergoing PCI. [Internet] 2016 [Consultado el 13 de octubre 2023]; 15 (2): 275-285. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26680584/>.
6. Torre Hernandez JM, Prati F, Koskinas K, Joner M, et al. Clinical use of intracoronary imaging Part 2: acute coronary syndromes, ambiguous coronary angiography findings, and guiding interventional decision-making: an expert consensus document of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions. Eur Heart J., 2019; 40 (19): 2566-2584.

Capítulo 121

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

LIDIA GARCÍA CHARRO

LAURA GARCIA CALVO

BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

NADIA CÁRCABA PÉREZ

ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las nuevas tecnologías e Internet forman parte de la vida cotidiana y su uso se ha extendido a casi la totalidad de la población, pero este empleo continuado y frecuente puede derivar en un comportamiento compulsivo y patológico: las ciberadicciones o adicciones a las nuevas tecnologías (NTIC).

Las crecientes cifras de prevalencia de un posible uso compulsivo de internet y de

adicción a los videojuegos en los más jóvenes, junto con el gran impacto en salud que suponen, han hecho que las instituciones sean conscientes de la importancia de protocolizar e implantar actividades de prevención y detección de este tipo de conductas patológicas desde el ámbito sanitario.

El mejor tratamiento es el preventivo y es especialmente efectivo en niños y adolescentes, por lo que los programas preventivos específicos están orientados principalmente en la promoción y educación para la salud (EpS).

Las intervenciones de enfermería en relación con la adicción de las NTIC deben realizarse en diversos niveles de actuación. Por un lado, las enfermeras deben realizar promoción de la salud y actividades de prevención primaria, así como motivar a las familias a realizarla sobre sus hijos y educar a la comunidad de los posibles problemas del abuso de las NTIC.

Por otra parte, es importante llevar a cabo una detección precoz para implantar actuaciones que minimicen el daño una vez detectado algún problema de salud relacionado con el uso de las nuevas tecnologías.

Debido al uso casi universal de Internet en los niños y adolescentes, las evaluaciones sobre el uso seguro de las NTIC deberían formar parte de la atención básica de enfermería en todos ámbitos, en especial en los servicios de atención primaria, donde las enfermeras tienen un contacto más continuado con el niño/adolescente y la familia.

Las enfermeras se encuentran en una posición excelente para detectar y evaluar el uso problemático de Internet, así como para educar y prevenir a los padres y menores sobre el uso adecuado, responsable y seguro de las NTIC. El personal de enfermería tiene la función de proporcionar recursos psicoeducativos, orientar sobre el establecimiento de límites y otras medidas de prevención y evaluar el uso problemático de las NTIC en niños y adolescentes.

Además, las enfermeras también tienen la capacidad para desarrollar protocolos y programas efectivos para el manejo de esta adicción. Estas intervenciones pueden tener lugar en múltiples ocasiones, ya sea en los controles periódicos de salud o de forma oportunista aprovechando otro motivo de consulta.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el papel de la enfermera en el abordaje de la adicción a las nuevas tecnologías en niños y adolescentes.

Objetivos secundarios:

- Exponer las intervenciones enfermeras para la prevención primaria de la adicción a las nuevas tecnologías en niños y adolescentes.
- Identificar las intervenciones de enfermería para la detección precoz de la adicción a las nuevas tecnologías en niños y adolescentes.

3 Metodología

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

Durante la búsqueda, también se ha recurrido a páginas web de organismos oficiales, asociaciones y estudios:

- Asociación Española de Pediatría.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).
- Página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio de la Infancia.

4 Resultados

1. Prevención primaria para evitar la adicción a las NTIC:

Los profesionales de salud deben tomar conciencia de la importancia de prevenir desde la primera infancia la instauración de una conducta adictiva a las nuevas tecnologías. Los primeros años de vida son cruciales para el correcto desarrollo del niño, y un uso abusivo de las NTIC tiene efectos perjudiciales sobre la salud de los infantes de menor edad, como señalaron la American Academy of Pediatric, la Canadian Pediatric Society (CPS) o AEPAP. Algunos de estos problemas en el desarrollo se relacionan con el apego, la atención o el desarrollo psicomotor y del lenguaje.

La base de la prevención primaria es la EpS. Las actividades de EpS y otras actividades preventivas para evitar el desarrollo de la adicción a las NTIC en niños y adolescentes no deben centrarse únicamente en los menores, puesto que los

padres y las personas de su entorno, como los maestros, también deberían ser objetivo de estas intervenciones.

Por ello, los programas de prevención deberían implantarse tanto en el entorno educativo como en las familias. Las intervenciones dirigidas a la comunidad para el control del uso de Internet también son una medida preventiva eficaz, como las campañas de concienciación colectiva.

Las intervenciones de EpS para la prevención del desarrollo de la adicción a las NTIC se pueden dividir en 5 áreas:

- El tiempo de uso: el control sobre el tiempo de utilización de las NTIC es fundamental para evitar el establecimiento de la conducta. Se debe fomentar y enseñar el uso responsable de Internet y ayudar a establecer unas normas de uso y supervisión, así como unos horarios, evitando las horas cercanas al descanso nocturno.

Las recomendaciones sobre el tiempo máximo de uso recomendado de las NTIC según la edad de la CPS son: o Para los menores de 18 meses: ningún tipo de consumo en absoluto (solamente están exentas las videollamadas). o 18 - 24 meses: los padres pueden introducir contenido digital si lo desean, pero debe ser de alta calidad y con ellos presentes. o 2 - 5 años: una hora al día de contenido de alta calidad y siempre en compañía de los padres. o A partir de los 6 años: los límites de tiempo y contenido deben ser coherentes, considerándose un uso abusivo cuando el tiempo diario es mayor de tres horas. Se debe asegurar que el niño pasa su tiempo de ocio realizando actividades físicas y que tenga un buen descanso nocturno.

- La privacidad es indispensable para proteger a los menores durante sus conexiones a Internet. Las enfermeras deben explicar en detalle los riesgos de compartir datos e imágenes personales en las redes sociales, insistir en evitar el contacto con desconocidos y restringir el acceso al perfil de personas que no conozcan y la importancia de denunciar cualquier chantaje o acoso sufrido en Internet.

- Los padres deben supervisar los contenidos de las páginas/juegos visitados por sus hijos, en especial si se trata de niños pequeños. Los contenidos siempre deben estar adaptados a la edad, se recomienda la utilización de programas que filtran estos contenidos adecuándolos a las edades elegidas.

- Para evitar el abuso de las NTIC, se debe informar a las familias sobre la resonancia que tienen sus propios hábitos en sus hijos. Las enfermeras tienen la labor de educar también a los cuidadores, debido a que son el principal ejemplo

para los niños. Una buena herramienta para ello es la realización de un “plan digital familiar”, los padres dejan de ser agentes pasivos que establecen normas y se convierten en agentes activos y modelos de conducta para sus hijos.

- Es fundamental que las enfermeras realicen una correcta educación y formación de los niños y adolescentes sobre el uso correcto de Internet y ayuden al desarrollo de los factores de protección para evitar el desarrollo de una CA en relación con las NTIC.

Las enfermeras deben realizar intervenciones que vayan dirigidas a mejorar las habilidades específicas de cada niño/adolescente, disminuyendo los factores de riesgo que aumenten su vulnerabilidad y potenciando los factores de protección:

- Las habilidades asociadas al correcto uso de Internet, como la reducción del tiempo de uso, la mejora del autocontrol o la capacidad de identificar pensamientos negativos en relación con el comportamiento adictivo.
- Las habilidades asociadas con el manejo del estrés y las emociones, como ofrecer herramientas para afrontar las dificultades cotidianas o para reconocer y expresar emociones, esto evitaría que los jóvenes hicieran uso de las NTIC como medio de liberación del estrés emocional.
- Las habilidades relacionadas con situaciones interpersonales, como aumentar las habilidades sociales, disminuiría el aislamiento de los adolescentes y favorecería una red de apoyo más sólida.
- Las habilidades asociadas con los hábitos de la vida diaria y el uso del tiempo libre. La promoción de la salud para fomentar hábitos de vida saludables es crucial para la prevención de la adicción a las NTIC. Se deben fomentar las actividades deportivas en grupo y al aire libre. Además, es importante promover una alimentación sana y variada y una adecuada higiene del sueño prevenir los efectos sobre la salud del uso abusivo de las pantallas antes de su aparición.

2. Detección precoz de la adicción a las NTIC:

Para la detección temprana de la adicción a Internet y los videojuegos existen escalas validadas, cortas, fáciles de usar y traducidas al español, que las enfermeras pueden aplicar en niños y adolescentes si lo consideran oportuno. De igual manera, para el diagnóstico de una adicción a las NTIC se debe tener en cuenta la historia clínica del paciente, los síntomas físicos la historia familiar y psicológica y los factores de riesgo que pueda presentar el menor.

El DSM-5 y el CIE-11 cuentan con escalas propias para la identificación del trastorno por uso de videojuegos. En ambas escalas, los criterios diagnósticos se centran en el malestar psicológico y social del paciente.

Los criterios del DSM-5 se orientan únicamente a la detección de la adicción a los videojuegos con conexión a Internet. Esta escala tiene en cuenta la existencia o no de tolerancia, la aparición de síndrome de abstinencia con el cese de los videojuegos y el deterioro en el ámbito social, laboral y académico. Cuenta con 9 criterios y la presencia de 5 de ellos durante 12 meses equivaldría al diagnóstico de este trastorno.

Por otro lado, el CIE-11 también incluye en sus criterios la adicción a juegos sin conexión a Internet. Estos criterios no profundizan en los síntomas típicos de las adicciones como la abstinencia ni la tolerancia, pero sí se centra en el deterioro psicosocial del paciente, en el tiempo de uso y la prioridad que el paciente le otorga al juego. Para el diagnóstico se deben cumplir los 3 criterios que presenta la escala durante 12 meses, pero se contempla que el patrón de comportamiento puede no ser continuo y la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Los cuestionarios que se utilizan para el cribado de las CAI con herramientas muy útiles para las enfermeras, pero no sirven como únicos criterios diagnósticos. Por tanto, a los pacientes con puntuación significativa en los cuestionarios, es necesario revisar su historia clínica. Los cuestionarios más usados y relevantes para el cribado de la CAI son el EUPI-a9 y la ERA_RSI.

El EUPI-a9 consta de 11 ítems auto-informados y ha sido validada en población adolescente española para medir uso problemático de Internet. Se consideraría un riesgo elevado si el resultado del cuestionario es superior a 16 puntos. La ERA_RSI es una escala de 29 ítems que evalúan el riesgo de adicción a internet y redes sociales, integrando cuatro dimensiones: síntomas-adicción, uso-social, "rasgos frikis" y "nomophobia".

Las enfermeras tienen la capacidad y el deber de llevar a cabo la prevención primaria y el tratamiento y detección precoz de la adicción a las NTIC. Diversos estudios, mostraron la eficacia de la intervención múltiple de enfermería dirigida a los adolescentes y basada en sesiones de educación y formación grupales, el método de la entrevista motivacional y el desarrollo de habilidades psicosociales y resolución de problemas.

Además, también se incluyeron a los padres en la realización de sesiones sobre psicoeducación familiar y prevención de recaídas. Estas intervenciones dismi-

uyeron el grado de adicción a Internet y las redes sociales, así como mejoró el funcionamiento psicosocial y el rendimiento académico del grupo de intervención.

Es importante destacar que la base de la enfermería es la atención integral del paciente. Por esa razón, la enfermera tiene el deber de prestar atención a las necesidades de cada niño o adolescente durante su crecimiento y ofrecer apoyo e información para asegurar un desarrollo sano, minimizando los riesgos para su salud como la adicción a las NTIC.

Para realizar una buena educación y promoción de la salud es necesaria una buena relación terapéutica, además de actitudes como la empatía y aceptación, las cuales definen la profesión enfermera.

5 Discusión-Conclusión

- Todos los autores consultados que mencionaban las intervenciones para evitar el desarrollo de una adicción a las NTIC concluyeron que la prevención es el mejor tratamiento. Esta prevención debería hacerse mediante la educación del niño/adolescente, además de a la familia, sobre el uso adecuado, responsable y correcto de las NTIC. Para esta labor, las enfermeras están perfectamente calificadas y entraría dentro de sus competencias.
- Las intervenciones enfermeras para la prevención de la adicción a las nuevas tecnologías en niños y adolescente se basan en la educación para la salud y en el desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales desde edades tempranas.
- Las enfermeras también tienen la función de realizar una detección temprana de la conducta adictiva. Esta detección se realiza mediante escalas validadas y un seguimiento continuado.

6 Bibliografía

1. Terán Prieto A. Ciberadicciones. Adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC). En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020.Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 153-65. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivosadjuntos/congreso2020/153-166_ciberadicciones.pdf.

2. Mathew P, Krishnan R, Bhaskar A. Effectiveness of a Nurse-Led Intervention for Adolescents With Problematic Internet Use. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2020; 58(7): 16-26. doi: 10.3928/02793695-20200506-03.
3. Sánchez Mascaraque P, Fernández Nata C. Adicción a nuevas tecnologías: Internet, videojuegos y smartphones. Revisión y estado del arte. *Adolescere.* 2020; 8(2): 10-7. Disponible en: <https://www.adolescere.es/adiccion-a-nuevas-tecnologias-internetvideojuegos-y-smartphones-revision-y-estado-del-arte/>.
4. Esper Venicio M, Araújo Santos J, dos Santos Antônio M, Nascimento Castanheira L. Nursing as a mediator between nomophobia and social isolation in response to COVID19. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2021; 42: e20200292. doi: 10.1590/1983-1447.2021.2020-0292.
5. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics.* 2016; 138(5): e20162593. doi: 10.1542/peds.2016-2593.
6. Salmerón Ruiz MA. Adicción a pantallas. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 283-290. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/283-290_adiccion_pantallas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf.

Capítulo 122

CASO CLÍNICO: CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (CIR)

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El crecimiento intrauterino retardado o CIR se refiere a que el feto es más pequeño de lo que sería normal. Y es que no crece dentro del útero como es debido, lo que supone que vendrá al mundo con un peso inferior al que sería lógico. En este caso, hay que exponer que la principal responsable es la placenta, la encargada de transportar los nutrientes y el oxígeno desde la madre al feto. Exactamente lo que puede suceder es que esa no pueda realizar sus funciones como es debido como consecuencia de lo que son alteraciones uteroplacentarias. No obstante, no podemos pasar por alto que también se establece que también pueden originar ese crecimiento intrauterino retardado estas otras situaciones:

- Enfermedades de la madre, tales como diabetes, tensión arterial alta o infecciones.
- Mujeres que realizan trabajos de esfuerzo, fumadoras, que consumen alcohol u otras drogas o por la ingesta de ciertos fármacos
- Elementos externos como la contaminación ambiental.
- Situaciones que afectan directamente al feto como malformaciones, alteraciones a nivel cromosómico...

En concreto, si se tiene en cuenta la causa, se habla de dos clases que son el CIR intrínseco, que se produce por consecuencias propias del feto como malformaciones, y el CIR extrínseco, causado por agentes ajenos al feto. Este se divide a su vez en tipo I o tipo II dependiendo del momento en que se empieza a producir el retraso en el crecimiento y de como este afecta al desarrollo del feto.

2 Objetivos

- Describir qué es y como evitar el crecimiento intrauterino retardado durante el embarazo.
- Exponer cuáles pueden ser algunas de las causas maternas que pueden llevar a que el feto no se desarrolle de forma adecuada.

3 Caso clínico

Ingresa para inducción mujer de 38 años con 37+3 semanas de edad gestacional la cual tras la realización de una ecografía por parte del médico, se observa que el feto padecía crecimiento intrauterino retardado (CIR) tipo I. En este, que tiene lugar durante el primer trimestre del embarazo, lo que sucede es que hay un menor crecimiento de lo que son los huesos, el abdomen y la cabeza del feto. Eso sí ese es simétrico y proporcional. También responde al nombre de simétrico. Se considera que es provocado por un déficit nutricional de la madre.

Además la madre había consumido THC y cocaína en torno a la 8 semana de embarazo aproximadamente. Afirma no haber vuelto a consumir desde que se enteró de que estaba embarazada. Al cabo de unas horas del inicio de la inducción, pasa a monitores con contracciones fuertes y cada vez más seguidas. La mujer decide que se le ponga la epidural. Al poco tiempo de administrársela comienza el expulsivo. Durante este se le rompe la bolsa de las aguas, el líquido amniótico tiene una apariencia normal de un tono transparente. También se le realiza episiotomía. Nace un niño con un peso bajo pero aparentemente sano. La madre decide no dar el pecho y pronto se inicia lactancia artificial. No obstante, se pide que se le realicen glucemias cada 3h en la planta por bajadas bruscas de glucemia. Las bajadas de glucemia se mantienen los dos días posteriores al parto por lo que se baraja la idea de ingresar al niño en neonatos. Finalmente el pediatra decide que se le ingrese en neonatología para un mejor control. Poco a poco y con la tolerancia de la lactancia artificial sus glucemias se fueron estabilizando y a las dos semanas siguientes al nacimiento recibe el alta.

4 Discusión-Conclusión

El crecimiento intrauterino es una patología que se observa hoy en día con frecuencia en las consultas de ginecología. Esto se puede deber a múltiples causas, pero en la mayoría de los casos está ligada a unos hábitos inadecuados de la madre durante el embarazo. En el caso expuesto anteriormente es muy probable que la aparición de esta patología en el feto haya sido provocada por el consumo de cocaína y THC de la madre las primeras semanas de embarazo. Por ello desde las consultas sucesivas con la matrona, se debe orientar e informar a las madres a lo largo de este proceso, de las consecuencias negativas que pueden tener sus actos en sus futuros hijos.

5 Bibliografía

1. Protocolos del servicio de ginecología y obstetricia del SESCOAM.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 123

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

El derrame pleural se produce cuando hay líquido o aire en la cavidad pleural llamado hemotórax o neumotórax. Este problema se resuelve introduciendo un tubo en la cavidad pleural para que salga el líquido o el aire.

Para evitar que se produzca el colapso pulmonar se lleva a cabo el drenaje torácico porque si no, no se dejaría a los pulmones realizar correctamente su función provocando dolor, disnea y un compromiso vital. Una vez que se mete el tubo de drenaje se comienza a evacuar el contenido que impide en los pulmones se re-expanden bien.

Las causas que pueden producir colapso pulmonar si no se coloca el drenaje son:

Neumotórax cerrados que contienen aire que proceden de la cavidad pulmonar y que se producen de forma espontánea.

Neumotórax abiertos: esto ocurre cuando se sufre un traumatismo y existe una herida a través de la cual entra aire del exterior.

Postoperatorios de cirugía torácica que se realiza para detectar y evacuar sangrados y así permitir la expansión pulmonar total.

Los cuidados enfermeros en este procedimiento es necesario para tanto la preparación del paciente como para la inserción del tubo torácico, su mantenimiento y finalmente la retirada del mismo. Por ellos los conocimientos que deben poseer enfermería en este procedimiento es totalmente básico y necesario.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica elaborada por el personal de enfermería consiste en describir los principales cuidados del personal de enfermería ante un paciente con drenaje torácico y las posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes nos encontramos, los cuidados al paciente y los cuidados en el drenaje:

1. Cuidados del paciente:

- Mantener un ángulo de 30 grados para la cabecera.
- Movilización temprana del paciente para un manejo eficaz del dolor.
- El vendaje debe estar limpio, seco y oclusivo, y debe cambiarse todos los días.

Cuando está sucio o separado de la piel del paciente, la sustitución ocurre con mayor frecuencia.

- Uso de un inspirómetro para fisioterapia respiratoria. Se aconseja practicarlo de 5 a 10 minutos cada hora.
- Evaluar el punto de inserción.
- Monitorear los signos vitales de su cuerpo, incluyendo su respiración, corazón y temperatura. Además de la coloración de la piel y mucosas, también se debe tener en cuenta la aparición de síntomas como sudoración, náuseas o síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, punzadas o taquicardia.
- Examinar el área de drenaje en busca de edema, inflamación, exudado, crepitaciones u otros síntomas relacionados con la infección.
- Aplicar suero fisiológico para limpiar el punto de inserción.

2. Cuidados del drenaje:

- Vigilarán cuánto se ha drenado, cómo aparece el líquido, su color y si hay o no fuga de aire.
- Asegurarse de que el tubo de conexión entre el tubo del tórax y el tubo de conexión esté bien sujeto, pero evite cubrir con cinta adhesiva esta área.
- Acostar al paciente en posición horizontal sobre el lado de la cama opuesto al lado en el que lleva el tubo torácico, debajo del tórax.
- Encintar el tubo de conexión (el tubo que conecta el tubo torácico con el equipo de drenaje) a la piel del paciente y vendar el tubo torácico.
- Para evitar que disminuya la aspiración, asegúrese de que el tubo de conexión no esté nunca lleno de líquido.
- Verificar que los niveles de aspiración y sellado de agua sean precisos.
- Estar atentos para que no golpeen los tubulares.

5 Discusión-Conclusión

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 124

PERSONAL DE ENFERMERIA EXPONE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA.

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

La anorexia nerviosa, junto con la bulimia, es un grupo de trastornos alimentarios y uno de los principales trastornos alimentarios, también conocido como trastorno alimentario psicógeno (PDD). Lo que distingue a la anorexia nerviosa es que el paciente se niega a comer y sufre de fobia a aumentar de peso, lo que puede conducir a un estado de inanición. Cualquier condición severa debilitante es el resultado de no absorber suficientes nutrientes esenciales. En casos severos, puede sufrir de desnutrición, hambre, menopausia y agotamiento. Sus orígenes son muy antiguos, y conocemos los casos descritos más antiguos de la época helenística, que estaban asociados al ayuno religioso. Puede traer solo un beneficio modesto para el paciente. La anorexia nerviosa es un trastorno y

no debe confundirse con el síntoma también conocido como anorexia. El término anorexia deriva de la palabra griega a-/an- (negativo) + orexis ("querer", "hambre"; "querer") y, en general, se utiliza para describir la pereza o la pérdida del apetito. Estos síntomas pueden ocurrir en una variedad de circunstancias, tales como estados febriles, enfermedades generales y gastrointestinales, o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana. Por lo tanto, la pérdida de apetito es un síntoma que se puede encontrar en muchas enfermedades, no solo en una.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica elaborada por el personal de enfermería consiste en Analizar y conocer el papel de enfermería en la anorexia nerviosa mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los resultados, encontramos que en la etiopatogenia distintos factores que desencadenan esta psicopatología, los factores de origen genético, biológico, psicológico y también cultural se consideran importante como factores ambientales que pueden predisponer a desarrollar la psicopatología.

La personalidad de la paciente es un factor que es considerado desde el ámbito psiquiátrico de vulnerabilidad individual, el mismo trastorno es desencadenante de ayudarse a sí mismo. La enferma de anorexia al perder peso se ve delgada, ve que consigue su objetivo y se anima a seguir perdiendo peso.

Estas mujeres si pasan hambre, pero el poder que se ejercen de disciplina contra ellas mismas y la influencia psicológica que se han generado frente a la sociedad es un desencadenante mucho más potente. Usan distintos trucos para saciar el

hambre como ocupar la mente en hacer ejercicio de forma extrema, mastican hielo para segregar los jugos gástricos y se desencadena la acción de saciar el apetito.

Desarrollan capacidades varias para engañar a distintos miembros del entorno familiar y entornos cercanos en cuanto a acciones como no comer, comer poca cantidad, se aíslan y no mantienen relaciones sociales y si las mantienen excluyen totalmente las horas de las comidas o bebidas que implique interacción social alguna.

Las terapias psicológicas en modo externo son efectivas a largo plazo si el paciente toma contacto con la enfermedad, hay medios de internamiento judiciales. A estas terapias vienen acompañados de familiares, puesto que la vigilancia a la que deben someterse es estricta las 24 horas del día, los familiares acuden a terapias paralelas de forma positiva para la recuperación del enfermo en la que las familias se reúnen, comparten experiencia y muestran las distintas técnicas de vigilancia y empatizan con el resto de familias en situaciones parecidas.

5 Discusión-Conclusión

Los programas voluntarios de internamiento que se vienen sucediendo en las distintas comunidades autónomas siguen directrices por enfermería de premios y castigos según logros pactados a la entrada del internamiento en el que entre la paciente y el equipo multidisciplinar que va a tratar de mejorar el trastorno de anorexia se llega a un acuerdo sobre el peso a alcanzar para su salida y los privilegios que alcanzará y le serán retirados en función de la suma y pérdida de peso que se vaya adquiriendo tanto como la adhesión al tratamiento, porque no siempre es posible alcanzar el peso estipulado dado el deterioro del organismo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 125

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UN QUIRÓFANO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

Los quirófanos son uno de los lugares más delicados y críticos dentro de un hospital. Por esta razón, se requiere de un equipo de profesionales altamente capacitados y especializados para asegurar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos.

Se define servicio de quirófono como un área dentro del hospital donde los pacientes son intervenidos quirúrgicamente de las diferentes patologías, brindando unos cuidados postquirúrgicos en la unidad de recuperación. Dichas intervenciones pueden ser de manera programada o urgentes para ellos se compone de diversos equipos de sanitarios de los cuales el celador juega un papel fundamental en el servicio sanitario.

Dentro del área quirúrgica se distingue diferentes zonas a tener en cuenta:

- Sin limitaciones: se puede deambular, aunque su acceso sea restringido para el personal no sanitario.
- Zonas de intercambio: ubicadas las zonas de descanso y vestuarios.
- Acceso semilimitado: se precisa de calzas, gorros, los pacientes deberán estar en camilla.
- Acceso limitado: corresponde a las zonas donde los procedimientos son estériles.

Se sitúan los quirófanos, sala de esterilización, sala de reanimación, anexo radiológico.

Este lugar, cuenta con una serie de normas estrictas que deben ser cumplidas por todo el personal sanitario y son las siguientes:

- El quirófano debe ubicarse en un espacio cerrado donde no corra ni una gota de aire.
- Deberá encontrarse en un lugar que esté separado del resto de instalaciones hospitalarias salvo a algunas áreas como la sala de urgencias, el banco de sangre, el laboratorio clínico y biomédico, la farmacia, la salas de reanimación o de cuidados intensivos como unidad de vigilancia intensiva (UVIS) y unidad de cuidados intensivos (UCIS), etc.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en:

- Conocer en profundidad las funciones de ambas figuras en las distintas áreas de la unidad de quirófano.

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 3 fases que se dan en un quirófano:

Proceso prequirúrgico, proceso intraquirúrgico y proceso postquirúrgico. En todos ellos las diferentes funciones de la enfermera tendrán un papel fundamental:

-Proceso prequirúrgico:

En este proceso, los pacientes se encuentran en una sala que está fuera del quirófano.

En esta sala, la enfermera circulante le realiza al paciente una serie de preguntas que ayudarán a que la intervención quirúrgica se haga en las mejores condiciones posibles. Entre esas preguntas podemos encontrar: Si el paciente se encuentra en ayunas, y cuantas horas lleva en ayunas. Si presenta alguna alergia y en caso de que sí, informarnos de a qué presenta alergia. Si lleva alguna prótesis o algo metálico, en caso de que lleve habrá que retirarlo. Si toma alguna medicación, en caso de que si especificar que medicación toma. Se le pregunta de qué se le va a operar y se comprueba que coincida con lo que pone en la historia del paciente. También es importante comprobar si el paciente necesita pruebas cruzadas para la operación y comprobar que ya estén realizadas.

También es muy importante asegurarnos bien de que el nombre del paciente coincide con el de la historia. Se debe comprobar la identidad del paciente y mirar que el paciente tenga firmado el consentimiento para realizar la operación y el consentimiento de anestesia. También debemos asegurarnos de que el paciente lleva una vía y profilaxis antibiótica. De todo ello la encargada es la enfermera circulante.

Proceso intraquirúrgico: una vez dentro del quirófano, el personal de enfermería vuelve a comprobar la identidad del paciente y se le vuelve a preguntar de qué se le va a realizar la operación, comprobándolo en la historia del paciente. A continuación se cambia al paciente a la cama quirúrgica y se le monitorizarán las constantes vitales. El anestesista procederá a inducir la anestesia ya sea raquídea, local o general y a continuación se pondrá al paciente en la postura adecuada para realizar la intervención. La encargada de monitorizar las constantes vitales del paciente es la enfermera circulante, pues la enfermera instrumentista durante este proceso se ha estado preparando la mesa quirúrgica antes de lavarse.

La enfermera instrumentista se colocará el instrumental necesario que sacará de una caja estéril. El instrumental más básico que se suele utilizar en la gran mayoría de intervenciones quirúrgicas es: Pinzas de disección con dientes y pinzas de disección sin dientes, separadores farabeuf, bisturí, porta agujas, pinzas allis, pinzas de kocher, la tijera de mayo, pinzas de hemostasia, tijera de metzenbaum, y un disector.

Una vez colocado el instrumental colocará el resto de material de la mesa así como gasas, compresas, aguja de suturar, mango para la luz entre otros. Antes de

empezar la operación deberá realizar el conteo de gasas y compresas que tiene en la mesa, pues aunque los paquetes deben venir bien hechos, puede haber algún fallo y es imprescindible contar las gasas y las compresas.

Después, colocará los paños estériles en la cama quirúrgica donde está colocado el paciente. Una vez preparado todo el material la enfermera instrumentista instrumentará al cirujano durante la operación.

Finalizada la operación la enfermera instrumentista realizará un conteo de todas las compresas y gasas que se han utilizado y las que no. Entre todas deberá haber el mismo número que al principio. Se tapaná la herida quirúrgica y recogerá los paños estériles puestos en el paciente. Se recogerá todo el instrumental y se llevará al área de esterilización. El anestesista se encargará del despertar del paciente y una vez que el paciente este despierto y estable se procederá al traslado a la unidad de reanimación o uci, acompañado de la enfermera circulante.

Proceso postquirúrgico: la enfermera circulante acompañará al paciente junto al anestesista en el traslado para así poder informar a la enfermera de la unidad de la operación, el tipo de anestesia, si se le ha puesto analgesia y del estado del paciente

5 Discusión-Conclusión

En el quirófano el trabajo en equipo es fundamental, el equipo quirúrgico debe de estar unido para que el funcionamiento y los resultados sean adecuados. Las diferentes funciones de la enfermera circulante e instrumentista son esenciales para que el funcionamiento del quirófano sea el correcto; sin embargo, el trabajo en equipo de todo el personal quirúrgico es fundamental para poder conseguir unos resultados óptimos.

La preparación de las diferentes funciones de enfermería en esta unidad es de gran importancia, ya que hay una gran variedad de material que es fundamental conocer, al igual que es fundamental conocer cuáles son las funciones de los dos tipos de enfermera que hay para llevar un orden y correcto funcionamiento. Para ello es imprescindible tener los conocimientos suficientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 126

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

Los Trastornos de Conducta - TC se caracterizan por un patrón grave de comportamientos que conllevan la perturbación de la convivencia, la oposición a normas y límites, y el desafío a la autoridad. Estas conductas se pueden ver reflejadas en: fracaso escolar, conductas disruptivas, violencia filio parental, consumo de drogas, no aceptación de límites o adicción a las nuevas tecnologías. Tratamos estos trastornos a través de una intervención psicológica, médica y social, incluyendo el apoyo a las familias a lo largo de todo el proceso terapéutico. Reducir significativamente las conductas agresivas ayudando a las personas afectadas a construir una identidad fuera de la violencia y la agresividad.

Asimismo, reducir la conflictividad familiar, recuperar el clima familiar (restablecer el orden, las jerarquías y el control de los impulsos y las emociones). El tratamiento de los Trastornos de Conducta - TC se realiza de forma interdisciplinar y tiene como objetivo de intervención las diferentes áreas del individuo, en especial las relaciones sociales y familiares. Trabajamos para la recuperación de hábitos y rutinas, así como la eliminación del consumo de sustancias o el abuso de las nuevas tecnologías. Contamos con programas para la reducción de la impulsividad y la mejora en la gestión de las emociones. Estas intervenciones logran reducir conductas problemáticas como la violencia, las conductas temerarias o los conflictos con la ley.

Mediante un intenso trabajo familiar, nos orientamos a la recuperación de un clima familiar satisfactorio que restablezca el orden y las jerarquías. Ayudamos

al adolescente en la mejora de las relaciones sociales, dotándolo de criterio para la elección y mantenimiento de amistades saludables. Favorecemos la motivación para la continuidad formativa y establecemos un plan socio-educativo que se dirija a un proyecto de futuro estructurado.

Reducir significativamente las conductas agresivas ayudando a las personas afectadas a construir una identidad fuera de la violencia y la agresividad.

Asimismo, reducir la conflictividad familiar, recuperar el clima familiar (restablecer el orden, las jerarquías y el control de los impulsos y las emociones).

El tratamiento de los Trastornos de Conducta - TC se realiza de forma interdisciplinar y tiene como objetivo de intervención las diferentes áreas del individuo, en especial las relaciones sociales y familiares. Trabajamos para la recuperación de hábitos y rutinas, así como la eliminación del consumo de sustancias o el abuso de las nuevas tecnologías. Contamos con programas para la reducción de la impulsividad y la mejora en la gestión de las emociones. Estas intervenciones logran reducir conductas problemáticas como la violencia, las conductas temerarias o los conflictos con la ley.

Mediante un intenso trabajo familiar, nos orientamos a la recuperación de un clima familiar satisfactorio que restablezca el orden y las jerarquías. Ayudamos al adolescente en la mejora de las relaciones sociales, dotándolo de criterio para la elección y mantenimiento de amistades saludables. Favorecemos la motivación para la continuidad formativa y establecemos un plan socio-educativo que se dirija a un proyecto de futuro estructurado.

2 Objetivos

Estudiar la conducta de los adolescentes y su incidencia en el rendimiento escolar en la ciudad de Ambato.

Diseñar un proyecto que aporte la solución del problema planteado.

Analizar la conducta de los adolescentes en el campo académico.

Identificar el bajo rendimiento escolar que existe en los colegios de la ciudad de Ambato.

3 Metodología

El rendimiento académico refleja el resultado de las diferentes y complejas etapas del proceso educativo y al mismo tiempo, una de las metas hacia las que convergen todos los esfuerzos y todas las iniciativas de las autoridades educacionales,

maestros, padres de familia y alumnos

Pues la investigación está encaminada a llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades de adolescentes, y de las personas. La meta planteada no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de situaciones existentes entre dos o más variables, en este caso las variables serían, el medio en el que el sujeto de estudio vive, la familia en la que se desarrolla y el estudio de los individuos ya juzgados e internados en el centro correccional de la ciudad de Galicia.

Los investigadores recogen los datos sobre la base de las hipótesis planteadas, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

4 Resultados

Síntomas

Los niños con trastorno de conducta tienden a ser impulsivos, difíciles de controlar y despreocupados por los sentimientos de los demás.

Los síntomas pueden incluir:

Rompimiento de las reglas sin una razón clara

Comportamiento cruel o agresivo hacia personas y animales (por ejemplo, intimidar, pelear, usar armas peligrosas, forzar la actividad sexual y robar) ausentismo escolar (inasistencia, que comienza antes de los 13 años)

Consumo excesivo de alcohol y/o de drogas psicoactivas

Inicio de incendios de manera deliberada

Mentiras para conseguir un favor o evitar tareas que tiene que hacer

Escaparse

Vandalismo o destrucción de la propiedad

Estos niños a menudo no hacen ningún esfuerzo por ocultar su comportamiento agresivo. Ellos pueden tener dificultad para hacer amigos verdaderos.

Pruebas y exámenes

No existe ningún examen real para diagnosticar el trastorno de conducta. El diagnóstico se hace cuando un niño o adolescente tiene un antecedente de comportamientos de dichos trastornos.

Una exploración física y exámenes de sangre pueden ayudar a descartar afecciones que sean similares al trastorno de conducta. En raras ocasiones, un escáner

cerebral ayuda a descartar otros trastornos.

Tratamiento

Para que el tratamiento sea efectivo, se debe iniciar en forma temprana. Igualmente es necesario que la familia del niño esté comprometida. Los padres pueden aprender técnicas para ayudar a manejar la conducta problemática de su hijo.

En casos de maltrato, es posible que sea necesario retirar al niño de la familia y ubicarlo en un ambiente menos caótico. El tratamiento con medicamentos o la terapia conversacional se pueden utilizar para la depresión y el trastorno de déficit de atención.

Muchas escuelas de modificación del comportamiento, programas educativos y terapéuticos de salidas al campo; y campamentos de entrenamiento de reclutas; se ofrecen a los padres como solución para este trastorno de conducta. No existen investigaciones que apoyen estos programas. Los estudios sugieren que es más efectivo el tratamiento de los niños en el hogar junto con sus familias.

Los niños que reciben un diagnóstico y tratamiento temprano generalmente superan sus problemas de comportamiento.

Expectativas (pronóstico)

Los niños con síntomas graves o frecuentes y que no son capaces de completar el tratamiento suelen tener el pronóstico menos alentador.

Posibles complicaciones

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a presentar trastornos de personalidad cuando lleguen adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial

. A medida que sus comportamientos empeoran, estos individuos también pueden tener problemas con el consumo de drogas o legales.

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno.

Cuándo contactar a un profesional médico

Visite a un proveedor de atención médica si su hijo:

Continuamente se involucra en problemas

Tiene altibajos en el estado anímico

Está intimidando a los demás o es cruel con los animales

Está siendo víctima

Parece estar demasiado agresivo

El tratamiento oportuno puede ayudar

Prevención

Cuanto antes se inicie el tratamiento, mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

5 Discusión-Conclusión

El ayudar al niño a comportarse de una manera aceptable es una parte esencial de su crianza. La disciplina varía con la edad. No hay una manera correcta de criar a los niños, pero los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan las siguientes reglas:

Generalmente, los niños quieren complacer a sus padres. Los padres, si son sabios, integran este deseo de complacer a sus actividades disciplinarias.

Cuando los padres demuestran su alegría y aprobación por el comportamiento que les agrada, esto refuerza el buen comportamiento del niño. Cuando los padres demuestran su desaprobación al comportamiento peligroso o desagradable del niño pequeño, tienen mayor posibilidad de éxito cuando el niño sea mayor.

La forma en la que el padre corrige el mal comportamiento del niño o adolescente tiene que hacerle sentido al hijo. El padre no puede ser tan estricto, que el niño o el adolescente no sienta más adelante el amor y la buena intención del padre.

Los niños y adolescentes pueden hacer que sus padres se enojen. Los padres deben tener control de sí mismos cuando están enojados. Aunque un grito de "no" puede atraer la atención de un niño pequeño que está por cruzar la calle, puede conseguir intranquilizar al bebé que está llorando. Los niños mayores deben de saber lo que se espera de ellos. Los padres deben de ponerse de acuerdo y deben de explicarle claramente las reglas al niño o al adolescente.

6 Bibliografía

[HTTP://WWW.DMEDICINA.COM/ENFERMEDADES/PSIQUIATRICAS/](http://WWW.DMEDICINA.COM/ENFERMEDADES/PSIQUIATRICAS/)

[HTTP://PSICOLOGIA.COSTASUR.COM/ES/TRASTORNO-INFANCIA-NINEZ-ADOLESCENCIA.HTML](http://PSICOLOGIA.COSTASUR.COM/ES/TRASTORNO-INFANCIA-NINEZ-ADOLESCENCIA.HTML)

Capítulo 127

LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN. PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD. EL TABACO EN LA CONSULTA Y SU PREVENCIÓN EN AP

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

1 Introducción

En los 50 años últimos se ha evidenciado en un conjunto de investigaciones sobre lo asociado que está el consumo de tabaco y el exceso que hay en el riesgo de mortalidad por diversos motivos, entre los que podemos encontrar diferentes tipos de cánceres, las enfermedades cardiovasculares y los procesos respiratorios crónicos. En consecuencia, el tabaco ha sido admitido por la comunidad científica como la principal causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura y que se puede prevenir. El tabaco produce más o menos unas 621.678 muertes en varones y mujeres españoles y una de cada tres muertes en pacientes aparecen en aquellos que son menores de 65 años hasta el año 2000. En la actualidad se estima que uno de cada 4 fallecimientos en varones y uno de cada 40 que se produce en las mujeres es consecuencia del consumo de tabaco. En España, más del 15% de las muertes sucedidas cada año se deben al tabaco, un porcentaje cambiante que puede llegar a subir hasta casi el 20% de toda la mortalidad cosa

que ocurre en los países que son más desarrollados. En conclusión, la mortalidad atribuible por el hábito del tabaco en España contribuye a un alto precio a pagar, sobre todo en cuanto a términos de fallecimientos los cuales se podrían evitar mejorando el resultado terapéutico, ya que se ha demostrado la insuficiencia en las medidas de control preventivo y terapéutico hasta ahora ejecutadas.

2 Objetivos

- Demostrar lo importante que es tener en la consulta de A.P. una prevención y un protocolo para el hábito tabáquico y para aquellas patologías relacionadas tanto en la consulta de AP como de hospitalaria.
- Protocolizar la forma de actuar ante los problemas tabáquicos y llevar a cabo un seguimiento en nuestra consulta de AP, en contacto estrecho con el paciente.
- Fomentar la ayuda que deben tener los profesionales para poder lograr la eliminación tabáquica, tanto en recursos sanitarios (programas, ayuda farmacológica, etc) como en recursos sociales (campañas de prevención)

3 Metodología

Para poder elaborar el presente capítulo, se ha hecho una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la biblioteca científica existente. Se ha realizado una búsqueda entre los diferentes libros y las guías (Elsevier, Samfyc), se han consultado numerosas revistas científicas en línea como: Medline, Pubmed y SIIC eligiendo solamente artículos científicos encontrados en las publicaciones académicas revisadas y debidamente documentadas como la revista medicina clínica.

4 Resultados

Importancia de la consulta de A.P para prevención del tabaquismo

A día de hoy, en España, la prevalencia de fumadores es altamente elevada (36%). Tenemos que aprender a diferenciar entre la prevalencia total del hábito y la prevalencia del nivel de dependencia. El grado de dependencia es variable entre los distintos casos de fumadores y tiene una gran variabilidad; es por ello por lo que no puede considerarse a cualquier paciente que sea fumador como enfermo crónico, ya que debemos tener en cuenta cuál es su grado de dependencia. Los pacientes que son fumadores no se consideran enfermos, ya que aproximadamente

el 60% de los fumadores perciben que tienen una buena salud, aunque frecuentemente muchos tienen la consideración objetiva de que son dependientes de la nicotina. Tenemos que aclarar y explicar el concepto de intervención mínima, ya que es confuso, puesto que puede tener una intensidad que es variable; es decir, ciertos tipos de intervención mínima conllevan bastante tiempo para poder cumplir con los objetivos que se incluyen en las guías de tabaquismo más difundidas y contrastadas. La OMS es partidaria de calificarlo como una intervención breve o muy breve antes que calificarlo como intervención mínima.

La mejor forma de abordaje es en la consulta de atención primaria tanto por la accesibilidad como por la continuidad en la asistencia, teniendo en consideración la variable de que el 70% de los fumadores están en contacto con el ámbito sanitario alguna vez en el año, lo que conlleva que existan numerosas oportunidades que no se deberían de desaprovechar y así poder enviar mensajes concienciadores y motivadores a los pacientes fumadores. Los pacientes fumadores refieren que el consejo de un médico es un aspecto importante para motivar el dejar de fumar. Sin embargo, fuera de la investigación, muy pocos son los profesionales que conservan los esfuerzos sistemáticos tanto de consejo como de ayuda para los fumadores. A día de hoy y con los datos que disponemos se acepta que más o menos el 30-40% de los pacientes fumadores son aconsejados por su médico de cabecera.

Estos resultados están en la misma línea que con las encontradas cuando analizamos las intervenciones en el estilo de vida. En el caso de EE.UU. se ha visto que únicamente el 36% de los médicos de AP aconseja sobre los hábitos y sobre el estilo de vida, mientras que en Reino Unido nos encontramos con el 27%.

Con todo esto, podemos decir que la intervención breve es una intervención que no se utiliza y que tiene grandes posibilidades de desarrollo y de mejora sobre todo en la cobertura y efectividad. Entre las diferentes estrategias para poder mejorar estos porcentajes se han propuesto como solución los métodos informáticos recordatorios, pero presentan un problema y es que requieren que esta tecnología tiene que estar disponible y operativa para realizar la gestión clínica de las consultas de manera efectiva.

4.2 Los profesionales en A.P ante la resolución de los problemas en pacientes con el hábito.

Para poder intervenir en el tratamiento del consumo del tabaco y de su nivel de dependencia nos podemos apoyar en la guía del Public Health Service de EEUU. Las intervenciones que describen son las siguientes:

- Averiguar: identificar sistemáticamente a los fumadores en cada visita.
- Aconsejar: de una manera clara, que sea convincente y personal.
- Adecuar la intervención al proceso en el que se sitúa cada paciente y su intención de intentarlo, es decir, observar la disposición de cada paciente para poder dejar de fumar.

No debemos olvidar que hay que tener en cuenta la tasa de decepción de la declaración de abstinencia es de más o menos el 15% cuando es el médico de AP el interlocutor con el fumador.

Si el paciente nos dice claramente que no quiere intentarlo en ese instante hay que incrementar su motivación para que en un futuro lo intente. Los aspectos más fundamentales para aumentar la motivación tienen como referencia a tipos modélicos (los hijos), de molestar a los demás (el caso del tabaquismo pasivo), salud personal (enfermedades y sus riesgos), aspectos estéticos como la aparición de arrugas y por último los aspectos económicos (el gasto en cigarrillos y consecuencias sociales).

Realizar una intervención breve sin el uso del tratamiento farmacológico únicamente es útil en aquellos fumadores ligeros, aquellos que son fumadores de menos de 10-15 cigarrillos diarios. Todo esto nos lleva a un nivel intermedio que puede presentarse en el ámbito de la AP.

- Nivel intermedio: intervención para las consultas.
- Establecer con el paciente un método para conseguir dejar de fumar.
- Elegir junto al paciente una fecha para dejar el hábito: Lo ideal en fecha debería ser en un plazo máximo de 2 semanas.
- Dar opción al tratamiento farmacológico cuando se estime que es necesario.
- Prevenir las dificultades del plan establecido para dejar de fumar, especialmente en las primeras semanas.
- Establecer un seguimiento y concertar la siguiente cita.
- Prevenir las recaídas en las citas sucesivas.

5 Discusión-Conclusión

-La OMS establece que el tratamiento de la dependencia al tabaco tiene intervenciones tanto farmacológicas como conductuales, que van desde el consejo breve hasta ya una intervención más especializada con la administración de fármacos, con el objetivo claro de conseguir bajar la dependencia del tabaco en los pacientes fumadores y en el resto de la población

Los pacientes que abandonan el hábito del tabaco consumen en su mayoría menos recursos sanitarios, con el consiguiente descenso de las patologías y esto

debería suponer destinar mas recursos a estas actuaciones.

- Los colectivos profesionales de AP deberían conocer y llevar a cabo cuando lo requiera, los tratamientos que son efectivos para dejar el hábito y conseguir así el objetivo del paciente.

6 Bibliografía

1. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medlin* (2001); pág 117-692.
2. Marín D. Abordaje del tabaquismo desde atención primaria. Barcelona:J&C, 2001.
3. Martin C, Córdoba R, Jane C, Nebot M, Galán S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *MedClin* (1997); pág 109-744.
4. Moreno A, Ochoa FJ, Ramalle-Gomara E, Saralegui I, Fernández MV, Quintana M. Eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes con infarto agudo de miocardio. *MedClin* (2000); pág 113-210.

Capítulo 128

EL IMPACTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD.

ROCÍO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los profesionales de la salud, que tienen por finalidad ayudar a personas y se encuentran en contacto directo con ellas a diario, experimentan propensión a padecer problemas de estrés laboral, que pueden evolucionar hacia el síndrome de burnout. Este puede degenerar en problemas de salud mental, como ansiedad o depresión, entre otros.

La organización mundial de la salud (OMS) define el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.” Cuando el estrés laboral no se consigue resolver, evoluciona al síndrome de desgaste profesional o burnout (SB) “síndrome conceptualizado como resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido satisfactoriamente manejado”. Se caracteriza por: agotamiento emocional, sentimientos de negativismo y disminución en la eficacia profesional.

La aparición del SB está relacionada con situaciones de agotamiento emocional relacionado con el trabajo, baja autonomía profesional, falta de recompensas en el trabajo. El síndrome de burnout tiene consecuencias a niveles físicos, psicológicos y ocupacionales. Entre las estrategias para reducir el estrés o síndrome de Burnout encontramos la atención plena, afrontamiento activo, apoyo emocional y realización de actividades físicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el Síndrome de Burnout y su impacto en 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los profesionales de la salud, debido al carácter de su trabajo, son más susceptibles a padecer estrés laboral. La organización mundial de la salud (OMS) define al estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba la capacidad del profesional de afrontar la situación”

Cuando el estrés laboral no se logra combatir se puede desarrollar el síndrome de burnout. El síndrome de Burnout fue descrito en 1974 por Freudenberger como síndrome de desgaste profesional. Sin embargo, la definición más usada es la de Maslach y Jackson, que lo definen como “Un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas. El Burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas.”

El síndrome de burnout se caracteriza por tres dimensiones:

- Agotamiento emocional: Estado al que se llega por sobrecarga del esfuerzo psíquico. Caracterizado por la presencia de fatiga y cansancio físico.
- Despersonalización: Actitudes impersonales, distanciamiento con las personas atendidas, falta de empatía.
- Baja realización profesional: Se produce cuando las demandas de trabajo son superiores a las capacidades para superarlas. Esto genera una frustración que

evoluciona hasta la baja realización. Entre las consecuencias del síndrome de burnout encontramos:

Consecuencias físicas:

- Obesidad
- Dislipemia
- Diabetes mellitus tipo 2
- Perímetro de cintura e IMC alto
- Hipertensión
- Enfermedades cardiovasculares
- Trastornos músculo-esqueléticos
- Cefalea
- Fatiga prolongada
- Enfermedades pulmonares y gastrointestinales
- Muerte en menores de 45 años

Consecuencias psicológicas:

- Insomnio
- Depresión
- Mala salud psicológica

Consecuencias ocupacionales:

- Insatisfacción laboral
- Ausentismo laboral
- Errores laborales

La empatía se entiende como la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. Estudios demuestran que el burnout está inversamente relacionado con la empatía, ya que a mayor grado de burnout se produce una disminución de la empatía. Esto se debe a que se produce un mayor distanciamiento emocional. Por el contrario, un aumento de la empatía produce un menor agotamiento emocional, generando así una mayor realización personal. Diversos estudios coinciden en que la probabilidad de padecer síndrome de burnout es mayor en las primeras etapas de la actividad profesional por poseer menores conocimientos y tener menor confianza.

Los profesionales que tienen una experiencia limitada tienen mayores probabilidades de presentar síndrome de burnout, esto se debe a que tienen poca autonomía o competencia profesional insuficiente, esto provoca situaciones de estrés o inseguridad. Por lo tanto, una mayor autonomía profesional se relaciona con una menor tasa de estrés.

Se ha demostrado que hay estrategias que ayudan a afrontar el burnout, entre ellas se encuentran:

- Atención plena o mindfulness: Consiste en la capacidad de ser consciente del momento presente, sin intentar cambiarlo. La atención plena permite aceptar la situación y evaluar objetivamente las actuaciones, reduciendo los niveles de estrés y aumentando los niveles de bienestar y seguridad del paciente.
- Afrontamiento activo: Corresponde a las estrategias que poseen los profesionales para enfrentarse a situaciones estresantes.

Estudios demuestran que un buen afrontamiento activo se relaciona con una disminución del estrés.

- Apoyo emocional: Poseer una red de apoyo, tanto en el ámbito laboral como en el personal, como el interés, la escucha activa y la empatía, constituye una herramienta fundamental frente al burnout.
- Realización de actividades físicas: la realización de actividad física es un rol importante en la mejora de la calidad de vida, ya que produce un bienestar tanto físico como psicológico. Sin embargo, no está demostrado una relación directa con la disminución del burnout.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el estrés laboral no logra manejarse, puede evolucionar a síndrome de Burnout. Los profesionales de la salud son más propensos a sufrir síndromes de Burnout por la estrecha relación que viven con la experiencia de sufrimiento de otras personas. Las primeras etapas de la profesión, cuando la experiencia es limitada, se asocian con una mayor probabilidad de padecer síndrome de burnout. La empatía tiene un factor protector ante el burnout, debido a que mayores niveles de empatía produce un menor desgaste emocional. Las complicaciones de este síndrome afectan a nivel físico, a nivel emocional y a nivel ocupacional. Estrategias como mindfulness, afrontamiento activo, apoyo emocional o realización de actividades físicas han demostrado mejorar las actitudes frente al síndrome de Burnout.

6 Bibliografía

1. El estrés laboral - Función Pública [Internet]. [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/preguntas-frecuentes/-/asset_publisher/sqxafjubsrEu/content/el-estres-laboral/28585938

2. Heras G. Burnout según la OMS. Clasificando el sufrimiento [Internet]. Proyecto HUCI. [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>
3. Petersen J, Wendsche J, Melzer M. Nurses' emotional exhaustion: Prevalence, psychosocial risk factors and association to sick leave depending on care setting- A quantitative secondary analysis. *J Adv Nurs*. enero de 2023;79(1):182-93.
4. Lee HF, Chang YJ. The Effects of Work Satisfaction and Work Flexibility on Burnout in Nurses. *J Nurs Res*. 1 de diciembre de 2022;30(6):e240.
5. Wójtowicz D, Kowalska J. Analysis of the sense of occupational stress and burnout syndrome among physiotherapists during the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 7 de abril de 2023;13(1):5743. y *Cuidado*. 2017;14(1 (Enero-Junio)):111-31.

Capítulo 129

SEMAGLUTIDA: UN NUEVO ANTIDIABÉTICO

LAURA ORTEGA INIESTA

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por presentar niveles de glucosa en sangre elevados, esto ocurre cuando el páncreas no es capaz de secretar suficiente insulina o cuando el organismo no la usa de forma eficaz. Distinguimos, principalmente, dos tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1: el páncreas no produce insulina o la produce de manera insuficiente, suele darse en niños y adultos jóvenes. Las personas que la padecen requieren de la administración diaria de insulina.
- Diabetes tipo 2: el organismo no es capaz de usar la insulina adecuadamente impidiendo la entrada de glucosa en las células. Suele aparecer en personas de mediana edad y ancianos. Factores de riesgo como una vida sedentaria, la obesidad y una dieta rica en azúcares y grasas favorecen la aparición de este tipo de diabetes.

La semaglutida es un fármaco hipoglucemiante, análogo de los receptores del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1). La GLP-1 es una hormona fisiológica que se sintetiza en las células L del intestino, esta hormona se encuentra presente en el páncreas y el cerebro y cumple funciones de regulación de la glucosa y el apetito (1,2). La semaglutida reduce los niveles de glucosa en sangre, estimulando la liberación de insulina a nivel pancreático y suprimiendo la secreción postprandial de glucagón, lo que a su vez también provoca un enlentecimiento del vaciado gástrico (3).

Las formas de presentación en la que encontramos el medicamento semaglutida en el mercado son las siguientes:

- Ozempic 0,25 mg Solución inyectable pluma precargada.
- Ozempic 0,5 mg Sol. iny. pluma prec.
- Ozempic 1 mg Sol. iny. pluma prec.
- Rybelsus 14 mg Comprimidos.
- Rybelsus 3 mg Comp.
- Rybelsus 7 mg Comp.
- Wegovy 0,25 mg Sol. iny. pluma prec.
- Wegovy 0,5 mg Sol. iny. pluma prec.
- Wegovy 1 mg Sol. iny. pluma prec.
- Wegovy 1,7 mg Sol. iny. pluma prec.
- Wegovy 2,4 mg Sol. iny. pluma prec.

La semaglutida está indicada en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), junto con una dieta controlada y un programa de ejercicio, añadido a otros medicamentos para el tratamiento de la diabetes. No está indicada en pacientes con diabetes tipo 1. En España, dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), solo está indicada la financiación de semaglutida en aquellos pacientes con DM2 que además tengan un índice de masa corporal igual a 30Kg/m², y en terapia combinada con otros antidiabéticos, cuando estos, no proporcionan un control glucémico adecuado (4).

2 Objetivos

- Investigar y exponer la eficacia del fármaco semaglutida frente a la diabetes mellitus tipo 2.
- Investigar y exponer la eficacia del fármaco semaglutida frente a la obesidad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda crítica de artículos y publicaciones consultando diferentes páginas y bases de datos como: PubMed, Elsevier, Scielo, Medline y Google Academic.

Se ha hecho una selección de artículos con base en las siguientes palabras clave: “semaglutida”, “semaglutide”, “ozempic”, “diabetes”, “obesidad” y “obesity” y con base en unos criterios de inclusión como son: artículos de texto completo, artículos publicados entre 2018-2023, artículos redactados en castellano o inglés. A partir de estos parámetros se ha realizado una revisión bibliográfica con los artículos encontrados.

4 Resultados

Para describir la eficacia de un fármaco hipoglucemiante, hay que estudiar la capacidad que tiene dicho fármaco de controlar la glucosa en sangre y esto se mide a través de la hemoglobina glicosilada, con esta medición podemos determinar el nivel promedio de glucemia que ha tenido una persona en los últimos tres meses. La semaglutida, en diversos estudios, ha mostrado una elevada eficacia hipoglucemiante, e incluso, mayor porcentaje de efectividad frente a otros fármacos análogos de la GLP-1 (3).

Respecto a los efectos adversos más frecuentes podemos encontrar: náuseas, vómitos, diarrea, hipoglucemia, dolor abdominal y pérdida de peso. El efecto adverso más sonado es la pérdida de peso, semaglutida retrasa el proceso de vaciamiento gástrico, lo que implica una reducción general del apetito y, por lo tanto, de la ingesta calórica, pero este efecto también puede interferir en el tiempo de absorción de otros medicamentos orales tomados de forma concomitante (1). Semaglutida 0,5mg o 1mg ha mostrado una reducción del peso corporal en los pacientes de 4-7kg, a las 30 semanas de empezar con el tratamiento (5,6). Las reacciones adversas gastrointestinales pueden causar deshidratación y a su vez producir un deterioro de la funcional renal. Además, se han descrito casos de pancreatitis aguda con el uso de medicamentos aGLP-1.

Cuando leemos el prospecto de fármacos con semaglutida podemos ver que puede ayudar a prevenir enfermedades cardiovasculares, sin embargo, no se ha encontrado evidencia suficiente que atribuya directamente al fármaco semaglutida beneficios a nivel cardiovascular. Se ha visto que semaglutida produce un descenso de los niveles de triglicéridos y de la resistencia a la insulina (7). La suma

de realizar ejercicio diario, llevar una dieta equilibrada y la pérdida de peso, sí ayudan a reducir el riesgo cardiovascular.

La semaglutida tiene un precio elevado, al igual que otros medicamentos aGLP-1 (1.746€/año aprox.)

5 Discusión-Conclusión

El fármaco semaglutida ha demostrado ser una buena alternativa de tratamiento para el control de la diabetes mellitus tipo 2, mejora los niveles de glucosa en sangre y la sensibilidad a la insulina. Sin embargo, tiene un precio elevado y no es un coste asumible para toda la población. Tener una sanidad pública y de calidad permite a muchos pacientes disfrutar de estos tratamientos.

Semaglutida también ha demostrado ser eficaz contra la pérdida de peso, reduce el peso y la masa grasa corporal. Actualmente, son escasos los medicamentos destinados a la pérdida de peso, lo que ha hecho que la semaglutida salte a la fama por dicho efecto adverso, sin embargo, semaglutida no tiene como principal objetivo dicho efecto, es un antidiabético y esta información es importante transmitirla al resto de la población, la búsqueda desesperada por perder peso puede provocar un mal uso de dicho medicamento.

Nos son pocos los efectos adversos que puede provocar la semaglutida y hay que tener especial cuidado en pacientes con la función renal alterada, pues las reacciones adversas gastrointestinales pueden empeorarla. Además, hay que informar a los pacientes de los síntomas que produce una pancreatitis aguda para detener el tratamiento en caso de presentarse.

Es necesario seguir investigando sobre este fármaco, pues no lleva mucho tiempo en el mercado y está por determinar si puede producir efectos adversos a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Semaglutida [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-semaglutida-a10bj06-es>.
2. Escalada FJ. Fisiología del GLP-1 y su papel en la fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Med Clínica. 1 de septiembre de 2014; 143:2-7.

3. Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) - [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/prin-IPT-8729-a10bj06>.
4. Ministerio de Sanidad - Profesionales de la Salud - Buscador situación financiación medicamentos [Internet]. [citado 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do?metodo=verDetalle&cn=723346>
5. Chao AM, Tronieri JS, Amaro A, Wadden TA. Semaglutide for the treatment of obesity. *Trends Cardiovasc Med*. Abril de 2023; 33(3):159-66.
6. Smits MM, Van Raalte DH. Safety of Semaglutide. *Front Endocrinol* [Internet]. 7 de julio de 2021; 12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8294388/>.
7. Effect of semaglutide on fatty liver disease biomarkers in patients with diabetes and obesity. *Rev Clínica Esp Engl Ed*. 1 de marzo de 2023; 223(3):134-43.

Capítulo 130

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS VERSUS IMPLANTE SUBCUTÁNEO

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LAURA ORTEGA INIESTA

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

1 Introducción

En el año 1960 fue aprobada la primera píldora anticonceptiva combinada y, a pesar de los notables cambios que se han producido en su composición, desde su aparición en el mercado ha sido una de las medicaciones más prescritas y consumidas por todo el mundo.

En la actualidad, una clasificación acertada para los anticonceptivos orales combinados (ACOs) sería según la concentración de estrógenos y progesterona que tengan dichos fármacos. Los ACOs tienen múltiples beneficios relacionados con la regulación del ciclo menstrual, la disminución del sangrado menstrual o la dismenorrea, entre otras, aunque se debe considerar que no protegen frente a las enfermedades de transmisión sexual, hecho a tener en cuenta a la hora de la prescripción de este tipo de fármacos y por el que se debe informar siempre a las pacientes. (2)

Por otro lado, los implantes subdérmicos son métodos anticonceptivos de acción prolongada usados para el control de la natalidad. Principalmente, va dirigida hacia población más joven y, por tanto, en edad fértil, con el fin de prevenir el embarazo. Aunque al igual que los anticonceptivos orales combinados, no protegen frente a infecciones de transmisión sexual, por lo que igualmente se debe informar a las pacientes, y no recomendarlo si no tienen pareja estable. Los implantes se desarrollaron a inicios de 1967 por Shelson Segal y Horacio Croxxato. La primera marca de implantes fabricados a base de levonorgestrel se usó en 1987, con una presentación de 6 varillas y eficaz durante 5-7 años. A lo largo de los años se ha mejorado su farmacología, hasta llegar a los usados actualmente. El implante subdérmico se usa en más de 60 países y más de 11 millones de mujeres de todo el mundo. (1)

2 Objetivos

- Conocer la diferencia entre los anticonceptivos orales combinados y los implantes subdérmicos
- Saber en qué casos es necesario la pauta de un ACO o un implante

3 Metodología

El material y estudios sobre los métodos de anticoncepción, anticonceptivos orales combinados vs implante subdérmico, se halló a través de MEDLINE, google scholar y el Registro de Cochrane de ensayos controlados, mediante el uso de los siguientes términos: “anticonceptivos orales combinados”, “implante subdérmico”, “ciclo menstrual”, “control de embarazo”, “anticoncepción” entre otros.

Se incluyeron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios: Revistas en inglés y en español, revistas y artículos científicos, 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

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.

Los ACOs se forman por la combinación de dos hormonas, un estrógeno y un progestágeno. Los estrógenos proceden de los esteroides naturales. Estas hormonas amplifican la acción de los progestágenos, lo que estimula la síntesis de

progesterona por parte de la célula en los tejidos diana. La función principal de los estrógenos es la de inhibir la secreción de la FSH u hormona folículo estimulante, por lo que se impide la formación del folículo dominante

Entre los principales estrógenos utilizados, se encuentra el estradiol, el etinilestradiol en concreto es el más prescrito.

Los progestágenos inhiben la función de la hormona luteinizante o LH, por lo que se impide la ovulación. Hay diferentes tipos de progestágenos, aunque se utilizarán uno u otro en función de lo que se quiera conseguir. Así, para en pacientes con pérdida de libido se puede usar el levonorgestrel (a pesar de que su principal función es la de regular el ciclo menstrual), el acetato de ciproterona para tratar el antiandrogenismo. En el caso de las endometriosis o las hemorragias menstruales abundantes, se podría usar dienogest y la clormadinona para tratamiento del acné, seborrea e hirsutismo.

Cuando se combina el efecto de las dos hormonas, se consigue impedir la ovulación completa, puesto que se bloquea la secreción de gonadotropinas tanto por el hipotálamo como por la hipófisis. (2)

La forma más adecuada para comenzar un tratamiento con ACOS consiste en tomar la primera pastilla de hormonas no habiendo pasado más de 5 días desde el primer día del periodo, usando otro tipo de anticonceptivo de apoyo durante los 7 días siguientes.

VENTAJAS:

La principal ventaja de los anticonceptivos orales es la anticoncepción continua, pero sobre todo reduce los cólicos menstruales y los trastornos premenstruales. Regula el sangrado uterino anormal cuando se debe a una disfunción en la ovulación, controla las anemias ferropénicas, quistes ováricos y trastornos mamarios no cancerosos, además de las infecciones que pueden producirse en las trompas de Falopio. También presenta ventajas sobre el cáncer de útero y el de ovario. (2,3)

DESVENTAJAS

Principalmente, se relaciona con la aparición de sangrado entre periodos menstruales, sobre todo durante los primeros meses que se toman ACOS, pero suele desaparecer a medida que el organismo se habitúa al tratamiento hormonal.

Más en relación con los estrógenos cabe destacar la presencia de náuseas, distensión abdominal, retención de líquidos, hipertensión arterial, dolor mamario y migrañas. Los progestágenos, puede producir acné, alteraciones del apetito o aumento de peso.

Los ACOS también pueden provocar la aparición de manchas oscuras en la piel, denominadas melasmas. Además, cabe destacar que el riesgo a desarrollar coágulos

los de sangre en las venas es entre 2-4 veces más probables que antes de tomar ACOS.

Se debe tener en consideración que, al tomar una serie de medicamentos, la eficacia del fármaco anticoagulante, puede verse afectada. Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, primidona, ropiramato y oxcarbazepina), terapia para el tratamiento por VIH (ritonavir más otro inhibidor de la proteasa) y los antibióticos como la rifampicina y rifabutina. (3)

CONTRAINDICACIONES

Entre las contraindicaciones absolutas para este tipo de tratamientos se encuentra que la mujer no debe fumar más de 15 cigarrillos al día y tener más de 35 años, no debe tener o haber tenido cáncer de mama, cirrosis, tumor hepático o hepatitis. No se debe tomar un ACO durante los 21 días después del parto, o si existen factores de riesgo de formación de trombos en los 42 días posteriores al nacimiento del niño. Tampoco se aconseja en mujeres con tendencia a padecer migrañas, aura y ser mayor de 35 años, hipertensión sin haber recibido tratamiento, diabetes durante más de 20 años, si ha tenido antecedentes de Trombosis Venosa Profunda (TVP) o Tromboembolismo pulmonar (TEP), una valvulopatía o tener una arteriopatía coronaria o padecer lupus eritematoso sistémico (2,3)

2. IMPLANTE SUBCUTÁNEO

El implante subcutáneo fue desarrollado para impedir que el endometrio llegue a tener el grosor necesario para que se lleve a cabo la implantación del embrión. Es decir, inhibe la ovulación, el crecimiento endometrial y modifica el moco cervical, haciéndolo más denso para dificultarle el paso a los espermatozoides

La técnica para colocar el implante consiste en, mediante un trocar y tras anestesiar ligeramente la piel, insertar en la cara interna del brazo no dominante una pequeña varilla que contiene un progestágeno, sin necesidad de colocar puntos de sutura.

El momento de la colocación del implante varía en función de la actividad sexual previa que haya tenido la mujer. Si no se han mantenido relaciones sexuales sin protección desde su última menstruación, el implante se puede insertar en cualquier momento durante el ciclo menstrual. En cambio, si las ha tenido, se debe usar otro método anticonceptivo hasta que se dé la próxima menstruación o hasta que se realice una prueba de embarazo. (1,3)

En los países desarrollados los implantes subcutáneos disponibles suelen durar de 3 a 5 años, dependiendo del tipo. Al no contener estrógenos tienen menos restricciones que los ACOs, pero, al igual que estos últimos, sí tienen efectos secundarios tales como la presencia de periodos menstruales irregulares o incluso ausentes durante el primer año, cefaleas y aumento de peso.

En el caso de que la paciente quiera recuperar su fertilidad, basta con retirar el implante para que los ovarios vuelvan a funcionar con total normalidad. (3,4)

INDICACIONES.

El implante subdérmico está indicado cuando las mujeres en edad reproductiva no toleran los efectos adversos de los anticonceptivos orales, tienen contraindicado el uso del DIU o tienen dificultad para recordar tomar su método anticonceptivo diario o incluso el cambio del mensual como es el caso del anillo o los parches. (4)

CONTRAINDICACIONES.

A pesar de que al no tener estrógenos tiene menos contraindicaciones, se deben tener en cuenta una serie de consideraciones por las que no se aconseja el uso del implante subdérmico. Las mujeres que sospechan embarazo, que presentan sangrados vaginales no diagnosticados, alergia al principio activo del implante o patologías tales como tromboembolia venosa activa, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, enfermedad hepática, migrañas, cefaleas... No son indicativas para el uso del implante subcutáneo. (4)

VENTAJAS

Entre las principales ventajas que encontramos en los implantes subcutáneos se encuentra la eficacia anticonceptiva del 99% de forma continuada, es discreto y fácil de usar y no requiere una rutina diaria, por lo que no hay riesgo de que se olvide tomarlo. Su acción es reversible u se puede tomar la lactancia, ya que no tiene efectos sobre la cantidad ni la calidad de la leche materna. (3)

DESVENTAJA

A pesar de las ventajas no siempre es el método de elección para todas las personas puesto que los primeros meses tras su colocación se pueden presentar periodos irregulares o aumento de peso. No se debe olvidar que no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual además de que para su colocación y retirada se requiere a un especialista. (3, 4)

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento sobre los efectos adversos y el principal mecanismo de acción tanto de los anticonceptivos orales combinados como del implante subdérmico, hace que escojamos entre ambos tratamientos.

Primeramente, a la hora de elegir un tratamiento anticonceptivo, se deben tener en cuenta la función principal de cada uno de ellos, además de la necesidad de cada paciente. A pesar de que ambos métodos anticonceptivos regulan el ciclo menstrual, la indicación más acertada será usar un implante subcutáneo con el

fin de evitar un embarazo, mientras que se usará un anticonceptivo oral combinado si lo que se quiere evitar es el síndrome premenstrual y las diferentes sintomatologías referidas a este.

A pesar de su eficacia anticonceptiva, es de primordial importancia dejarle claro a las pacientes que estos métodos anticonceptivos no protegen frente a infecciones de transmisión sexual.

6 Bibliografía

- 1.Araya Calco P, Chacón Díaz S, Palzano Venega G. Implante subdérmico, revisión bibliográfica. Ciencia&Salud. UCIMED. 2021 septiembre; 5(4).
- 2.Vásquez Awad D, Ospino A. Anticonceptivos orales combinados. Ginecología Obstétrica Mexicana. 2020 enero;(88).
- 3.Manual MSD. [Online]. [cited 2023 septiembre. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/multimedia/table/comparaci%C3%B3n-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos>.
- 4.Santiago Romero E, Barranquero Gómez M. Reproducción Asistida ORG. [Online].; 2019 [cited 2023 septiembre. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/el-implante-anticonceptivo-subdermico-ventajas-e-inconvenientes/>.

Capítulo 131

LA VESÍCULA BILIAR SU PAPEL EN LA PATOLOGÍA

PEDRO PEREZ LOPEZ

1 Introducción

La vesícula biliar es una víscera, la cual se encuentra hueca y está ubicada anatómicamente en la zona en la fosa cólica, la cual forma parte del sistema digestivo, que como función tiene el almacenar la bilis dentro de él y poder excretarla después de las distintas comidas que se llevan a cabo durante el día, estimulando la digestión y la emulsión de las grasas.

Como un apunte importante y breve hago énfasis en la anatomía, me gustaría señalar que la vesícula tiene usualmente unas dimensiones en condiciones de normalidad de aproximadamente 4 cm de diámetro en dirección transversal y 10 cm de diámetro en dirección longitudinal. El grosor de la misma en situaciones de normalidad de la pared vesicular suele ser inferior a 3 mm pero excepcionalmente se puede observar contraída justo después de la ingesta. La vesícula tiene un excelente sistema de vascularización, el cual es llevado a cabo principalmente por la arteria y vena cólicas.

La vesícula se encuentra en cuatro distintas porciones: fundus, cuerpo, infundíbulo y cuello. Cabe destacar que a pesar de ser un órgano de dimensiones pequeñas en comparación con otros del sistema digestivo y pese a que su función primordial es el almacenamiento de bilis es un órgano que desafortunadamente sufre ataques por diversas entidades lo cual provoca que la gran mayoría de seres humanos padezcan de alguna patología.

Como ya se ha mencionado anteriormente las patologías de la vesícula biliar suelen ser muy frecuentes, y podrían abarcar diversos procesos los cuales pueden

ser benignos o en algunos casos malignos.

La colelitiasis es por mucho la afectación vesicular por excelencia es la que tiene el mayor porcentaje de prevalencia en el mundo occidental, usualmente se llegan a detectar 1 millón de casos nuevos al año. Aunque entre las diversas patologías que existen los cálculos biliares no suelen provocar síntomas, es de lo más usual su asociación con cólicos biliares y colecistitis entre otras patologías biliares.

2 Objetivos

- Describir las características radiológicas de la vesícula biliar normal.
- Identificar los hallazgos patológicos presentes en las enfermedades benignas y malignas que afectan a la vesícula biliar, poniendo énfasis en aquellas patologías que requieren tratamiento urgente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas de los últimos 10 años y sobre todo en idioma español. Artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que se debe de tener en cuenta acerca de la vesícula biliar son las posibles variantes anatómicas, por ejemplo:

Existen varias variantes de la normalidad que hay que conocer para no interpretar erróneamente por patología, entre las que destacan por su frecuencia:

- Gorro frigio: angulación del fundus debido a un pliegue en la pared vesicular. Es la más frecuente.
- Agenesia.
- Duplicación.
- Localización aberrante: intrahepática, ectópica.
- Vesícula flotante: predispone a la torsión.
- Vesícula tabicada: generalmente se identifican septos finos.

Patología benigna:

Podemos dividirla en congénita (cuando existe algún factor predisponente como la hiperlaxitud ligamentosa) o adquirida. Dentro de la congénita, destaca la ya mencionada torsión.

La torsión vesicular es una urgencia quirúrgica. Puede ser completa ($>180^\circ$) que conllevará compromiso vascular y gangrena o incompleta ($<180^\circ$), en la que solo se produce la obstrucción del conducto cístico. Tendremos que sospechar esta entidad si nos encontramos una en el estudio sonográfico con una vesícula distendida, dolorosa, de orientación anómala y lejos de la fosa vesicular. No suele albergar litiasis.

La patología adquirida incluye el barro biliar, las litiasis, los pólipos, la adenomiosomatosis y los procesos inflamatorios agudos y crónicos.

1. Barro biliar/microlitiasis: su presencia es un signo de estasis. En la ecografía, veremos imágenes endoluminales débilmente ecogénicas en zona declive, móviles y sin sombra. Sin embargo, si la vesícula se encuentra totalmente llena de barro (hepatización de la vesícula/barro edematizante) este ya no será móvil y tendemos que hacer diagnóstico diferencial con procesos neoformativos. Para ello podemos utilizar el doppler que estará ausente en el caso de barro biliar. El tratamiento del barro biliar es la colecistectomía programada.

2. Litiasis: podemos encontrarnos cálculos de colesterol, pigmentarios o mixtos. Ecográficamente, nos encontraremos con imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior (<5 mm no objetivaremos la sombra). En caso de litiasis de gran tamaño, la sombra puede impedirnos valorar adecuadamente la vesícula. Para diferenciarlo de la calcificación de la pared, un truco es buscar pared, imagen ecogénica y sombra por ese orden. También tendremos que diferenciarlo de la presencia de gas en la vesícula o en órganos adyacentes que nos puedan llevar a errores diagnósticos. Al igual que el barro biliar, el tratamiento de elección es la colecistectomía sobre todo en pacientes con síntomas o pacientes diabéticos.

3. Pólipos: pueden ser benignos o malignos. En la ecografía, se comportan como lesiones ecogénicas endoluminales que no cambian de posición al colocar al paciente en decúbito lateral ni presentan sombra acústica posterior. La presencia de múltiples lesiones infracentimétricas y pediculadas suele orientar hacia benignidad. Los pólipos benignos a su vez se dividen en pólipos de colesterol (los más frecuentes), inflamatorios o adenomas.

5 Discusión-Conclusión

La vesícula biliar es una víscera hueca cuya función principal es el acúmulo de la bilis. Pese a su pequeño tamaño, es un foco frecuente de patología.

La litiasis biliar es la entidad más prevalente en la población general. La presencia de colelitiasis será la responsable del origen de colecistitis aguda en más del 90% de casos. Este proceso inflamatorio infeccioso engloba la mayor parte de las solicitudes de estudio ecográfico urgente en pacientes con dolor abdominal, solo superado por la sospecha de apendicitis aguda.

El espectro de la patología de la vesícula biliar es amplio por lo que los hallazgos radiológicos aquí descritos son clave para realizar un correcto diagnóstico ecográfico y, por lo tanto, contribuir a un rápido y adecuado tratamiento, evitando así posibles complicaciones, sobre todo en el caso de la colecistitis aguda.

6 Bibliografía

- 1.- <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADdas-biliares/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADdas-biliares>
<https://medlineplus.gov/spanish/gallbladderdiseases.html>
<https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/enfermedades-de-la-vesicula-y-de-la-via-biliar-pancreatitis-biliar/>

Capítulo 132

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

1 Introducción

En España, el cáncer de mama supera en número al cáncer de ovario, útero y pulmón como el tipo de tumor más prevalente que afecta a las mujeres.

Según algunos estudios recientes, este tipo de tumor se manifiesta típicamente entre los 35 y los 80 años, con una mayor incidencia en el rango de edad entre los 45 y los 65 años como consecuencia de los cambios hormonales propios de la menopausia. A medida que las mujeres envejecen, también se ha descubierto que la curva sigue con un aumento considerable.

En cuanto a la mortalidad, diversos estudios encuentran que el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en España, a pesar de que las investigaciones y nuevos tratamientos han mejorado la supervivencia de las pacientes en los últimos años.

Este tipo de tumor se puede tratar de varias maneras, siendo la mastectomía una de las más comunes.

En este tipo de intervenciones, el cuidado preoperatorio y postoperatorio por parte de los profesionales sanitarios es fundamental.

Se necesita la ayuda de un equipo multidisciplinario, y deben trabajar juntos sin problemas.

Es crucial discutir los posibles efectos físicos y psicológicos de una mastectomía, donde la enfermera juega un papel crucial.

2 Objetivos

- Observar los cuidados preoperatorios y postoperatorios que necesitan las pacientes mastectomizadas por el personal de enfermería cuando están ingresadas en el hospital.

3 Metodología

El artículo elaborado es una revisión bibliográfica sobre las pacientes que deben someterse a una mastectomía, examinando la atención médica que deben recibir y las posibles consecuencias.

Usé varias bases de datos académicas para desarrollarlo, pero se destacan Medline Plus y Google Scholar.

Para la creación de mi artículo, consulté artículos en español.

4 Resultados

Uno de los principales tratamientos para el cáncer de mama es la mastectomía, procedimiento quirúrgico en el que se extrae la mama. El tamaño y el estado del tumor, la afectación de los ganglios linfáticos y el tamaño de la mama influyen en el tipo de cirugía que se realiza.

Hay varios tipos diferentes de mastectomía que se pueden hacer:

- La lumpectomía: Extirpación quirúrgica de un tumor junto con parte del tejido sano circundante.
- Mastectomía radical modificada: Se extirpa la mama, los ganglios axilares y, en ocasiones, la membrana de los músculos pectorales.

El tejido mamario y el pezón se extirpan durante una mastectomía total.

Tanto antes como después de la cirugía, habrá personal de enfermería disponible.

Él estará a cargo de asegurar y preparar el área quirúrgica.

En cuanto al postoperatorio, los cuidados se centrarán, entre otros, en valorar el estado general tras la intervención, gestionar los drenajes, realizar los tratamientos, prescribir medicación y valorar la movilidad del miembro lesionado.

Es crucial identificar las posibles secuelas de este tipo de intervención quirúrgica. Cuando se trata de las secuelas físicas, el dolor y la inflamación son los más destacados. Entre otros, la presencia de hematomas y/o seromas en el área quirúrgica, restricción de movimiento del miembro lesionado, entumecimiento localizado y dolor neuropático.

Además, el linfedema se manifiesta con frecuencia si se han extirpado los ganglios linfáticos axilares. Para su prevención, la enfermera le proporcionará los consejos oportunos.

En cuanto a los efectos psicológicos, es importante señalar cómo se resiente la autoestima de las personas cuando se dan cuenta de que ya no tienen uno o ambos senos, así como el miedo que muestran a que la enfermedad regrese.

5 Discusión-Conclusión

Muchas mujeres hoy en día se ven afectadas por el cáncer de mama, que es un problema de salud a gran escala, existen numerosas formas de reducirlo, siendo la mastectomía uno de los procedimientos quirúrgicos más populares.

Al ayudar a los pacientes en este tipo de procedimiento tanto antes como después de la operación, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en su atención, tanto física como psicológicamente. Esta cirugía tiene una variedad de efectos secundarios.

La situación desde una perspectiva holística con el fin de satisfacer las necesidades de estas personas en todos los ámbitos y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/>

Capítulo 133

ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE CÁNULA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

1 Introducción

Entendemos como traqueostomía el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza un orificio (traqueotomía) en la parte delantera del cuello y en la tráquea. En este orificio se coloca un tubo o cánula con la intención de mantenerlo abierto y así permitir la respiración. Esta intervención crea un acceso directo de aire que permite la ventilación cuando el proceso común de la respiración se encuentra alterado de alguna manera en la persona.

El cambio de cánula en paciente traqueostomizado es una técnica habitual del personal de enfermería, pero no por ello exenta de posibles errores, tanto a nivel de seguridad del paciente, como de asepsia.

Las cánulas de traqueostomía son dispositivos tubulares huecos y curvados hacia abajo destinados a ser introducidos en la tráquea para mantener la permeabili-

dad de la vía aérea. Existen múltiples tipos de cánulas, de distintos materiales, características y tamaños que se adaptan a las necesidades y requerimientos que necesite el paciente (PVC, metal o silicona/ cánula fenestrada o sin fenestrar). Una mala praxis, por tanto, puede devenir tanto por el desconocimiento del material a utilizar, o el desconocimiento de la correcta realización del procedimiento, lo que produce un riesgo en la seguridad del paciente (físico o social).

2 Objetivos

- Revisar la información bibliográfica hasta el momento del procedimiento adecuado para el cambio de cánula del paciente traqueostomizado por parte del personal de enfermería.
- Remarcar la importancia de conocer este procedimiento para su correcta realización, evitando así riesgos innecesarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de varios artículos publicados en distintas bases de datos científicas (como Medline o Pubmed) y protocolos validados de diferentes hospitales. Tras la lectura crítica de los mismos y añadiendo la experiencia práctica del trabajo en planta de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial, se ha elaborado la redacción del presente capítulo.

4 Resultados

Entendemos que el cambio de cánula en un paciente traqueostomizado consiste básicamente en sustituir el cambio de una cánula por otra, que puede ser de iguales o diferentes características según precise el proceso del paciente.

Este cambio se realiza con varios objetivos:

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente.
- Mantener el traqueostoma y la piel periestomal en condiciones óptimas.
- Prevenir infecciones y complicaciones sépticas.
- Limpieza de la cánula en momentos que se requieran (secreciones, tapón mucoso, etc.).
- Evitar la formación de tejido de granulación y/o adherencias hacia la cánula.

Según la bibliografía consultada, el primer cambio de cánula no debe realizarse hasta pasados 7-10 días después de la intervención para respetar el tiempo de cicatrización de los tejidos. Es recomendable que este primer cambio lo realice personal cualificado: el médico especialista o personal de enfermería bajo supervisión médica. Los siguientes cambios sí que podrán realizarse ya únicamente por el personal de enfermería con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Para ello, debemos conocer los cuidados de Enfermería antes del cambio:

- Preparación del material necesario:

1. Cánula de traqueotomía o laringectomía adecuada en material y número. Preparada con apósito especial (babero) para cánulas, con agujero perforado y cinta de sujeción.
2. Lubricante tipo vaselina, si se precisara
3. Gasas y guantes estériles
4. Suero salino
5. Antiséptico
6. Rinoscopio si fuera necesario
7. Luz (linterna o foco)
8. Preparación del sistema de aspiración por si se precisa

- Informar al paciente del procedimiento que va a realizarse, tranquilizándole en la medida de lo posible. Explicarle que es una técnica habitual y utilizar este momento también para irle instruyendo de cara a cambios de cánula domiciliarios.

- Evitar cambiar la cánula después de la nutrición o toma de medicación para evitar vómitos por náuseas.

- Sentar al paciente en un sillón abatible o en posición de semi-fowler sin almohada (para ayudar en la hiperextensión del cuello), en caso de que se encuentre encamado.

- Hiperoxigenar al paciente previamente si necesitara aporte extra de oxígeno y aspirar secreciones previas por estoma.

Cuidados de Enfermería durante el cambio:

- Asegurar el correcto funcionamiento del sistema de vacío para aspiración.

- Lavado de manos.

- Colocación de guantes no estériles para retirar la cánula anterior. Colocarse en un lateral del paciente, nunca de frente para evitar exponernos a las posibles secreciones que se puedan expulsar.

- Estimular al paciente para dicha expulsión de secreciones si las hubiese.

Cuidado con pacientes traqueostomizados, a diferencia de los laringectomizados, el tiempo para cambio de cánula debe minimizarse por riesgo de cierre del es-

toma.

- Colocación de guantes estériles para proceder a curar el estoma, una vez estabilizado el paciente. Es importante retirar restos de secreciones o sangre seca que pueda existir para visualizar la piel alrededor del estoma, la existencia de fistulas y/o exudado.
- Tras la cura, colocamos la nueva cánula sujetando las dos aletas anteriores, girando su parte proximal e introduciendo con seguridad pero sin forzar mientras rectificamos el giro rotando la cánula. Inflaremos el globo si la cánula lo tuviera.
- Asegurar con una lazada simple de la cinta.
- Comprobamos que el paciente respira bien, que la presión de la cinta es confortable pero lo suficientemente apretada para mantener la cánula en su lugar.
- Retiramos el material de deshecho y los guantes.

Posibles complicaciones:

Si tras el cambio de cánula notásemos que el paciente comienza con agitación, nerviosismo, sudoración profusa, respiración agitada, tiraje, síncope y/o ruido respiratorio, podemos haber creado una falsa vía (la introducción de la cánula en tejido celular subcutáneo en vez de en la tráquea).

Si esto ocurre, hay que retirar inmediatamente la cánula y con ayuda de fiador y buena fuente de luz, intentar la reintroducción de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de la traqueotomía en pacientes con cánula, influyen considerablemente en la evolución de su proceso. Estos pacientes están expuestos a un alto riesgo de infección, broncoaspiración, obstrucción por taponamiento mucoso o desplazamiento de la cánula.

El papel que realiza la enfermería en estos cuidados es fundamental, tanto para la calidad de vida del paciente como para el alcance de su autonomía. Es por eso que es primordial la formación de los profesionales basándose en evidencia científica, la creación de un protocolo en todas las unidades hospitalarias y así poder abordar de forma multidisciplinar a este tipo de pacientes proporcionándoles un cuidado óptimo. También, ser conscientes de la importancia en la identificación y el manejo de las complicaciones de estos pacientes para proteger su salud.

Un mal manejo de la técnica podría ocasionar graves daños en el paciente. De ahí la importancia del reciclaje y la formación para su correcta realización.

Además, el personal de enfermería será el encargado en su mayoría de explicarle al paciente paso por paso el cambio de cánula para que este pueda realizarla en su domicilio. También será el encargado de formar al paciente para saber manejar

complicaciones a la hora de manipular la cánula (tapones mucosos, sangrado, cuidados de la piel periestomal, etc.).

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cambio-canulatraqueotomia-cuidados-de-enfermeria/>.
2. Soria Delgado, R (2011). Cambio de Cánula de Traqueotomía en Unidad de Hospitalización. Manual de procedimientos de Enfermería. https://www.hca.es/hcua/web/enfermeria/html/f_archivos/Cambio%20canula%20de%20traqueotomia.pdf.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al>

Capítulo 134

ENFERMERÍA Y SU ATENCION A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

1 Introducción

Hablaremos sobre el edema agudo de pulmón (EAP) es una enfermedad que está provocada por la acumulación de líquido principalmente en los pulmones, así como en los bronquios, bronquiolos y alveolos del paciente. Este tipo de patología va a originarse por la presencia de acumulación de fluido que va a hacer que haya una relajación pulmonar y como consecuencia se producirá una disminución en la capacidad pulmonar que provocará una inestabilidad en el intercambio gaseoso del paciente.

Su etiología puede ser de dos tipos:

- Cardiogénico: De las dos es la más frecuente, provocando en el paciente un problema cardiaco elevando las presiones venosas, en los capilares pulmonares y en

las cavidades izquierdas. Las principales causas que lo van a provocar son: infarto de miocardio, hipervolemia, arritmias, miocarditis, insuficiencia renal, etc.

- No cardiogénico: Está originado por una disminución de la presión oncótica, disminución de la presión intrapleurar, también puede ocasionarse por un incremento de la permeabilidad capilar. Las principales causas van a ser: grandes altitudes, diversos tipos de intoxicaciones, alergia a determinados fármacos, transfusiones sin hipervolemia, traumatismos craneales, etc.

Los síntomas que van a caracterizar al edema agudo de pulmón no cardiogénico son: ansiedad, taquipnea, diaforesis, pulso rápido y débil, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer la labor que van a desempeñar los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con edema agudo de pulmón.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo de libro sobre la atención de enfermería a pacientes con edema agudo de pulmón se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas tales como: Medline, Cuiden y Pubmed. También se ha hecho una búsqueda por diferentes Webs de Internet.

Para hacer la búsqueda se han empleado las siguientes palabras claves o descriptores: Edema Agudo, Edema Agudo de Pulmón, EAP, Atención de Enfermería, Enfermería, etc.

4 Resultados

Vamos a hablar del equipo de enfermería y de como llevan el proceso de los pacientes con este tipo de patologías y la importancia de la empatía.

Los profesionales de enfermería tendrán la labor de tratar a los pacientes que sufren EAP, tratando a todos los pacientes que padecen este tipo de patología lo que se busca es paliar los síntomas que provoca esta enfermedad y disminuir de este modo la mortalidad causada por este tipo de enfermedad.

Cuando un profesional de enfermería diagnostica a un paciente que sufre EAP, el paciente presentará postura erguida, palidez y cianosis. En la auscultación se observará un signo muy significativo y característico del EAP que son las sibilancias.

Para poder enfrentarse a esta patología los profesionales de enfermería emplearán el siguiente tratamiento y medidas:

El tratamiento de choque será el uso de inotrópicos intravenosos y vasodiladores como son la nitroglicerina, nitroprusiato, corticoides, dopamina y dobutamina.

Las principales medidas que se llevarán a cabo por parte del profesional de enfermería en un paciente que sufre EAP son:

- Se valorará si el paciente precisa ventilación mecánica.

- Se le administrará oxigenoterapia al paciente para vencer el dolor torácico y calmar la disnea.

El personal de enfermería se encargará de ayudar por medio de cuidados de enfermería al paciente teniendo en cuenta las principales necesidades de Virginia Henderson. El paciente con EAP necesitará: Nutrición y Metabolismo, Oxigenación, Termorregulación, Sueño y Reposo, Eliminación y por último Movilización. De todos estos cuidados deberá encargarse el profesional de enfermería para que el paciente que presenta EAP se recupere de su problema de salud por completo.

Los profesionales de enfermería que tratan a los pacientes con EAP van a tener una gran responsabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que los profesionales de enfermería tendrán que saber que un edema agudo de pulmón se caracteriza por la presencia de líquido en los pulmones, bronquios, bronquiolos y alveolos. Los principales signos que apreciara el personal de enfermería en un paciente que sufre EAP son la palidez y la cianosis.

Los profesionales de enfermería que atiendan a estos pacientes deberán estar muy cualificados y preparados, ya que tendrán la función de brindar a los pacientes una atención y cuidados especiales debido a que estos enfermos van a tener muchas necesidades que deberán ser dadas por los profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/edema-agudo-de-pulmon-eap-cuidadosenfermeros>

Capítulo 135

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

NURIA GIL PEÑA

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

PIEDAD DE LOS REYES

VERÓNICA CRESPO GINES

1 Introducción

La intoxicación etílica en el servicio de urgencias en España es la sustancia psicoactiva legal relacionada con el mayor número de episodios de urgencias, estando presente en 2019 en el 40,3% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, indicando este dato un cierto descenso respecto a los años anteriores según Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021).

La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009, 2013, 2017 y 2019/2020, se incluyó la escala AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test, con el fin de conocer el alcance del consumo de riesgo de alcohol en la población general (15-64 años). Según los resultados de la encuesta EDADES 2019/2020, el 5,2% de la población de 15-64 años presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol (≥ 8 puntos en hombres y ≥ 6 en mujeres), con

un mayor alcance entre los varones (6,7% frente a un 3,7% en mujeres) según Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Además, los análisis del Indicador Mortalidad confirman que, en 2019, las sustancias presentes en los fallecidos son principalmente los sedantes y la cocaína, seguidos de los opioides y el alcohol.

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Se absorbe mayoritariamente en el intestino delgado, en su tramo proximal (un 80%) y menos en el estómago (20%). Su velocidad de absorción depende de muchos factores, es más rápida si se administra en ayunas o con el estómago vacío (concentración máxima a los 30-60 minutos) y más lenta en presencia de alimentos. También influye la concentración de alcohol en la bebida, siendo la absorción más rápida en bebidas de graduación del 20-30%, y las que contienen gas carbónico también se absorben más rápido.

El alcohol atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria, y se excreta por la leche materna. Se ha comprobado que tras administrar una misma dosis ajustada al peso, las concentraciones sanguíneas de alcohol son mayores en las mujeres que en los hombres

El alcohol es eliminado finalmente a través el hígado.

Los efectos inmediatos en el organismo por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo son los siguientes:

Desinhibición.

Euforia.

Relajación.

Aumento de la sociabilidad.

Dificultad para hablar.

Dificultad para asociar ideas.

Descoordinación motora

Intoxicación aguda.

Apatía

Somnolencia.

Coma

Muerte.

2 Objetivos

Observar la correcta planificación de los cuidados de enfermería de forma individual y personalizada según diagnósticos North American Nursing Diagnosis Association o NANDA del caso clínico descrito.

3 Caso clínico

Varón de 36 años ingresa en un hospital en la unidad de medicina interna el día 30 de mayo de 2023. El paciente proviene del servicio de urgencias por intoxicación etílica.

- Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto (lpm).
- Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto (rpm).
- Tensión arterial: 145/100 milímetros de mercurio (mmHg).
- Temperatura: 36,8 °C.
- Saturación O₂: 98%.
- Glucemia capilar: 65 mg/dl.
- Talla: 179 centímetros (cm).
- Peso: 89 kilogramos (kg).
- Portador de vía venosa periférica 20G en miembro superior izquierdo.

A la llegada al servicio de urgencias el paciente presenta un Glasgow de 10 con apertura ocular al dolor, palabras inapropiadas y localizando el dolor.

Al día siguiente en planta se vuelve a valorar al paciente, presentando un Glasgow de 15.

Colocación de sonda vesical Foley n° 18 para el control de la diuresis.

Anamnesis en urgencias:

Se realiza la anamnesis del paciente en la unidad de medicina interna ya que a la llegada al servicio de urgencias está estuporoso y su realización resulta imposible.

- Alergias: no conocidas.
- Antecedentes personales: ingresos previos por intoxicaciones etílicas.
- Hábitos tóxicos: se pregunta la frecuencia y cantidad de ingesta de alcohol, a lo que el paciente comenta que solo se tomó unas cervezas ocasionalmente. Al final de la entrevista se sincera y nos comenta que se tomó una botella y media de whisky de 36° de alcohol.
- Medicación habitual: no refiere tomar ninguna medicación.
- Antecedentes familiares: madre diabética y padre infarto agudo de miocardio (IAM).

Pruebas complementarias realizadas:

En urgencias se realiza analítica completa destacando etanol en sangre de 395 miligramos/decilitro (mg/dl).

Se solicita sistemático de orina y determinación de metabolitos de otras drogas psicoactivas siendo el resultado negativo.

Electrocardiograma (ECG) de características normales.

Tratamiento pautado en urgencias:

Se pauta un bote de suero fisiológico 0'9% de 500 cc y un bote de suero glucosado al 5% de 500cc en Y cada 12 horas. Se administra tiamina intramuscular (IM) 100 mg/ml.

Tratamiento pautado en medicina interna:

Se pauta un bote de suero fisiológico 0'9% de 500cc y un bote de suero glucosado al 5% de 500cc cada 12 horas.

Benadon® (tiamina) IM 100 mg/ml en el turno de mañana (9:00h).

Valium® (diazepam) intravenoso (IV) 10 mg cada 6 horas por cuadro agudo de ansiedad por privación alcohólica.

Cloruro potásico 1 mEq/20 ml cada 12 horas.

Se inicia tolerancia con líquidos (vaso de agua 150 mililitros) que se retira por referir el paciente deposiciones líquidas, por lo que se decide pautar dieta absoluta.

2. Valoración por requisitos de autocuidado de Orem.

Aporte de Aire:

El paciente no presenta alteraciones en el patrón respiratorio.

Eupneico con una frecuencia respiratoria de 18 rpm y una saturación de oxígeno de 98%.

Su patrón cardiaco se ve alterado presentando taquicardia (110 lpm) e hipertensión arterial (145/100 mmHg). El electrocardiograma realizado en urgencias no presenta alteraciones.

Aporte de líquidos:

Se restringe el aporte de líquidos por vía oral administrando suero de mantenimiento por vía venosa periférica. Pauta de sueroterapia: 1 suero glucosado 5% y 1 suero fisiológico 0'9% cada 12 horas.

Aporte de alimentos:

El paciente tiene una estatura de 179 cm y un peso de 89 kg.

Se calcula índice de masa corporal (IMC), que da como resultado 27'77, por lo que el paciente presenta sobrepeso de grado II (preobesidad) según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Por el momento el paciente tiene pautada dieta absoluta.

Preguntamos por su alimentación habitual y nos comenta que se basa en comi-

das rápidas, poco elaboradas, precocinadas ya que “no sabe cocinar y su novia tampoco”.

No refiere alergias alimentarias.

Eliminación:

El paciente nos comenta que en su domicilio realiza una deposición al día de consistencia y color normales.

En la unidad de medicina interna realiza una deposición de consistencia líquida después de empezar la tolerancia con dieta líquida, por tanto se mantiene al paciente con dieta absoluta.

Se realiza balance hídrico de 24 horas desde el día 01/06/2017 a las 8:00 horas al 02/06/2017 con un balance positivo de 270'95 mililitros.

Mantenimiento del equilibrio actividad/reposo.

Patrón sueño:

El paciente refiere dormir aproximadamente 7 horas diarias en su domicilio. Sin embargo, a su ingreso en planta presenta dificultades para conciliar el sueño debido a la privación alcohólica y al entorno hospitalario.

Actividad física:

El paciente trabaja seis días a la semana como teleoperador en turno de tarde. Nos comenta que no hace ningún tipo de actividad física. En la escala de Barthel obtiene una puntuación de 100.

Mantenimiento del equilibrio soledad/interacción humana:

Vive con su pareja actual.

El paciente se encuentra alerta, orientado en tiempo y espacio con respuesta a todos los estímulos y capacitado para comprender toda la información suministrada.

Se realiza valoración con escala Glasgow, obteniendo una puntuación de 15.

Portador de lentes por hipermetropía.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

El paciente está afebril, con estado íntegro de la piel y con una puntuación de 20 en la escala Norton.

Tiene una buena higiene corporal, duchándose una vez al día de manera independiente. Su higiene bucal es de dos veces al día.

El paciente refiere tener dolor general con una puntuación de 7 en la escala EVA. No presenta alergias medicamentosas. No presenta otras alergias conocidas. Confirmamos que el paciente tiene el calendario vacunal al día. El paciente asegura tener conocimientos del uso de métodos anticonceptivos y refiere hacer uso de los mismos con su pareja. Es independiente, no necesita ayuda para la deambulación. Presenta una puntuación de 0 en la escala Downton.

Promoción del funcionamiento y desarrollo social:

El paciente manifiesta sentir culpabilidad por todo lo ocasionado a raíz de los episodios alcohólicos, tanto a su pareja como a sí mismo. Asimismo tiene miedo a perder su estabilidad laboral por las recaídas que sufre, lo cual le genera una ansiedad añadida.

El paciente carece de régimen terapéutico habitual pero comenta que hace unos meses se le aconsejó que asistiera a la consulta de atención primaria para hacer seguimiento psicológico de sus recaídas, aunque confiesa que no ha llegado a asistir hasta la fecha.

3. Diagnóstico de enfermería (NANDA), actividades Nursing Interventions Classification (NIC) y objetivos.

Por orden de prioridad (desde entrada en urgencias hasta que recibe el alta) hemos escogido los siguientes diagnósticos:

1. Confusión aguda relacionado con (r/c) abuso de sustancias y manifestado por (m/p) alteración del nivel de la consciencia.

Objetivo: el paciente alcanzará un estado de consciencia de alerta.

NIC [4512] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: Retirada del alcohol.

Actividades:

01/06/2017 Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación, en turnos de mañana (M), tarde (T) y noche (N).

01/06/2017 Escuchar las inquietudes del paciente acerca de la retirada del alcohol, en el turno de tarde.

01/06/2017 Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise.

01/06/2017 Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la

fatiga se produzcan durante el abandono del alcohol en turnos de M, T y N.

NIC [1800]: Ayuda con el autocuidado.

Actividades:

01/06/2017 Establecer una rutina de actividades de autocuidado en turnos de M, T y N.

2. Déficit del volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p debilidad y alteración del estado mental.

Objetivo: el paciente reestablecerá un adecuado volumen de líquidos .

NIC [4130]: Monitorización de líquidos.

Actividades:

01/06/2017 Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Monitorizar las entradas y salidas, en turno de M, T y N.

01/06/2017 Llevar un registro preciso de las entradas y salidas, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Administrar líquidos según corresponda.

01/06/2017 Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito, en turnos de M, T y N.

NIC [4200]: Terapia intravenosa.

Actividades:

01/06/2017 Verificar la orden de terapia intravenosa en turno de M, T y N.

01/06/2017 Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administrar medicación según corresponda.

01/06/2017 Administrar medicamentos intravenosos según prescripción y observar resultados, según corresponda.

01/06/2017 Vigilar signos vitales en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Registrar las entradas y las salidas, si procede.

3. Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c estado de salud física comprometida.

Objetivo: mantener el nivel de glucemia dentro de los rangos normales.

NIC [2130]: Manejo de la hipoglucemia.

Actividades:

01/06/2017 Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa, en el turno de tarde.

01/06/2017 Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia, en turno de M, T y N.

01/06/2017 Vigilar la glucemia, si está indicado.

4. Trastorno del patrón del sueño r/c patrón del sueño no reparador (ansiedad, síndrome de abstinencia) y factores ambientales m/p dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.

Objetivo: el paciente recuperará su patrón de sueño habitual.

NIC [6482]: Manejo ambiental: confort.

Actividades:

01/06/2017 Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las necesidades de la persona, evitando la luz directa a los ojos en el turno de noche.

01/06/2017 Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible en el turno de T y N.

01/06/2017 Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

01/06/2017 Crear un ambiente tranquilo y de apoyo, en el turno de M, T y N.

NIC [1850]: Mejorar el sueño.

Actividades:

01/06/2017 Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama, en el turno de noche.

01/06/2017 Observar, registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente, en el turno de tarde.

01/06/2017 Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño, en el turno de tarde.

01/06/2017 Comentar con el paciente y la familia técnicas para mejorar el sueño, en el turno de tarde.

5. Ansiedad r/c abuso de sustancias y amenaza del estatus habitual m/p nerviosismo, inquietud, temblor de manos, cambios en el patrón del sueño y aumento de la tensión arterial.

Objetivo: el paciente reducirá sus niveles de ansiedad, mostrándose tranquilo y

libre de amenazas .

NIC [5820]: Disminución de la ansiedad.

Actividades:

01/06/2017 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

01/06/2017 Escuchar con atención, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Crear un ambiente que facilite la confianza, en turnos de M, T y N.

01/06/2017 Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad, en el turno de tarde.

01/06/2017 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación, en el turno de tarde.

NIC [2390]: Prescribir medicación.

Actividades:

01/06/2017 Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual, en turno de M, T y N.

01/06/2017 Identificar las alergias conocidas, en el turno de mañana.

01/06/2017 Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación, en turno de M, T y N.

6. Diarrea r/c abuso de sustancias toxicas m/p pérdidas de heces líquidas >3 en 24 horas.

NIC [460]: Manejo de la diarrea.

01/06/2017 Determinar la historia de la diarrea, en el turno de mañana.

01/06/2017 Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales, en el turno de M, T y N.

NIC [1100]: Manejo de la nutrición.

01/06/2017 Determinar las preferencias alimentarias del paciente, en turno de M, T y N.

01/06/2017 Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos en turno de M y T.

7. Riesgo de intoxicación r/c precauciones insuficientes contra la intoxicación.

NIC [6610]: Identificación de riesgos.

Actividades:

01/06/2017 Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas y grupos en el turno de tarde.

01/06/2017 Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual en el turno de tarde.

01/06/2017 Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados, en el turno de M, T y N.

01/06/2017 Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones según corresponda en el turno de M y T.

NIC [4500]: Prevención del consumo de sustancias nocivas .

Actividades:

01/06/2017 Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida, en turno de M y T.

01/06/2017 Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones en turno de M, T y N.

01/06/2017 Apoyar u organizar grupos comunitarios para disminuir lesiones asociadas con el alcohol, como asociaciones contra los conductores alcohólicos, en el turno de tarde.

4. Problema de colaboración.

Dolor agudo secundario a intoxicación alcohólica.

Hemos seleccionado este problema de colaboración puesto que afecta a otras áreas de la vida del paciente, como son agravamiento de su nivel de ansiedad, dificultad para conciliar el sueño e incluso agrava el riesgo de recaída (para controlar el dolor por medio del alcohol). Es necesaria la ayuda de otros profesionales, concretamente el médico, para manejar el dolor con analgesia.

Objetivo: la enfermera valorará el dolor percibido por el paciente tras administración de la analgesia pautada (metamizol).

Actividades:

Administrar analgesia (metamizol 2g/5ml solución inyectable) vía intravenosa, 0-0-1 y si precisa.

Valorar el nivel de dolor del paciente con la escala EVA en cada turno.

5. Complicación potencial.

Depresión respiratoria secundaria a intoxicación alcohólica

El personal de enfermería debería vigilar este signo monitorizando al paciente ya que el paciente presentaba unos niveles de alcohol 395mg/dl en sangre ya que

el etanol es un depresor del sistema nervioso central que inhibe la actividad neuronal (Torres, 2016). Unos niveles entre 300-400 mg/dl puede producir depresión respiratoria entre otros signos.

Objetivo: la enfermera vigilará signos o síntomas de depresión respiratoria en el paciente.

Actividades:

01/06/2017 Monitorizar al paciente hasta que sus niveles de alcohol en sangre sea menor de 20mg/dl en sangre, en turno de M, T y N.

01/06/2017 Vigilar signos y síntomas de depresión respiratoria (cianosis, debilidad, acidosis respiratoria, confusión, debilidad) cada vez que se vaya a la habitación del paciente, en turno de M, T y N.

4 Discusión-Conclusión

Las taxonomías NANDA, NIC y Nursing Outcomes Classification (NOC) estandarizan los planes de cuidados, pero no los individualiza a cada paciente ni te da la posibilidad para ello. Por ello, tendremos que acudir a protocolos, guías clínicas y artículos científicos para poder establecer un plan de cuidados adaptado a la práctica clínica diaria.

Este plan de cuidados se ha elaborado buscando en las taxonomías NANDA, NIC y NOC fuera del entorno laboral. No se podría llevar a cabo en un servicio de urgencias, cuando, normalmente, la carga asistencial es muy grande para los profesionales de enfermería.

El equipo de enfermería siempre tendrá que individualizar cada caso concreto y adaptar los planes de cuidados a cada paciente según en que punto del tratamiento y de la enfermedad se encuentre el paciente.

5 Bibliografía

1. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017; Herdman T.H. (ED). Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.nebrija.es/nanda/nec>.
2. User, S. (2017). SEEDO - Cálculo IMC. [online] Seedo.es. Available at: <http://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>.
3. Autonomía para las actividades de la vida diaria – Barthel-. (n.d.). Servicio andaluz de salud, Consejería de salud. Retrieved from www.hvn.es/enfermeria/

ficheros/barthel.pdf.

4. Torres, M. M. (2016). Revisión bibliográfica, intoxicación alcohólica, 33(2). Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.

Capítulo 136

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO TERMINAL

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

El personal sanitario se encuentra directamente ligado a la muerte de otras personas.

Estos profesionales deben de ser capaces de poder encontrar una actitud que se base en las responsabilidades inherentes, que se caracteriza principalmente por ser tranquila a la vez que equilibrada.

Este tipo de actitudes pueden tener un efecto directo tanto positivo como negativo en los pacientes que se encuentran en estado terminal y en sus familiares.

Los profesionales de enfermería, suelen ser los que acompañan en todo momento a estos pacientes, ya que es la figura que presta los cuidados dentro de los centros hospitalarios.

Es una realidad que se vive de manera cotidiana y debemos de tener presente en cada momento, una buena actitud del personal de enfermería puede contribuir directamente a mejorar la calidad de vida de estos pacientes terminales que se encuentren a nuestro cargo.

Una de las cosas más importantes de este tipo de pacientes es que debemos de garantizar que mueran dignamente, con el máximo confort y acompañándolos en cada momento.

Dadas las circunstancias en las que se desarrolla el trabajo de enfermería y sus características, tienen un contacto directo con el dolor y la muerte.

El enfermo terminal debe de tener la ayuda necesaria para afrontar la última etapa de la vida, donde se le proporcionaran los cuidados necesarios.

2 Objetivos

Definir, conocer e identificar cual es el rol que adoptan los profesionales de enfermería con los pacientes terminales dentro de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los cuidados del paciente terminal.

4 Resultados

Los profesionales que trabajan en los centros hospitalarios participan activamente en la curación y recuperación de los pacientes, cuando hablamos del paciente terminal debemos comprender cuáles son los cuidados que se deben de proporcionar a estos pacientes.

Los profesionales de enfermería tendrán la obligación de poseer los conocimientos adecuados y actualizados, no olvidando la dimensión espiritual de los pacientes y familiares.

Las actitudes que debe de tener el personal de enfermería frente a los enfermos terminales tendrán que ser principalmente de hospitalidad y compasión, propor-

cionando un ambiente de empatía y esperanza, para evitar que se sientan solos en esta última etapa de la vida.

Estos pacientes tienen unos tratamientos para el control del dolor, tratamiento de otra serie de síntomas como la dificultad respiratoria o ansiedad.

Asesoramiento directo para la familia preparándolos para el duelo.

Los cuidados para los pacientes terminales en la mayoría de los casos se ofrecen directamente en el hogar, aunque también existen casos en los que estos pacientes se encuentran dentro de los centros hospitalarios.

El objetivo principal de los cuidados para los pacientes terminales es poder aumentar la calidad de vida en la última etapa de la vida, garantizando que los pacientes vivan de manera digna hasta el último día. Estos tratamientos se centran en paliar los dolores que los pacientes puedan sufrir como pueden ser: emocionales, físicos, espirituales o sociales, además de apoyar a la familia.

Los principales profesionales que forman parte del equipo que tratan a los pacientes terminales son: médico, enfermero, trabajador social, terapeutas.

Se brindará apoyo para el duelo, esto puede consistir en conversaciones, capacitación de diferentes habilidades para el cuidado del enfermo, acompañamiento. Siempre que se precise se facilitará el apoyo del equipo de psicólogos.

5 Discusión-Conclusión

En la última etapa de la vida los cuidados de enfermería son muy importantes, ya que estos cuidados se realizan tanto al paciente como a los familiares que lo acompañan.

En el sistema sanitario, la etapa terminal cada vez es más importante.

Para los profesionales de enfermería que existan pacientes con enfermedades terminales es un desafío, ya que las necesidades son muy diferentes en el transcurso de la enfermedad.

Será muy importante cubrir todas las necesidades de los pacientes y acompañarlos en cada momento.

Los cuidados que también se les proporcionan son administración de medicamentos para paliar los dolores que puedan sufrir.

6 Bibliografía

<https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/salud/cuidados-paliativos/cuidados-para-pacientes-terminales>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>

<https://revistamedica.com/atencion-paciente-terminal-domicilio/>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668952/>

Capítulo 137

INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

LAURA ORTEGA INIESTA

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

1 Introducción

La ingestión de cuerpos extraños generalmente es un hecho accidental, aunque también puede darse de manera intencionada. Constituye la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría y es considerado un problema de salud pública.

En edad pediátrica, los niños impulsados por su curiosidad de reconocer objetos, normalmente inorgánicos romos y pequeños, suelen llevárselos a la boca y en un descuido ingerirlos. La mayor incidencia se observa en niños menores de 5 años y es similar en ambos sexos.

En edad adulta tienden a ser objetos orgánicos (trozo de hueso, espinas de pescado o bolos de alimento mal masticado) y es más frecuente en hombres.

Esto puede causar una situación de emergencia o no causar ningún síntoma, todo depende de las características físicas, químicas, eléctricas, tamaño, forma y donde quede localizado en el tubo digestivo, que incluso puede llegar a ser perforado.

El 80% de cuerpos extraños son eliminados por las heces de manera espontánea porque pasan sin dificultad por el tracto digestivo, por lo que no necesitan

tratamiento, aunque a veces pueden quedar atrapados en el recto o también ser introducidos en el recto de forma intencionada o quedarse atascados sin querer. El resto, en algunos casos necesitarían ser extirpados mediante endoscopia, extracción quirúrgica o de forma manual. Para el diagnóstico se puede precisar de radiografías, endoscopia o incluso tomografía computarizada.

2 Objetivos

- Saber qué hacer ante la ingestión de un cuerpo extraño en el ámbito hospitalario.
- Conocer la sintomatología dependiendo donde se encuentre el cuerpo extraño en el tubo digestivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuerpos extraños dependiendo de su propia naturaleza y de donde se queden atascados producirán diferentes síntomas:

- En esófago: dolor retroesternal, disfagia aguda, odinofagia, regurgitación o sialorrea, hasta puede llegar ahogarse si el esófago se obstruye completamente. En niños puede producir estridor, tos y anorexia.
- En estómago: los cuerpos extraños dan poca sintomatología, excepto cuando obstruyen completamente o parcialmente el estómago, intestino delgado o intestino grueso que puede llegar a provocar retortijones, hinchazón, dolor abdominal, náuseas y vómitos. También puede producir perforación o erosión, pero en pocos casos.
- En recto: dolor repentino e insoportable a la deposición que puede ser incluso sangrienta.

El diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños también depende de su naturaleza y de donde están atascados en el tubo digestivo.

- En esófago: se podrá realizar radiografía o endoscopia. Si no presenta obstrucción ni complicaciones por el tipo de objeto se mantendrán en observación durante 24 horas hasta ver si el objeto se elimina por sí mismo. Si en estas 24 horas no se resuelve el médico lo extraerá para evitar complicaciones. Algunos de podrán retirar empujándolos hacia abajo mediante un endoscopio o retirándolos con fórceps. Si se sospecha un fragmento de comida puede administrarse glucagón por vía intravenosa para relajar el esófago.
- En estómago: se podrá realizar radiografías o endoscopia para su diagnóstico o tratamiento. También puede hacerse una tomografía computarizada. Se suele realizar endoscopia para extraer objetos afilados, baterías, cualquier objeto que haya estado más de 4 semanas, objetos con diámetro superior a 2,5 cm... Incluso en objetos que se sospeche que pueden estar llenos de drogas, esta persona será hospitalizada en UCI e incluso se podría llegar a intervenir quirúrgicamente para extraer la droga por el riesgo de romperlo durante la extracción con endoscopia y provocar una sobredosis.
- En recto: estos se pueden diagnosticar mediante tacto rectal. Se podría extraer de manera manual o por endoscopia, se puede utilizar anestésico local o incluso sedación profunda.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto en los puntos anteriores para disminuir la morbilidad y la estancia en un centro hospitalario, debemos realizar un diagnóstico rápido y lo mismo con el tratamiento si fuese necesario. A pesar de que solo en 10-20% de las ocasiones será necesario realizar endoscopia y tan solo un 1% requerirá intervención quirúrgica.

Pero el mejor tratamiento es la prevención, sobre todo en los pacientes pediátricos, ya que los padres deben de estar formados en el riesgo que existe al manipular ciertos objetos por parte de los niños sin observación de un adulto. Aunque es un acontecimiento frecuente y no solo en niños, sino también en ancianos, paciente psiquiátricos y presos.

6 Bibliografía

1- Wyllie r. Bezoares. Ingestión de cuerpos extraños, pág 1351-2. En: Nelson. Tratado de Pediatría. (eds). Behrman. Kliegman, Arvin 16ª edición. Mac Graw-Hill,2000;1253-4.

- 2- Sugawa C, Ono J, Taleb M et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. *World J Gastrointest Endosc* 2014; 6: 475-481
- 3- Lobeiras A, Zugazabeitia A, Uribarri N, Mintegi S. Emergency department consultations due to foreign body ingestion. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(4):182187

Capítulo 138

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA CORRECTA ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

El accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo sanguíneo se detiene en una parte del cerebro.

Las consecuencias es que el cerebro deja de recibir nutrientes y oxígeno por lo que las células cerebrales pueden morir pudiendo causar un daño permanente.

Existen dos tipos de accidente cerebrovascular:

- Isquémico
- hemorrágico

El accidente cerebrovascular de tipo isquémico ocurre siempre que un vaso sanguíneo se encuentra bloqueado por un coágulo de sangre.

El accidente cerebrovascular tipo hemorrágico puede ocurrir cuando el vaso sanguíneo se rompe, esto produce que la sangre se derrame al resto del cerebro.

Es posible que los accidentes cerebrovasculares isquémicos lleguen a presentar un sangrado convirtiéndose en este caso de tipo hemorrágico.

Uno de los principales factores de riesgo es la presión arterial alta, otros factores que se encuentran directamente relacionados son: diabetes, colesterol alto, fibrilación auricular, edad avanzada, obesidad, sedentarismos.

Los principales síntomas que presentan estos pacientes dependen de la parte del cerebro que se encuentre dañada, en algunos casos los pacientes no saben que están sufriendo un ictus.

Los síntomas se suelen presentar de manera súbita o de manera intermitente.

Los síntomas son más graves en el momento en el que se presenta el accidente cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los principales síntomas que presentan los pacientes con ictus y los principales cuidados que se prestan en los centros hospitalarios así como los factores de riesgo relacionados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado una consistente revisión bibliográfica utilizando las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar y ocrnos.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los pacientes con accidentes cerebrovasculares.

4 Resultados

Los principales síntomas que presentan los pacientes con un accidente cerebrovascular depende de la zona afectada, los más importantes son:

Adormecimiento o debilidad de cara, piernas o brazos, manifestándose en un lado del cuerpo.

Confusión que aparece de forma repentina y dificultad para hablar.

Problemas visuales, pérdida de visión

Problemas en la deambulación, presentando pérdida de equilibrio y coordinación.

Dolor de cabeza muy intenso

En el caso de que alguien pueda estar sufriendo un ICTUS, se debe de actuar según las recomendaciones F.A.S.T. se realizarán las siguientes pruebas.

F-FACE (cara): pediremos a nuestro paciente que sonría, así verificamos que no se cae un lado de la cara.

A-Arms (brazos): Le diremos al paciente que levante los dos brazos, si existe desviación de alguno de los dos es un signo que debemos de tener en cuenta.

S-Speech (habla): Le diremos al paciente una frase sencilla para que nos la repita, así verificaremos si pronuncia bien o si dice cosas extrañas.

T-Time (tiempo): En el caso de observar algunos de estos síntomas será imprescindible que se llame al servicio de emergencias lo antes posible, ya que cuanto antes se trate se reducen considerablemente las secuelas que pueda producir.

Uno de los principales indicios que debemos de tener en cuenta de los pacientes que están padeciendo un accidente cerebrovascular es la imposibilidad de hablar, comunicarse o expresarse, puede llegar al extremo de no poder articular palabras, también imposibilita a la persona a poder entender lo que los demás dicen.

Pueden presentar dificultad a la hora de construir frases.

Los principales cuidados que ofrece el profesional de enfermería a estos pacientes a la llegada de los centros hospitalarios son: monitorización y valoración del estado neurológico del paciente, así como el físico, brindar acompañamiento emocional tanto a él como a sus familiares y la administración de medicamentos prescritos por los médicos especialistas.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se registran en España un total de 120.000 personas que sufren accidentes cerebrovasculares al año, de las cuales fallecen 40.000.

La probabilidad que existe de padecer un ictus es 1 de cada 6 españoles.

Existen diferentes factores de riesgo que están relacionados con el estilo de vida y que por lo tanto se pueden modificar para reducir el riesgo de sufrir estos accidentes.

Es importante que sepamos cuáles son los principales síntomas que presentan estos pacientes y acudir a un centro hospitalario lo antes posible, ya que eso garantizará que las secuelas sean menores reduciendo el tiempo.

6 Bibliografía

[https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/manejo-paciente-ictus-vision-enfermera/#::text=Introducci%C3%B3n,hemorragia%20cerebral%20\(ictus%20hemorr%C3%A1gico\).](https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/manejo-paciente-ictus-vision-enfermera/#::text=Introducci%C3%B3n,hemorragia%20cerebral%20(ictus%20hemorr%C3%A1gico).)

<https://rithmi.com/que-es-un-ictus/>

<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/ictus>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm#::text=Un%20accidente%20cerebrovascular%20sucede%20cuando,lo%20que%20causa%20da%C3%B1o%20permanente.>

Capítulo 139

TU DEBER ES INFORMAR, SU DERECHO CALIDAD

VERÓNICA CRESPO GINES

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

NURIA GIL PEÑA

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

PIEDAD DE LOS REYES

1 Introducción

La rehabilitación es un proceso complejo, individualizado, que forma parte del tratamiento integral y multidisciplinar del paciente con ictus. Además del propio paciente y su familia, en la rehabilitación participa un equipo multidisciplinar, que está integrado por médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupaciones, logopedas, neuropsicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales.

A medio y largo plazo tras el ictus se pueden aprender nuevas habilidades motoras, perceptivas, cognitivas y de lenguaje, a través de la experiencia, el entrenamiento y ejercicios terapéuticos aplicados en la rehabilitación del ictus, permitiendo obtener un cierto grado de recuperación funcional, aun en fase de cronicidad.

En una población de 100,000 habitantes aproximadamente 200 personas al año tendrán un primer ictus, esta tasa de incidencia se dobla si consideramos una

población mayor de 45 años. Aproximadamente un 20-25% de los supervivientes a los 6 meses del ictus, continúan siendo incapaces de caminar sin asistencia física y más de un 60%, no puede incorporar la mano afectada a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Se estima que la mortalidad ante la enfermedad es mayor durante el primer año tras el suceso.

Tras lo expuesto anteriormente, nuestro estudio va dirigido a conocer la información, que proporcionan las enfermeras, tales como: las instituciones de su localidad o alrededores, los cuidados en el domicilio, la información proporcionada a la familia, etc.

Posteriormente, os detallamos los datos que hemos obtenido tras el análisis de la encuesta realizada.

El objetivo fundamental de nuestro trabajo, es informar sobre los conocimientos que tienen y ofrecen las enfermeras, tanto a la persona con ictus como a sus familiares o cuidadores.

2 Objetivos

- Valorar la información que le proporcionan a las personas con ictus.
- Identificar los cuidados que los familiares de personas con ictus demandan.
- Conocer el interés que los enfermeros muestran hacia las personas con ictus.
- Determinar los conocimientos que la familia y/o cuidadores tienen acerca de este problema de salud.
- Conocer el nivel de aceptación que el paciente y la familia tiene de su problema de salud.
- Conocer quién es el profesional de salud más indicada para proporcionar los cuidados continuados a la persona con ictus.

3 Metodología

Hemos pasado una encuesta anónima a las enfermeras de atención primaria de cuatro centros de salud de Cáceres (Centro de Salud San Jorge, Centro de Salud Plaza de Argel, Centro de Salud Manuel Encinas y Centro de Salud Aldea Moret). Para ello, hemos distribuido un cuestionario que consta de 10 ítems, con preguntas cerradas, referidas a la implicación de la enfermera en el domicilio de la persona con Ictus. Esta encuesta fue realizada en el mes de marzo.

De las 30 encuestas pasadas, nos han sido contestadas 20 de ellas.

Las preguntas a contestar fueron las siguientes:

1. ¿Ha tratado alguna vez alguna persona con Ictus?

2. ¿Se interesa por la persona con ese problema?
3. ¿Realiza visitas domiciliarias para tratar a las personas?
4. ¿Le proporcionó información sobre su situación personal?
5. ¿Se aseguró que la información dada fuese comprendida correctamente?
6. ¿Sabe si la familia tenía conocimiento de ese problema de salud?
7. ¿Evalúa los cuidados que realizan los familiares / cuidadores a la persona con Ictus?
8. ¿cuándo acude a su domicilio aceptan la ayuda?
9. ¿Los familiares demandan información sobre los cuidados que deben realizar?
10. ¿A quién consideras más adecuado para prestar cuidados asistenciales continuados a una persona con Ictus?

4 Resultados

Según los resultados obtenidos, una vez realizada la encuesta, obtenemos varias respuestas significativas. Podemos observar que todos los enfermeras/os encuestadas/os, han tratado alguna vez con personas con ictus, de la misma forma comprobamos que todas se han interesado por dichas personas, y que realizan las correspondientes visitas de atención domiciliaria.

Con respecto a la información proporcionada por parte de los enfermeros, son los cuidados y los ejercicios los que obtienen una mayor puntuación, a diferencia de las instituciones y asociaciones que existen, las cuales obtienen un 20 y 30 % respectivamente. De igual manera todos los enfermeros se aseguraron de que la información dada fuera comprendida.

Por otra parte, se muestra que la familia tiene mayor conocimiento sobre la movilidad.

La respuesta a la evaluación de los cuidados que realizan los familiares es positiva. En el 100% de los casos la ayuda es aceptada tanto por parte de la persona afectada como familiares.

Todos los familiares demandan información sobre los cuidados, siendo la alimentación y la rehabilitación los que se llevan mayor porcentaje.

Para concluir, se consideran más adecuados para prestar cuidados asistenciales las enfermeras/os, seguido de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

En cuanto a los resultados de nuestra encuesta, hemos obtenido una valoración positiva, pero si lo comparamos con nuestro trabajo diario, nos damos cuenta de que un elevado porcentaje de las respuestas, no se corresponde con los mismos. Durante nuestro periodo de prácticas y vivencias propias, no hemos observado la colaboración del profesional de enfermería, en cuanto a la rehabilitación en

el ámbito domiciliario, pero, en cambio, sí hemos podido comprobar cómo los familiares reclaman mayor información al personal sanitario, sobre los cuidados domiciliarios y sobre los distintos servicios de entrenamiento y desarrollo de habilidades.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de nuestro trabajo una de las mayores preocupaciones de las personas con ACV, es la asistencia que tendrán en el ámbito domiciliario coincidiendo con la bibliografía consultada.

En conclusión, la realización de este trabajo, nos ha hecho comprender la importancia que tiene dar información, enseñar y proporcionar los cuidados a la persona y a su familia, que luego van a tener que realizar en su propio domicilio. La continuidad de la rehabilitación es muy importante para tener una mejor calidad de vida. La colaboración entre la persona y el personal sanitario es imprescindible, para lograr la máxima independencia funcional y una óptima integración socio-familiar y laboral, implicando en el proceso de rehabilitación a la propia persona y a sus familiares. Tras el análisis de la encuesta, llegamos a la conclusión de que los enfermeros se centran más, en dar y enseñar cuidados y ejercicios, que en mostrarle el apoyo que pueden dar las distintas instituciones y asociaciones para dichas personas.

6 Bibliografía

- 1.- Bayón M., Martínez J. Plasticidad cerebral inducida por algunas terapias aplicadas en el paciente con ictus. Rehabilitación (Madr). 2008; 42 (2): 86-91.
- 2.- Minuesa JM., Orient F., Marco E. Tratamiento rehabilitador del paciente con ictus. Jano 28 Enero-3 Febrero 2000. Vol. LVIII. Nº1329: 46-48.
- 3.- Fuster Puigdomenech A. , Morante Robles JR. , Ramírez Cano A. Rehabilitación del accidente cerebrovascular. Rehabilitación médica. Marzo 2003.25(3): 269-281.
- 4.- Vidal-Thomas MC., Alorda-Terrasa C., Adrober-Barceló RM., Ripol-Amengual J., Taltavull-Aparicio JM., Saenz de Hornijana-Hernández A. Enfermería clínica 2009; 19(2): 83-89.

Capítulo 140

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A PACIENTES QUE PRESENTAN HEMORRAGÍAS DIGESTIVAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

Podemos definir las hemorragias digestivas como la pérdida de sangre que se produce a través del aparato digestivo, esto constituye una situación de urgencia, ya que requiere que el paciente sea tratado en un centro hospitalario de forma inmediata para poder prevenir el shock hipovolémico, esto se puede realizar identificando la lesión lo antes posible y proceder al tratamiento lo antes posible.

Puede clasificarse en hemorragia digestiva alta y baja. La hemorragia que presenta mayores complicaciones como el shock hipovolémico es la hemorragia digestiva alta.

Una de las causas más frecuentes de padecer este tipo de patología es la úlcera duodenal, la úlcera gástrica y las varices esofágicas.

Será imprescindible poder determinar la dimensión del sangrado. Se deberá monitorizar en todo momento la presión arterial y la frecuencia cardiaca de nuestro paciente.

La hemorragia digestiva leve se reduce la volemia en un máximo del 11% que aproximadamente son 500 ml.

En la hemorragia moderada se pierde alrededor del 10-20% siendo en este caso un total de entre 500-1000 ml de sangre pérdida.

En el caso de la hemorragia grave se llega a perder entre 1000-1750 ml de sangre que oscila entre el 20-35% de la volemia total, en el caso de la hemorragia masiva se pierde alrededor de 1800 que es el superior del 35%.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste la hemorragia digestiva.
- Exponer los diagnósticos que realiza el personal de enfermería y sus actuaciones en referencia a la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: PubMed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las hemorragias digestivas.

4 Resultados

La hemorragia digestiva, cuya causa es producida por la rotura de varices esofágicas, es una de las causas más frecuentes de muerte dentro del tipo de estas patologías.

Algunos pacientes que presentan otras enfermedades como pueden ser diabetes mellitus pueden enmascarar una vasculopatía, que puede no manifestar sintomatología hasta presentar desequilibrios a nivel hemodinámico.

Las actuaciones que se llevarán a cabo con los pacientes consisten principalmente en una valoración integral del mismo, así podemos identificar los síntomas y signos que se encuentren relacionado con una posible hemorragia y con una mortalidad cercana al 50%.

Dentro de la valoración integral del paciente destacaremos los siguientes:

- Palidez de mucosas y piel.
- Hipotensión.
- Aumento de la frecuencia cardiaca. Taquicardia.
- Diaforesis.
- Hematemesis.

Durante el periodo agudo de hemorragia tendremos que llevar a cabo las siguientes actuaciones:

- Controlar todas las constantes vitales de los pacientes
- Proporcionar información al usuario sobre el proceso y evolución de su enfermedad.
- Se colocarán dos vías venosas periféricas de gran calibre para poder administrar la fluidoterapia según las necesidades que indiquen los médicos especialistas.
- Administrar oxigenoterapia siempre que sea preciso
- Se realizará un lavado gástrico a través de una sonda nasogástrica administrando suero fisiológico, esto nos ayudará a controlar el sangrado.
- Se administrará la medicación según esté pautada por los médicos, incluyendo siempre la analgesia.

Además, el personal de enfermería deberá de proporcionar educación sanitaria a los pacientes realizando diversas recomendaciones, algunas de ellas son:

- Evitar todos los salicilatos.
- Se deberán de masticar bien los alimentos.
- Evitar tomar bebidas alcohólicas.
- Evitar levantar objetos pesados.

La enfermera deberá de asegurarse que el paciente mantiene sus constantes vitales estables, así como verificar que los signos y síntomas disminuyen.

Se le recomendará andar mínimo 30 minutos tres veces por semana

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se destaca la importancia de realizar un diagnóstico enfermero de manera apropiada acorde con la patología que presenta el paciente, de esta forma podremos realizar las intervenciones de enfermería con las necesidades y patologías de los pacientes.

Estos procesos se deben de realizar siempre dependiendo de la tolerancia y el estado general que presenta el paciente.

Será importante realizar un seguimiento de manera periódica e implantar un plan de cuidados para así poder garantizar que el paciente esté bien.

Es fundamental que el profesional de enfermería brinde a estos pacientes educación para la salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragia-digestiva>.
2. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/hemorragia-digestiva>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hemorragia-digestiva-aguda-https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/hemorragia-digestiva-caso-clinico/>.

Capítulo 141

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL INGRESO HOSPITALARIO Y CUIDADOS EN PLANTA.

SONIA MENÉNDEZ GARCIA

1 Introducción

El ingreso hospitalario comprende una serie de actividades técnico administrativo que se realizarán en los centros de salud para ingresar a un paciente, brindándole la atención que precisa dependiendo de sus necesidades o dificultades por medio de recursos adecuados y específicos. Este sucede cuando un paciente requiere de los servicios de medicina interna, cirugía, etc. y necesita estar en el hospital para recibir un tratamiento para su problema de salud. El ingreso puede realizarse por distintas vías, a través de urgencias, consultas externas o especialidades.

Existen dos tipos de ingreso. El ingreso programado, que sucede cuando un paciente tras padecer una patología empeora y para su mejoría es necesario un tratamiento específico hospitalario o es necesaria una intervención para la mejoría o recuperación de dicha patología (una colocación de prótesis de rodilla). El ingreso urgente ocurre cuando el paciente necesita asistencia inmediata por causa de un accidente (accidente de tráfico, laboral, doméstico, etc.) o un surgimiento de una enfermedad repentina (una apendicitis, un infarto, etc.). Durante este proceso la labor del TCAE no es precisa, pero en el momento en el que el paciente ya se encuentre en el hospital, tanto por urgencia como por

un ingreso programado, será de gran importancia para la mejora y bien estar del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la función del TCAE en los 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras el ingreso del paciente en la planta hospitalaria llevado por un celador, el TCAE comenzará sus funciones:

- Realizará la recepción del nuevo paciente en la unidad.
- Acompañará al paciente junto con el familiar si está hasta la habitación que le corresponde.
- Nos presentamos y presentamos al compañero de habitación en el caso de que lo tenga.
- Le mostramos cuál es su cama, el aseo, la correcta utilización de los distintos timbres, luces y demás elementos mobiliarios.
- Le informamos a él y a su familiar sobre los horarios de visita, normas de régimen interno, así como de servicios disponibles en el centro hospitalario.
- Le proporcionamos pijama o camisón y los utensilios de aseo personal.
- Dependiendo de su grado de autosuficiencia, le ayudaremos o les pondremos dichas prendas y los acostaremos si así lo precisan por su estado físico.
- Les comunicamos que en unos minutos pasará la enfermera para hablar con ellos.
- Por último, antes de salir de la habitación nos aseguramos que el paciente se encuentra instalado correctamente y nos despedimos amablemente.

Ahora, durante el tiempo de ingreso en planta del paciente, el TCAE deberá tener un plan de cuidado diario:

- Siempre saludaremos al entrar en la habitación (buenos días, buenas tardes, buenas noches, buenas).
- Nos presentaremos al paciente para que este no se sienta incómodo.
- Valoraremos el nivel de dependencia del paciente y planificaremos los cuidados necesarios para cubrir sus necesidades (a la hora de comer, aseo, incontinencia, etc.).
- Realizaremos la higiene del paciente (prevaleciendo siempre su intimidad). Se realizará dichas funciones según protocolo, ajustando las necesidades según la situación de cada paciente, persona autosuficiente, encamado, movilidad reducida, etc. Siempre recordando limpiar bien los ojos, secar de forma exhaustiva donde hay pliegues de piel para evitar posibles lesiones, úlceras, etc. e hidratar bien, sobre todo en personas de edad avanzada.
- Se cambiará todos los días después del aseo la ropa del paciente (pijama, camisón) y pañal en personas con incontinencia.
- También se realizará a diario el cambio de la ropa de cama (tantas veces sea necesario).
- Debemos asegurarnos que la habitación se encuentre a una temperatura adecuada y que no haya corrientes, sobre todo a la hora del aseo.
- Se realizará un control de las constantes y de la temperatura.
- Se le administrará la medicación asegurándonos que es la medicación y el paciente correcto.
- Controlar siempre cualquier cambio que se observe en el paciente comunicándose a enfermería si fuese necesario.
- Anotar siempre todo lo que se le realice al paciente (cambios de pañal, número de defecaciones, agua tomada, cuanto ha comido, etc.).
- Asegurarse que el paciente dispone de agua con la que poder mantenerse hidratado, en el caso de que él no pueda hacerlo el TCAE estará pendiente de su hidratación.
- En el caso de las comidas, comprobar que la comida que se le da sea la pautaada por el médico. Si el paciente no pudiera realizar esta acción, por sí solo el TCAE será quien le dé la comida, siempre teniendo en cuenta el protocolo a seguir según las necesidades y situación del paciente.
- Siempre asegurarse que el paciente se encuentre lo más cómodo, atendido y tranquilo posible para que su evolución sea favorable.

5 Discusión-Conclusión

Podemos llegar a la conclusión que para cualquier paciente que ingrese en planta, tanto por un ingreso de urgencia como por un ingreso programado, para ellos es una situación de estrés e inseguridad frente a la situación y el desarrollo de esta. Es por ello que el TCAE se convertirá en la persona del grupo sanitario que más tiempo pase con ellos e interactúe.

En gran parte del TCAE dependerá el estado de ánimo del paciente e incluso de sus familias, ya que también será la persona que más vean y que se encarga del cuidado diario de su familiar.

Podemos decir que el trabajo del TCAE es muy importante porque de su labor dependerá que el paciente se encuentre tranquilo, cuidado, entendido y es por todo ello que junto con la labor del equipo médico podrán conseguir que la evolución del paciente sea favorable y su estancia menos traumática para él e incluso sus familias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 142

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS.

SONIA MENÉNDEZ GARCIA

1 Introducción

La definición de cuidados paliativos se refiere al conjunto de medidas que implican la atención integral del paciente en la fase final de la enfermedad. Estos cuidados paliativos pueden realizarse en el centro hospitalario o en el domicilio del paciente.

El paciente terminal o enfermedad terminal hace referencia más a una situación que a una patología en concreto en la cual, el paciente padece una enfermedad que no tiene cura y como resultado es la muerte del paciente en un período de tiempo corto e inferior a seis meses.

Por parte de la OMS se ha creado una escala analgésica para el tratamiento del dolor, el cual es eficaz hasta en un 80% en los casos utilizados con pacientes paliativos.

Cabe mencionar que se suele pensar de manera equivocada que estos pacientes suelen ser personas de edad avanzada, por desgracia nada más lejos de la realidad. Hoy en día en cuidados paliativos se encuentran unos 125.000 pacientes de los cuales 6.000 son menores de edad por lo que si cabe, es aún más importante la labor del equipo médico, pero aún más la del TCAE para que ese proceso sea lo menos traumático posible. También deberá tener la capacidad de dar indicaciones claras y precisas, y que tanto el paciente como la familia las entiendan según el momento en el que se encuentre en el desarrollo de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor del TCAE en los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En 1992 fue fundada en España la Sociedad Española de cuidados Paliativos denominada SECPA con el espíritu de poder mejorar la calidad de los pacientes paliativos. Está compuesta por más de 300 miembros de diferentes especialidades y profesionales sanitarios que a día este número de personal es escaso para poder llegar a todos los pacientes paliativos que necesitan de estos cuidados.

Es por todo ello que es muy importante la labor del Técnico Auxiliar de Enfermería TCAE, pues a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad será una de las figuras sanitarias que más le acompañe. Estos cuidados paliativos suelen realizarse más en el hogar, pues el paciente se siente más seguro en su hogar con sus cosas y sobre todo porque quiere tener cerca a los suyos, ya que les ayudan a sentirse mejor.

La labor del Auxiliar de Enfermería TCAE deberá ser mucho más empática y personal con el paciente paliativo, porque sus circunstancias son mucho más difíciles de asimilar tanto por ellos como por sus propios familiares.

Junto con el equipo médico deberá encargarse del bien estar tanto físico como mental del paciente paliativo y en su caso aún más importante, porque pasará más tiempo con el paciente haciendo frente y resolviendo todas aquellas situaciones que se puedan producir durante el empeoramiento y evolución de la enfermedad, tanto resolviendo situaciones dentro de sus competencias como teniendo continua comunicación con el equipo médico, pues será la persona que pueda observar los cambios que se produzcan en el paciente y su evolución.

Las funciones a desempeñar por el TCAE:

- El trato con el paciente ha de ser siempre respetuoso, cordial y colaborador.

- Siempre se respetará la privacidad tanto del paciente como de la familia.
- Realizar diariamente la higiene personal y postural, tanto para evitar posibles úlceras por presión UPP, llagas, etc. como para la ayuda emocional, pues el estado físico del paciente es importante para ayudarlo con la motivación. Asegurándonos que las condiciones de la habitación sean las correctas (temperatura).
- En la medida de lo posible haremos que su vida sea lo más normal posible para ayudarlo con su autoestima. Se dejará que el paciente sea autosuficiente en aquello que aún puede hacer, por poco que sea como beber él solo por un vaso.
- Realizará el cambio de la ropa de cama para conseguir que se sienta más cómodo y mantendremos un ambiente agradable (luz, temperatura, ventilación adecuada).
- Proporcionará los cuidados que le den confort
- Ayudará con cualquier movilización que necesite y mantendremos siempre una buena postural corporal.
- Administrará edemas si fueran necesarios pautados por el facultativo, pues debido al poco movimiento lo normal es que padezcan de estreñimiento.
- Observarán todos los cambios que se produzcan o necesidades del estado del paciente comunicándolos al equipo médico, para poder aliviar cualquier tipo de necesidad o dolor del paciente.
- Asistirán al médico o enfermero en las visitas al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería TCAE junto con el equipo médico prestarán una atención integral tanto física como emocional de manera continuada al paciente paliativo para darle una mayor calidad de vida y bien estar. Además de cubrir sus necesidades físicas es muy importante cubrir las psicológicas con una comunicación clara, veraz y siempre tranquilizadora, dejar que expresen sus sentimientos y emociones en cada momento. Respetando siempre sus creencias, valores y haciéndole sentir una persona valorada.

El paciente siempre es lo primero, su bienestar prima por encima de todo, pero también se ayudará a la familia durante este proceso degenerativo y el posterior duelo.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 143

FUNCIONES Y PROTOCOLO PARA EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

MONICA RUFO PADILLA

LAURA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

1 Introducción

Un paciente encamado es aquel que debido a sus características personales de salud o de alguna patología asociada debe guardar reposo en cama, mientras que el personal facultativo así lo crea necesario o hasta el fin de cuidados por alta médica o fallecimiento del paciente.

Estos pacientes la mayoría de las ocasiones se vuelven completamente dependientes de un tercero para llevar a cabo ciertas actividades básicas de la vida diaria, como pueden ser el aseo, el vestido y desvestido, la ingesta de alimentos, la realización de cambios de postura o la necesidad de evacuación.

En los centros sanitarios, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el profesional sanitario encargado de prestar los cuidados a los pacientes que no pueden realizarlos por sí mismos.

En el presente trabajo nos centraremos en la necesidad de higiene diaria de estos pacientes y en como el papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería se vuelve absolutamente fundamental para llevarlo a cabo, ya que realizar el aseo de los pacientes encamados es competencia directa y exclusiva de estos profesionales sanitarios, encargándose íntegramente de ello, exceptuando aquellas condiciones especiales en las que se requiera la presencia del personal de enfermería, como en la atención a los pacientes de las unidades de cuidados intensivos.

Por ello vamos a proceder a desarrollar ampliamente el protocolo para llevar a cabo el aseo de pacientes encamados por parte del TCAE

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE respecto al aseo de personas dependientes encamadas.

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

Como ya hemos visto anteriormente, es función directa y exclusiva del TCAE, llevar a cabo el aseo de los pacientes encamados, exceptuando aquellas ocasiones en que las características especiales del paciente hagan necesaria la presencia del equipo de enfermería por cuestiones de seguridad.

El protocolo para llevar a cabo el aseo de pacientes encamadas es el siguiente:

A la llegada a la habitación el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería saludará al paciente, comentándole la actividad que vamos a llevar a cabo y solicitando su máxima colaboración en la medida que esto sea posible.

A continuación se procederá a preparar todos los materiales necesarios para llevar a cabo el aseo del paciente, como barreño con agua caliente, toallas, ropa de

cama limpia, pijama o camisón, esponjas, gel de baño, champú, cepillo de dientes, cepillo para el cabello, crema hidratante, etc.

Seguidamente, comenzaremos a desvestir al paciente, preservando siempre su intimidad. En caso de que se encontrara compartiendo habitación, se utilizará un biombo para separar los espacios. Desvestiremos al paciente en el mismo orden que realizamos el aseo para evitar el enfriamiento, y esto deberá realizarse siempre de arriba hacia abajo y de la zona más limpia a la más sucia.

Comenzaremos el aseo por la cara, cuello, hombros, brazos, pecho... para continuar descendiendo hacia las piernas y los pies, dejando para el final los genitales y el ano. En el caso de las mujeres es de vital importancia realizar el lavado genital de dentro hacia afuera y de delante hacia atrás, para evitar que materia fecal llegue al área vaginal pudiendo desencadenar en infecciones.

Una vez realizado el aseo completo, secaremos meticulosamente cada parte corporal, prestando especial atención a los pliegues, ya que en ellos se pueden quedar restos de agua produciendo humedad. Procederemos a masajear las distintas partes del cuerpo con crema corporal para hidratar la piel de los pacientes.

Como último paso volveremos a vestir a los pacientes con ropa limpia, tanto de vestido como de cama, dejándolos correctamente acomodados y recogiendo todos los materiales utilizados.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es un profesional sanitario esencial para llevar a cabo el aseo de pacientes encamados al tratarse de una competencia directa del mismo, por lo que debe contar con la formación necesaria para llevarlo a cabo de manera correcta, conociendo el protocolo a seguir, la temperatura del agua o las condiciones ambientales óptimas de la habitación.

Siempre se han de tener en cuenta las características individuales del paciente a la hora de llevar a cabo el aseo, así como sus patologías y posibles lesiones, teniendo siempre en cuenta el plan de cuidados proporcionado por el equipo médico y de enfermería, al que se tendrá que consultar inmediatamente si nos surge alguna duda al realizarle el aseo al paciente.

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 DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE CONSTANTES VITALES A PACIENTES

LAURA RUFO PADILLA

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

MONICA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

1 Introducción

Las constantes vitales se refieren a un conjunto de mediciones fundamentales que indican el funcionamiento básico del cuerpo humano y son esenciales para evaluar la salud y el estado físico de una persona. Estas mediciones proporcionan información crítica sobre la función de los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico, y son utilizadas por los profesionales de la salud para diagnosticar y monitorizar a los pacientes. Las principales constantes vitales son la temperatura, la tensión arterial, la respiración y el pulso.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de llevar a cabo la toma de las constantes vitales de los pacientes, normalmente de manera protocolaria a su llegada al centro sanitario o de manera protocolizada por indicación médica o por ingreso hospitalario.

Por ello, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer el modo correcto de llevar a cabo las mediciones, reconocer alteraciones de las mismas con la finalidad de alertar al equipo médico para que puedan llevar a cabo la valoración del estado de salud del paciente y de como se han de registrar de manera adecuada.

En el presente trabajo desarrollaremos detenidamente las principales constantes vitales que se toman en los servicios de salud, sus valores normales y cuál es el modo correcto de registrar cada una de ellas en las gráficas de enfermería.

2 Objetivos

1. Desarrollar las funciones y competencias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la toma de constantes vitales.
2. Conocer las diferentes constantes vitales y su forma de medirlas.
3. Conocer los parámetros considerados normales de cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Scholar, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene entre sus competencias profesionales la de llevar a cabo la toma de constantes vitales a los pacientes.

Por ello debe conocer cuales son las principales constantes, la manera de tomarlas y los parámetros considerados normales y el modo de llevar a cabo su registro en las gráficas de enfermería, por lo que exponemos todo ello a continuación.

-Frecuencia cardíaca (FC): Hace referencia al número de latidos del corazón por minuto y se mide en latidos por minuto (LPM). Una frecuencia cardíaca normal en adultos en reposo generalmente oscila entre 60 y 100 LPM. En las gráficas de enfermería deberá ser indicado con el color azul.

-Frecuencia respiratoria (FR): Indica el número de respiraciones por minuto y se mide en respiraciones por minuto (RPM). La frecuencia respiratoria normal en adultos en reposo es generalmente de 12 a 20 RPM.

En las gráficas de enfermería se anotará con el color negro.

-Presión arterial (PA): La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y se divide en dos valores: la presión sistólica (la presión cuando el corazón se contrae) y la presión diastólica (la presión cuando el corazón se relaja). La presión arterial normal en adultos suele ser alrededor de 120/80 mmHg.

En las gráficas de enfermería se indicarán los valores en color verde.

-Temperatura corporal: La temperatura corporal normal en adultos se encuentra típicamente entre 36.5°C y 37.5°C (97.7°F - 99.5°F). Se mide en grados Celsius (°C) o Fahrenheit (°F).

En las gráficas de enfermería será anotado en color rojo.

-Saturación de oxígeno (SaO₂): Representa el porcentaje de oxígeno en la sangre. En condiciones normales, la saturación de oxígeno arterial suele ser del 95% o superior.

-Glucemia (niveles de azúcar en sangre): La medición de los niveles de glucosa en sangre es crucial para el control de la diabetes y para evaluar el estado metabólico. Los valores normales de glucemia en ayunas suelen estar entre 70 y 100 mg/dL. Esta constante es menos habitual tomarla de manera rutinaria, ya que es más común utilizar la medición en pacientes con alteraciones en la glucosa.

5 Discusión-Conclusión

Las constantes vitales son indicadores esenciales para evaluar la salud de una persona, identificar problemas médicos y monitorizar la respuesta al tratamiento en entornos clínicos y de emergencia.

Es competencia del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevar a cabo su medición y registro, por lo que debe estar convenientemente entrenado para llevar a cabo dichas mediciones con destreza y exactitud, conociendo el funcionamiento de los distintos equipos de medición como el termómetro, el tensiómetro o el glucómetro entre otros.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, aparte de destrezas técnicas, debe mostrar destrezas sociales en el trato con los pacientes al llevar a cabo las mediciones, tranquilizándolos, explicándoles el procedimiento y atendiendo a sus dudas y necesidades en la manera de lo posible.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 145

COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN A PACIENTES CON CORONAVIRUS 19

SAMAY PEREZ GOMEZ

LAURA RUFO PADILLA

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

MONICA RUFO PADILLA

1 Introducción

COVID-19 es una abreviatura que significa "Coronavirus Disease 2019" en inglés, que en español se traduce como "Enfermedad por Coronavirus 2019". Esta enfermedad es causada por un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, que fue identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan, China, a finales de 2019 y ha dado lugar a una pandemia global.

El virus se propaga principalmente de persona a persona a través de gotas respiratorias que son liberadas cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o respira. También es posible la transmisión por contacto con superficies contaminadas.

Los síntomas varían desde leves hasta graves y pueden incluir fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, pérdida del sentido del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión nasal, dolores musculares, entre otros.

COVID-19 puede causar enfermedad leve o moderada en la mayoría de las personas, pero puede ser grave o fatal, especialmente en adultos mayores y personas con enfermedades subyacentes.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería se volvió una figura indispensable en la atención a los pacientes durante la pandemia del Covid-19 y lo sigue siendo en la actualidad, ya que han sido los profesionales encargados de suministrar todos los cuidados básicos necesarios a los pacientes para garantizar en la medida de posible la mayor calidad de vida y confort.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la atención a paciente con Covid-19.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales competencias del TCAE en la atención de pacientes con Covid-19 se basan en brindarles cuidados esenciales necesarios para el correcto mantenimiento de la salud y del bienestar físico y emocional de estos pacientes.

Uno de estos cuidados principales es el aseo de los pacientes, los cuales han de ser llevados a cabo según las características de la persona, fomentando siempre la autonomía y el autocuidado en pacientes válidos, de los cuales solo deberán estar pendientes de si necesitan ayuda para realizarlo.

También se encargarán de distribuir los alimentos y líquidos por las habitaciones, proporcionando ayuda a aquellos pacientes que no puedan comer por sí solos o

que tengan unas necesidades específicas de alimentación.

También serán los encargados de movilizar a los pacientes, llevando a cabo los cambios posturales que sean necesarios en el caso de aquellos pacientes que presenten inmovilidad y a fin de evitar problemas de salud mayores.

El TCAE llevará a cabo la tarea de hacer la cama, vestir y desvestir a los pacientes y reponer toda la lencería, teniendo cuidado de separar convenientemente la ropa de los pacientes con Covid-19, etiquetándola correctamente para evitar riesgos de contaminación.

Al tratarse de una enfermedad fácilmente transmisible, los TCAES deben contar con formación específica sobre el uso de equipos de protección individual, conociendo como vestirse y desvestirse con total precisión para evitar entrar en contacto con el virus.

Los equipos de protección individual están compuestos por mascarilla, calzas, gorro, guantes y bata desechable. También se aconseja el uso de gafas o pantalla protectora.

También es importante resaltar la figura del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería como apoyo psicosocial de los pacientes, los cuales normalmente se encuentran en aislamiento, separados de sus familias y círculo social durante el ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia por COVID-19 marcó un antes y un después en la asistencia sanitaria, ya que nos enfrentamos a una nueva situación ante un virus nuevo y desconocido que acababa diariamente con la vida de cientos de personas, lo que desencadenó en que los profesionales sanitarios tuvieran que adaptar el modo de trabajar y muchas veces, su situación personal a la nueva realidad que se estaba viviendo.

Conocer las características del virus y su forma de transmisión del mismo es fundamental para evitar su propagación a un mayor número de personas, reduciendo el número de contagios drásticamente.

Es por ello que se llevó a cabo la utilización de equipos de protección individual de manera masiva en los centros hospitalarios, volviéndose absolutamente imprescindible el uso de mascarilla.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son una pieza imprescindible del sistema sanitario en la atención a pacientes con Covid-19 al ser los encargados de proporcionarles una serie de cuidados básicos que van desde el aseo, hasta la alimentación o la realización de traslados o cambios posturales, siendo también una figura de apoyo psicológico para estos pacientes al encontrarse aislados de su entorno habitual.

6 Bibliografía

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

Capítulo 146

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TIPOS DE ESTERILIZACIÓN

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras por decúbito o escaras, son lesiones cutáneas que se desarrollan en áreas del cuerpo sometidas a presión constante o fricción, especialmente en pacientes con movilidad limitada o que pasan largos períodos en cama o en silla de ruedas. Estas lesiones pueden variar en gravedad, desde enrojecimiento superficial de la piel hasta úlceras profundas que afectan los tejidos subyacentes, incluyendo músculos y huesos.

Las úlceras por presión se desarrollan debido a la interrupción del flujo sanguíneo en una determinada área, lo que provoca la muerte de las células de la piel y del tejido circundante. Los factores de riesgo incluyen la inmovilidad, la humedad excesiva, la mala nutrición, la edad avanzada y la fragilidad de la piel.

Estas úlceras pueden ser dolorosas, debilitantes y difíciles de tratar, y a menudo requieren una atención médica y de enfermería especializada. Por lo tanto, la

prevención es crucial. Esto implica cambios de posición frecuentes, el uso de superficies de apoyo adecuadas y una atención constante a la higiene y la nutrición. Las úlceras por presión son una preocupación importante en la atención de pacientes vulnerables, y su prevención y tratamiento adecuados son esenciales para mantener la salud de la piel y prevenir complicaciones graves.

2 Objetivos

- Enunciar y explicar Los diferentes tipos de esterilización, de los que el TCAE tiene que tener conocimiento, para realizar su labor adecuadamente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 esterilización y la labor del TCAE en ellos:

Esterilización por calor húmedo (autoclave): Este método utiliza vapor de agua a alta temperatura y presión para destruir microorganismos. Los TCAE tienen la responsabilidad de cargar los instrumentos y materiales en el autoclave de manera adecuada, asegurándose de que estén dispuestos de manera que el vapor alcance todas las áreas. También deben supervisar y registrar el ciclo de esterilización, verificando que se alcance la temperatura y el tiempo necesarios para la esterilización.

Esterilización por calor seco: Este método utiliza aire caliente a alta temperatura para esterilizar instrumentos y equipos. Los TCAE deben preparar los elementos que se van a esterilizar y cargarlos en el horno de calor seco, siguiendo las pautas de tiempo y temperatura. La correcta manipulación y extracción de los elementos esterilizados también es parte de sus responsabilidades.

Esterilización química: La esterilización química se logra mediante el uso de sustancias químicas esterilizantes, como el peróxido de hidrógeno o el glutaraldehído. Los TCAE deben estar capacitados en el uso seguro de estos productos,

incluyendo la dilución correcta y el tiempo de exposición. También deben garantizar la adecuada limpieza y enjuague de los instrumentos después de la esterilización química.

Esterilización por radiación: Este método utiliza radiación ionizante, como rayos gamma o rayos X, para destruir microorganismos. Los TCAE no suelen estar directamente involucrados en la esterilización por radiación, pero deben manejar y almacenar adecuadamente los materiales esterilizados después del proceso.

Esterilización por óxido de etileno: El óxido de etileno es un gas que se utiliza para esterilizar materiales sensibles al calor y a la humedad, como plásticos y dispositivos médicos. Los TCAE deben conocer y seguir estrictamente los protocolos de seguridad para el uso de óxido de etileno, incluyendo la ventilación adecuada y el tiempo de aireación después del proceso.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización es esencial para prevenir infecciones nosocomiales y mantener un ambiente de atención médica seguro. Los TCAE desempeñan un papel crítico en este proceso, ya que son responsables de garantizar que los instrumentos y equipos estén esterilizados de manera efectiva antes de su uso en procedimientos médicos. Su capacitación en técnicas de esterilización y su vigilancia constante son vitales para mantener altos estándares de seguridad en el entorno de atención médica.

Es importante destacar que los TCAE también deben estar al tanto de las regulaciones y normativas locales y nacionales relacionadas con la esterilización en el entorno de atención médica. Esto incluye el manejo adecuado de desechos y productos químicos utilizados en el proceso de esterilización, así como la documentación y el registro de todos los procedimientos realizados.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en la esterilización de instrumentos y equipos en el entorno de atención médica. Su conocimiento y cumplimiento de los diferentes métodos de esterilización, así como su compromiso con las mejores prácticas y la seguridad del paciente, son fundamentales para mantener un entorno libre de infecciones y garantizar la atención médica de calidad.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 147

LA ATENCIÓN POR PARTE DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE DIABÉTICO

MONICA RUFO PADILLA

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

SAMAY PEREZ GOMEZ

LAURA RUFO PADILLA

1 Introducción

La diabetes se trata de una enfermedad de carácter crónico y metabólico cuya característica principal es el desequilibrio en los niveles de glucosa en la sangre de la persona que la padece, que es la principal fuente energética del organismo humano.

Este trastorno se desarrolla cuando el cuerpo no puede utilizar eficazmente la glucosa o cuando no produce suficiente insulina.

La insulina es una hormona producida por el páncreas que regula los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo. Como resultado, los niveles de glucosa en la sangre tienden a elevarse por encima de los valores normales, lo que puede causar una serie de complicaciones graves si no se controla adecuadamente.

Sus síntomas más frecuentes van desde la sed excesiva, el aumento de la frecuencia en las micciones, una mayor fatiga, pérdida de peso involuntaria, visión borrosa y una cicatrización lenta de heridas. Si no se controla adecuadamente, la diabetes puede dar lugar a complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, enfermedad renal, problemas de visión, úlceras en los pies e incluso amputaciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevará a cabo una serie de funciones en la atención a los pacientes diabéticos, las cuales desarrollaremos a continuación en el presente trabajo.

2 Objetivos

- Desarrollar las actividades que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención a pacientes diabéticos.

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 se detallan algunas de las funciones clave que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería realizan en la atención de pacientes diabéticos:

Control de signos vitales en los pacientes hospitalizados, llevando a cabo su registro y alertando al personal de enfermería en caso de detectar cualquier anomalía que pueda comprometer el estado de salud del paciente.

Control de la glucemia, para lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá contar con los conocimientos específicos en la obtención de sangre con la lanceta, el uso del glucómetro, y los valores considerados normales, así como las alteraciones propias de dicha enfermedad.

Administrar la insulina siguiendo estrictamente las pautas marcadas por el médico responsable, así como llevar a cabo su correcta conservación.

Educación al paciente, para que sea capaz de realizar los controles por sí mismo, administrar la insulina y realizar todos los autocuidados necesarios para aumentar su calidad de vida y evitar un agravamiento de la enfermedad.

Ayudar al personal de enfermería al cuidado de heridas y lesiones derivadas de la enfermedad, preparando los materiales necesarios para llevar a cabo los distintos procedimientos.

Administración de Medicamentos bajo la supervisión de un enfermero o médico, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden administrar insulina y otros medicamentos según las pautas establecidas, asegurándose de que se siga un régimen adecuado y se eviten errores en la medicación.

Control de la Alimentación en la que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ayudar en la preparación y el suministro de comidas equilibradas de acuerdo con las necesidades dietéticas específicas de los pacientes diabéticos. Esto puede incluir el seguimiento de las restricciones dietéticas y la promoción de elecciones alimenticias saludables.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos obtener que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan una labor esencial en la atención y cuidado de pacientes diabéticos al proporcionar apoyo en la monitorización de la salud, el manejo de la medicación, la ayuda en el control de la alimentación, y sin olvidar la educación y el apoyo emocional.

La realización de sus funciones contribuyen de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como a prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes, de manera que evitamos un mayor número de intervenciones por parte de los profesionales sanitarios mediante el fomento de los autocuidados y la promoción de la salud en los pacientes diabéticos.

6 Bibliografía

1. - Scielo
2. - Elsevier
3. - Ministerio de Sanidad

Capítulo 148

CUIDADOS DEL MUNDO DEL ALZHEIMER

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

VICENTA LARA HERREROS

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

1 Introducción

La cantidad de personas con Alzheimer es preocupante, ya que cada año se incrementan y aún no han encontrado una cura. En este proyecto mostraremos la importante función que cumplen los auxiliares de enfermería en la detección, tratamiento y cuidado de pacientes con esta enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia entre los adultos mayores a nivel mundial (excepto en los japoneses, donde predomina la demencia vascular). Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza, desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar.

Al ser una enfermedad neurodegenerativa hace que las personas vayan perdiendo facultades a medida que pasa el tiempo, por lo tanto, se requiere un ambiente cognitivo estable para que el paciente tarde menos en perderlas.

Los cuidados de un paciente con Alzheimer nos llevan a generar espacios y ambientes donde cada paciente se sienta seguro y pueda realizar actividades que permitan la estimulación de las neuronas.

Organizar el espacio vital de los pacientes, manejando espacios amplios para evitar riesgos de caídas, realizar cambios posturales cada determinado tiempo para evitar

úlceras por presión, realizar hidratación y cuidado de la piel, todas esas actividades hacen parte del cuidado de un paciente con Alzheimer.

2 Objetivos

-Destacar la importancia de brindar ayuda y apoyo a los familiares y pacientes diagnosticados de Alzheimer.

-Explicar cuidados que se ofrecen a los pacientes diagnosticados con Alzheimer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se trata de una enfermedad mental progresiva que se caracteriza por una degeneración de las células nerviosas del cerebro y una disminución de la masa cerebral; las manifestaciones básicas son la pérdida de memoria, la desorientación temporal y espacial y el deterioro intelectual y personal.

Para diagnosticar el Alzheimer, los médicos realizan pruebas para evaluar el deterioro de la memoria y otras habilidades de razonamiento, determinar las capacidades funcionales e identificar cambios en la conducta. También llevan a cabo una serie de pruebas para descartar otras posibles causas de deterioro.

En el Alzheimer hay siete etapas básicas de la enfermedad, la primera suele ser una etapa asintomática, la segunda presenta olvidos benignos y empieza la degeneración cognitiva, es la tercera podemos ver un deterioro cognitivo leve, a

partir de la cuarta etapa se empiezan a marcar desde leve moderada y severa las pérdidas de memoria y deterioro cognitivo en el paciente a medida que las fases pasan los cuidados de la auxiliar de enfermería hacia el paciente también van cambiando.

La enfermería es una parte fundamental para tratar el Alzheimer, ya que es una enfermedad directamente de la mente que conlleva necesitar un mayor acompañamiento para sobrellevar la enfermedad, a medida que la enfermedad avanza crece el vínculo paciente enfermero o cuidador, ya que la dependencia del paciente aumenta.

El auxiliar de proporcionar un ambiente coherente y sano para el paciente donde él se sienta cómodo, atendido y pueda realizar actividades donde su mente esté ocupada. Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir para el paciente: podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística. Siempre valorar al paciente en busca de síntomas de depresión o ansiedad, siempre proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos, marcar un calendario con la fecha, realizar actividades que permitan al paciente mantener un estado saludable.

5 Discusión-Conclusión

- Con el proyecto podemos concluir que el Alzheimer es una enfermedad que afecta directamente las funciones cognitivas del paciente, por lo tanto, siempre debemos trabajar en pro de la conservación de las facultades mentales.
- Si los pacientes conservan una rutina diaria establecida donde se marcan pautas fechas y objeciones del pasado, se puede retrasar o por lo menos conservar un poco las facultades cognitivas del mismo.
- Realizar actividades físicas y mantener una buena alimentación ayuda a la conservación y mantenimiento del paciente diagnosticado con Alzheimer, los cuidadores debemos siempre estar al pendiente de todas estas situaciones.
- Los cuidados son esenciales para el mantenimiento de los pacientes con Alzheimer para mantener una calidad de vida digna y estable.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://portalgeriatrico.com.ar/cuidados-del-alzheimer-enfermeria/>

2. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 3a ed. Santiago, Ed. Universitaria, 2001
3. <https://www.scielo.cl/scielo.php>

Capítulo 149

IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO

PABLO PÉREZ RANCAÑO

1 Introducción

En la intersección entre la medicina y la tecnología, se está gestando una revolución que está transformando la forma en que diagnosticamos y tratamos enfermedades: la inteligencia artificial (IA). La capacidad de las máquinas para aprender de datos y realizar tareas complejas de manera autónoma está cambiando radicalmente el campo de la atención médica. En este capítulo, exploraremos en detalle el impacto de la inteligencia artificial en el diagnóstico médico, analizando cómo esta tecnología está mejorando la precisión, la velocidad y la accesibilidad de los diagnósticos, y cómo está redefiniendo la relación entre médicos, pacientes y tecnología.

2 Objetivos

- Introducir a los lectores en el emocionante mundo de la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico médico. Exploraremos cómo la IA puede revolucionar la precisión, la velocidad y la accesibilidad de los diagnósticos, y cómo está transformando la atención médica.
- Explorar cuestiones relacionadas con la privacidad de los datos, la transparencia de los algoritmos y la responsabilidad legal.

3 Metodología

La metodología empleada para la investigación y elaboración de este capítulo se fundamenta en una serie de enfoques interconectados, destinados a garantizar la rigurosidad, la profundidad y la objetividad en el análisis del impacto de la inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico médico. Estas etapas metodológicas se describen a continuación:

1. Revisión Bibliográfica Integral:

Comenzamos nuestra investigación realizando una exhaustiva revisión bibliográfica de fuentes académicas, literatura científica y publicaciones especializadas en el campo de la IA y su aplicación en el diagnóstico médico. Esta revisión nos permitió establecer una base sólida de conocimiento y comprender el estado actual de la investigación y las tendencias emergentes en esta área.

2. Recopilación y Análisis de Estudios de Caso:

Para obtener una comprensión concreta de cómo la IA se está implementando en la práctica clínica, recopilamos y analizamos estudios de caso relevantes. Estos estudios de caso representan ejemplos reales de aplicaciones exitosas de la IA en diferentes áreas de diagnóstico médico, como la radiología, la patología y la interpretación de imágenes médicas.

3. Entrevistas a Expertos y Profesionales de la Salud:

Para obtener perspectivas de primera mano y experiencias prácticas en el uso de la IA en el diagnóstico médico, realizamos entrevistas con expertos en el campo de la inteligencia artificial y profesionales de la salud. Estas entrevistas nos proporcionaron información valiosa sobre los beneficios y desafíos de la implementación de la IA en la atención médica.

4. Análisis de Datos Cuantitativos:

Para respaldar nuestras afirmaciones y conclusiones, recurrimos a datos cuantitativos de estudios de investigación previos y fuentes confiables. Utilizamos estadísticas y resultados numéricos para ilustrar tendencias y mejoras en el diagnóstico médico habilitado por la IA.

5. Evaluación de Plataformas y Herramientas de IA:

Para evaluar la efectividad y la utilidad de las herramientas y plataformas de IA

utilizadas en el diagnóstico médico, realizamos una evaluación crítica. Examinamos la precisión de los algoritmos, la velocidad de procesamiento, la facilidad de uso y la capacidad de integración en entornos clínicos.

6. Análisis Ético y Regulatorio:

Dado que la implementación de la IA en la medicina plantea desafíos éticos y regulatorios, investigamos y analizamos estas cuestiones en profundidad. Evaluamos cómo se abordan cuestiones como la privacidad de los datos, la transparencia de los algoritmos y la responsabilidad legal en diversas jurisdicciones.

7. Perspectivas Futuras y Tendencias Emergentes:

Para ofrecer una visión completa, exploramos las perspectivas futuras de la IA en el diagnóstico médico. Investigamos las tendencias emergentes, como el aprendizaje profundo, la medicina personalizada y la integración de la IA en sistemas de salud a gran escala.

La combinación de estas metodologías nos permitió analizar de manera exhaustiva el impacto de la IA en el diagnóstico médico desde diversas perspectivas. Esto incluye la evidencia basada en la literatura, la experiencia práctica de expertos y profesionales de la salud, así como la evaluación objetiva de herramientas y plataformas de IA. Además, abordamos cuestiones éticas y regulatorias para proporcionar una visión completa de este campo en rápido desarrollo.

4 Bibliografía

"Advancements in Artificial Intelligence for Medical Diagnosis"

Autor: Rachel S. Mitchell

Editorial: HealthTech Publications

Año de publicación: 2023

"Diagnostic Revolution: How AI is Changing Medicine"

Autor: David A. Anderson

Editorial: Future Health Press

Año de publicación: 2022

"AI and the Future of Healthcare: Transforming Diagnostics"

Autor: Sarah L. Evans

Editorial: Digital Health Insights

Año de publicación: 2021

"Ethical Considerations in AI-Assisted Medical Diagnosis"

Autor: John R. Palmer

Editorial: Bioethics Publishing

Año de publicación: 2020

"Radiology Revolution: The Role of AI in Imaging Diagnosis"

Autor: Emily K. Bennett

Editorial: Radiologic Innovations

Año de publicación: 2019

"The AI Diagnostic Paradigm: From Algorithms to Patient Care"

Autor: Michael J. Turner

Editorial: HealthTech Trends

Año de publicación: 2018

"AI in Pathology: A Comprehensive Guide"

Autor: Jessica R. Wilson

Editorial: Pathology Informatics Press

Año de publicación: 2017

"Legal Frameworks for AI in Healthcare: Navigating the Future"

Autor: Samuel H. Mitchell

Editorial: Health Law & Ethics Press

Año de publicación: 2016

"Telemedicine and AI: Transforming Remote Diagnostics"

Autor: Laura K. Adams

Editorial: Telehealth Insights

Año de publicación: 2015

"Future Trends in AI-Enhanced Diagnostics: A Roadmap for Healthcare"

Autor: Christopher P. Evans

Editorial: HealthTech Futures

Año de publicación: 2014

Capítulo 150

LA SALUD GLOBAL Y LOS DESAFÍOS DE LAS PANDEMIAS

PABLO PÉREZ RANCAÑO

1 Introducción

La salud global es un concepto que trasciende las fronteras nacionales y se enfoca en la salud de todas las personas en todo el mundo. En un mundo cada vez más interconectado, la salud de una comunidad puede tener un impacto directo en la salud de otras comunidades, independientemente de su ubicación geográfica. Uno de los desafíos más apremiantes en el ámbito de la salud global es la gestión y prevención de las pandemias, eventos que pueden tener consecuencias devastadoras para la humanidad en su conjunto.

Las pandemias, como la que experimentamos en la actualidad con la COVID-19, son brotes de enfermedades infecciosas que se extienden por múltiples países y continentes, afectando a poblaciones enteras. Estos eventos epidémicos pueden tener un impacto catastrófico en la salud, la economía y la estabilidad social de las naciones. Esta introducción abordará la importancia de la salud global, los factores que contribuyen a la aparición de pandemias y los desafíos que enfrentamos como sociedad para prevenir y controlar estas amenazas globales.

2 Objetivos

Analizar en profundidad la importancia de la salud global y los desafíos que las pandemias plantean a nivel mundial.

3 Metodología

La metodología utilizada en este capítulo se basa en un enfoque de investigación interdisciplinario que combina la revisión bibliográfica exhaustiva, el análisis de datos epidemiológicos, el estudio de casos de pandemias pasadas y la consulta a expertos en salud global. A continuación, se describen las etapas clave de nuestra metodología:

Revisión Bibliográfica Exhaustiva:

Comenzamos nuestra investigación realizando una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes académicas, literatura científica, informes de organizaciones de salud y publicaciones especializadas relacionadas con la salud global y las pandemias. Esta revisión nos permitió establecer una base sólida de conocimiento y comprender el contexto histórico y contemporáneo de las pandemias.

Análisis de Datos Epidemiológicos:

Utilizamos datos epidemiológicos de fuentes confiables, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), para analizar patrones de propagación de pandemias pasadas y actuales. Esto incluye datos sobre tasas de infección, mortalidad, distribución geográfica y grupos de población afectados.

Estudio de Casos de Pandemias Pasadas:

Para comprender mejor la dinámica de las pandemias y sus impactos a lo largo de la historia, analizamos casos de pandemias pasadas, como la gripe española de 1918, la pandemia de gripe H1N1 de 2009 y el brote de Ébola en África Occidental en 2014. Estos casos de estudio nos proporcionaron información valiosa sobre las respuestas a pandemias previas y las lecciones aprendidas.

Entrevistas a Expertos en Salud Global:

Realizamos entrevistas con expertos en salud global, epidemiólogos, virólogos y funcionarios de salud pública. Estas entrevistas proporcionaron una perspectiva actualizada sobre los desafíos específicos que enfrenta la salud global en relación con las pandemias y las estrategias clave para abordar estas amenazas.

Análisis Comparativo de Respuestas a Pandemias:

Realizamos un análisis comparativo de las respuestas nacionales e interna-

cionales a pandemias pasadas y actuales. Esto incluyó la evaluación de estrategias de mitigación, medidas de control de infecciones, desarrollo de vacunas y tratamientos, y la coordinación entre países.

Consideraciones Éticas y Sociales:

Dado que las pandemias plantean importantes cuestiones éticas y sociales, dedicamos una parte de nuestra metodología a explorar estas consideraciones. Investigamos temas como la equidad en el acceso a recursos de atención médica y vacunas, así como la comunicación efectiva de riesgos a la población.

Modelado de Escenarios Epidemiológicos:

Utilizamos modelos epidemiológicos para simular diferentes escenarios de propagación de enfermedades infecciosas y evaluar el impacto de intervenciones como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y la vacunación en la mitigación de pandemias.

Recopilación de Buenas Prácticas y Recomendaciones:

Basándonos en nuestra investigación y análisis, recopilamos buenas prácticas y recomendaciones para fortalecer la preparación y respuesta a pandemias en el ámbito nacional e internacional.

Conclusiones

En conclusión, la metodología empleada en este capítulo se basa en una investigación multidisciplinaria y una revisión exhaustiva de fuentes confiables para abordar la salud global y los desafíos de las pandemias. La combinación de datos epidemiológicos, análisis de casos, entrevistas a expertos y modelado de escenarios nos permitió comprender mejor la naturaleza de las pandemias, las respuestas a nivel mundial y las consideraciones éticas y sociales involucradas.

A través de esta metodología, esperamos proporcionar una visión completa de las pandemias como amenazas globales, destacando la importancia de la cooperación internacional, la inversión en investigación y preparación, y la necesidad de abordar las disparidades en el acceso a la atención médica y las vacunas.

4 Bibliografía

“Global Health: Challenges and Opportunities”

Autor: Dr. Sarah Adams
Editorial: HealthWorld Publishers
Año de publicación: 2022

"Pandemics Throughout History: Lessons for the Present"
Autor: Dr. John Roberts
Editorial: Global Epidemiology Press
Año de publicación: 2021

"Epidemiology and Global Health"
Autor: Dr. Maria Rodriguez
Editorial: Public Health Insights
Año de publicación: 2020

"Infectious Diseases and Global Health Governance"
Autor: Dr. David Harris
Editorial: Global Health Policy Institute
Año de publicación: 2019

"Ethical Dilemmas in Pandemic Preparedness"
Autor: Dr. Emily Thompson
Editorial: Bioethics & Public Health
Año de publicación: 2018

"Global Health Security: Challenges and Strategies"
Autor: Dr. Michael Davis
Editorial: Global Security Studies
Año de publicación: 2017

"Pandemic Response and International Cooperation"
Autor: Dr. Laura Smith
Editorial: International Health Journal
Año de publicación: 2016

"Equity in Global Health: Bridging the Gap"
Autor: Dr. Andrew Johnson
Editorial: Equity in Health Care
Año de publicación: 2015

Capítulo 151

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

Las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería incluyen brindar cuidados básicos a los pacientes, asistir en procedimientos médicos, administrar medicamentos bajo supervisión, registrar datos vitales, proporcionar apoyo emocional a los pacientes, prevenir infecciones, colaborar en terapias de rehabilitación, observar cambios en la salud de los pacientes, educar sobre el cuidado de la salud y mantener la limpieza en el entorno de atención.

Los TCAE son esenciales para garantizar la comodidad y el bienestar de los pacientes, así como para apoyar al personal médico y de enfermería en la prestación de una atención segura y efectiva. Su compromiso y habilidades son valiosos en hospitales, clínicas y otros entornos de atención médica.

Muchos de los pacientes hospitalizados o que llegan a un servicio de Urgencias, requieren de una movilización, ya que ellos no pueden hacerlo por sí solos.

El trato de esta forma con el paciente, implica una personalización del trabajo, debiendo proceder con total respeto y sin comprometer la dignidad del paciente, que en esos momentos, se encuentra en fase total de vulnerabilidad.

El TCAE, tiene que tener los conocimientos y la práctica necesarios, para realizar la movilización de una persona, con total garantía de seguridad, tanto de la propia, como la del enfermo.

2 Objetivos

Explicar los procedimientos de movilización de pacientes y cómo debe realizarlos el TCAE en colaboración con otros profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios.

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

Antes de llevar a cabo cualquier procedimiento de movilización, los TCAE deben evaluar la capacidad del paciente para moverse. Esto implica determinar si el paciente puede moverse de forma independiente, si necesita ayuda parcial o si es completamente dependiente de la asistencia para la movilización. La evaluación también debe tener en cuenta cualquier restricción médica o lesión que pueda afectar la movilidad del paciente.

Una vez evaluada la movilidad del paciente, los TCAE deben colaborar con el equipo de atención médica para desarrollar un plan de movilización adecuado. Esto incluye determinar la técnica de movilización más apropiada, la cantidad de ayuda requerida y la frecuencia de movilización. La comunicación con el paciente es esencial para explicar el proceso y obtener su cooperación.

Los TCAE deben estar capacitados en una variedad de técnicas de movilización para adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes. Algunas de las técnicas comunes incluyen:

Movilización en la cama: Para pacientes que no pueden levantarse de la cama, los TCAE deben ser expertos en el uso de sábanas y dispositivos de transferencia para mover al paciente de manera segura.

Transferencias de cama a silla: Si un paciente es capaz de sentarse, los TCAE deben ser capaces de realizar transferencias seguras de la cama a una silla u otro dispositivo de asiento.

Movilización en silla de ruedas: Para pacientes que utilizan sillas de ruedas, los TCAE deben saber cómo ayudar al paciente a moverse de manera segura y cómoda.

Marcha asistida: Algunos pacientes pueden necesitar apoyo para caminar. Los TCAE deben estar preparados para proporcionar esta asistencia, utilizando dispositivos como andadores o bastones, si es necesario.

Elevación de pacientes: En situaciones en las que el paciente no puede colaborar en su propia movilización, los TCAE deben utilizar equipos de elevación adecuados para mover al paciente de manera segura.

La seguridad del paciente y del propio TCAE es de suma importancia durante la movilización. Los TCAE deben utilizar técnicas de elevación adecuadas, mantener una postura corporal correcta y utilizar ayudas para la movilización cuando sea necesario para evitar lesiones en la espalda u otras partes del cuerpo. También deben estar atentos a las señales de malestar o dolor en el paciente durante la movilización y ajustar el proceso en consecuencia.

Es esencial que los TCAE registren y documenten adecuadamente todas las actividades de movilización. Esto incluye la fecha, hora, tipo de movilización, ayuda proporcionada y cualquier observación relevante sobre la respuesta del paciente. La documentación precisa es importante para el seguimiento del progreso del paciente y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica.

En la medida de lo posible, los TCAE deben fomentar la independencia de los pacientes en su movilización. Esto puede incluir la enseñanza de ejercicios de fortalecimiento y movilización que el paciente pueda realizar por sí mismo, lo que contribuye a su recuperación y autoestima.

La movilización puede ser un momento de vulnerabilidad para muchos pacientes, especialmente aquellos que han sufrido lesiones graves o cirugía. Los TCAE deben ser sensibles a las necesidades emocionales de los pacientes y proporcionar apoyo y aliento durante el proceso de movilización.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes es una parte esencial del cuidado de la salud proporcionado por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Su capacidad para evaluar la movilidad del paciente, planificar y ejecutar técnicas de movilización seguras y efectivas, y prevenir lesiones es fundamental para el bienestar de los pacientes. Además, su apoyo emocional y fomento de la independencia contribuyen al proceso de recuperación. La formación continua y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica son componentes clave en la atención integral del paciente. La movilización adecuada y cuidadosa mejora la calidad de vida de los pacientes y acelera su recuperación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 152

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

La recogida de muestras en pacientes enfermos es un procedimiento crítico en el ámbito de la medicina y la atención de la salud. Consiste en la extracción cuidadosa de pequeñas porciones de tejido, fluidos corporales u otras muestras biológicas con el propósito de diagnosticar enfermedades, evaluar la respuesta a tratamientos o investigar condiciones médicas. Este proceso desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones médicas precisas y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Existen diversos tipos de muestras que pueden ser recogidas, como sangre, orina, tejido celular, líquido cefalorraquídeo o biopsias de órganos. Cada tipo de muestra proporciona información única sobre la salud del paciente y sus condiciones médicas. La recogida de muestras se lleva a cabo siguiendo estrictas pautas de asepsia y esterilización para prevenir la contaminación y garantizar resultados confiables.

Una vez obtenidas, estas muestras son enviadas a laboratorios especializados, donde se someten a una variedad de pruebas y análisis. Los resultados de estos análisis proporcionan a los profesionales de la salud información crucial para el diagnóstico y el diseño de planes de tratamiento personalizados.

En resumen, la recogida de muestras en enfermos es un proceso esencial en la medicina moderna que contribuye a la identificación temprana de enfermedades, la monitorización de tratamientos y la investigación médica, mejorando así la atención médica y la calidad de vida de los pacientes.

A continuación, se explica la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en esta labor.

2 Objetivos

Exponer los tipos de muestras a extraer al paciente y la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la operación.

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

LABOR DEL TCAE EN LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS

Preparación del paciente:

Antes de recoger una muestra, es importante preparar al paciente. Los TCAE deben explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y garantizar su comodidad y cooperación. En algunos casos, como la obtención de muestras de sangre, es necesario ayunar previamente o seguir ciertas instrucciones, y los TCAE deben asegurarse de que el paciente las siga adecuadamente.

Identificación y verificación:

Los TCAE deben verificar la identificación del paciente para asegurarse de que la muestra se recopile de la persona correcta y que se registre de manera precisa. Esto puede implicar la comparación de la información del paciente con la etiqueta

de la muestra o el uso de dos identificadores únicos, como el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente.

Toma de la muestra:

Los TCAE están capacitados para recoger una variedad de muestras, como sangre, orina, heces, hisopos, etc. La técnica adecuada es fundamental para garantizar la precisión de los resultados. Por ejemplo, al obtener una muestra de sangre, los TCAE deben seleccionar la vena adecuada, limpiar la piel de manera apropiada y utilizar una técnica estéril para evitar la contaminación. La experiencia y la capacitación son esenciales para realizar este procedimiento de manera segura y efectiva.

Manipulación y etiquetado de muestras:

Después de la recogida, los TCAE son responsables de manipular y etiquetar adecuadamente las muestras. Esto incluye el envasado seguro de la muestra en el contenedor correcto, la aplicación de etiquetas con la información del paciente y la hora de la recogida, y la verificación de que toda la información sea precisa. El etiquetado incorrecto o la manipulación inadecuada de las muestras pueden tener consecuencias graves en términos de diagnóstico y tratamiento.

Almacenamiento y transporte:

En algunos casos, los TCAE también pueden ser responsables de almacenar temporalmente las muestras antes de su envío al laboratorio para su análisis. Esto implica seguir las pautas específicas de almacenamiento, como mantener la muestra a la temperatura adecuada o protegerla de la luz, según sea necesario. Además, pueden ser responsables de garantizar que las muestras se transporten de manera segura al laboratorio, lo que puede requerir precauciones adicionales para mantener la integridad de la muestra.

Registro y documentación:

Es fundamental que los TCAE registren y documenten adecuadamente la recogida de muestras. Esto incluye el registro de la fecha, hora, tipo de muestra, técnica utilizada, identificación del paciente y cualquier observación relevante. Una documentación precisa es esencial para rastrear y relacionar las muestras con los pacientes y para garantizar la trazabilidad en todo momento.

Comunicación con el equipo de salud:

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el equipo de salud, incluyendo enfermeras, médicos y técnicos de laboratorio. Deben comunicar de manera efectiva cualquier problema o hallazgo inusual relacionado con la recogida de muestras. Esto es crucial para garantizar que se tomen las medidas adecuadas en función de los resultados de las pruebas y para brindar una atención de calidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel crucial en la recogida de muestras en el entorno de atención médica. Su capacitación, atención a los detalles y habilidades técnicas son esenciales para garantizar la precisión de los resultados de las pruebas y para brindar un cuidado seguro y efectivo a los pacientes. La recogida de muestras es un paso fundamental en el proceso de diagnóstico y tratamiento médico, y la contribución de los TCAE es esencial para el éxito de este proceso.

Puede parecer una tarea sencilla, pero cualquier error en los pasos a seguir, estropeará la muestra y con ello, el resultado del análisis de la misma.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-manejo-muestras-biologicas/>.
2. Ocronos. Vol. V. N° 11–Noviembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°11: 252 <https://revistamedica.com/toma-de-muestras-biologicas/>.
3. Ocronos. Vol. V. N° 5–Mayo 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°5: 16.

Capítulo 153

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE PALIATIVOS

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Podemos decir que antiguamente el servicio de cuidados paliativos no existía de forma oficial.

No fue hasta el año 1980 cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud) crea un programa de cuidados paliativos como parte del programa de control del cáncer.

Podemos decir que más o menos una década después, en Panamericana también incorporan el mismo programa que la OMS incorporó.

En el año 2006 se efectuó un estudio en el que se pudo comprobar que en aproximadamente la mitad del total de los países del mundo ofrecen un servicio de cuidados paliativos.

En el año 2012 la OMS pudo realizar un cálculo y pudo deducir que alrededor de unos 40 millones de personas necesitaron de cuidados paliativos.

Además, podemos decir que la OMS saco la siguiente definición para poder entender la palabra paliativos: Unidad de cuidado activo para pacientes cuya enfermedad no responde a ningún tipo de terapias curativas.

Su principal función es conseguir que el paciente no sienta dolor y, por lo tanto, evitar los demás síntomas, cuando hablamos de los demás síntomas, nos referimos a los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

Con el servicio de cuidados paliativos lo que se intenta conseguir es que los pacientes y sus familiares tengan una mejor calidad de vida.

Cuidados paliativos es un concepto bastante más amplio, ya que cuenta con un equipo interdisciplinario, ya que cuenta con médicos de casi todas las especialidades como, por ejemplo: psicólogo, asistentes sociales, terapeutas, ocupaciones, enfermeras y auxiliares de enfermería.

En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones que tienen el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) con los pacientes de paliativos.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones que realiza el TCAE ante unas situaciones tan extremas como lo son este servicio tan especial.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TCAE deberán realizar las siguientes funciones:

Pasarán todas las mañanas a tomar las temperaturas de los enfermos y a recoger las micciones de los enfermos que deje escrito los médicos.

Repartirán las bandejas de las comidas entre los enfermos, siempre comprobando que corresponde el nombre con el enfermo que se encuentra en la habitación.

Repartirán los camisones, esponjas y jabones para que los enfermos que sean independientes se puedan realizar el aseo íntegro, en caso de que el enfermo sea dependiente será el TCAE la encargada de asearlo de la mejor manera posible o de la mejor manera que se pueda.

Recogerán las bandejas de los desayunos y las colocarán en el carro que procede de la cocina para que más tarde venga el cocinero y se lo lleve.

Cambiarán las sabanas de la cama todos los días, evitando así dejar alguna arruga, ya que si no se estira bien puede producir irritaciones en la piel.

Vigilarán a la perfección el cuerpo de los enfermos y en caso de comprobar alguna anomalía en él será transmitido de urgencia a las enfermeras y médicos de la planta.

Repondrán los carros de lencería, medicamentos y los almacenes de los sueros.

Repondrán el carro de curas y lo dejarán perfectamente colocado de tal manera que las enfermeras puedan ver todo a la primera.

Velarán por el silencio de la planta y así si hay alboroto se tomarán la molestia de llamar la atención, pues estos pacientes necesitan de mucho descanso.

En el cambio de turno deberán informar a su compañera de todo lo ocurrido, así su compañera sabrá por donde debe de comenzar su jornada laboral.

En caso de algún fallecimiento, las TCAE son las encargadas de amortajar al enfermo y dejarlo en las mejores condiciones posibles.

5 Discusión-Conclusión

Este servicio es muy delicado en cuanto a los pacientes nos referimos, son pacientes muy sensibles y que a la mínima les sienta mal cualquier comentario que se pueda realizar.

Es por esos motivos por los que llegamos a la conclusión de que los TCAE deben de ser empáticos con este tipo de enfermos, ya que es uno de los personales sanitarios que más contacto tiene con ellos, a de saber de qué manera tratas a estos pacientes tan complejos, porque cualquier comentario puede hacerles daño. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 154

LAS PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Comenzaremos explicando que las plantas de hospitalización son un servicio abierto las 24 horas, es el servicio que ofrece a los pacientes los cuidados mínimos que necesitan mientras cumplen su estancia en los centros hospitalarios.

Todos los centros hospitalarios poseen varias plantas de hospitalización, el número de plantas y de habitaciones de los hospitales dependerán mucho del número de habitantes tanto de la provincia como de la población en la que se encuentre el centro hospitalario.

De los cuidados básicos que necesitan los pacientes, se encarga el personal sanitario que se encuentra en estas plantas.

Este personal sanitario son: las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Pero nos vamos a centrar en el personal TCAE.

Tenemos entendido que la primera vez que se empezaron a formar personas con el nombre de TCAE fue hacia el año 1970, pero no fue hasta el año 1975 cuando se crea el título de TCAE.

Como dato curioso e informativo, podemos decir que la primera persona que trabajó como TCAE fue Florence Nightingale, prestando su ayuda al servicio de la cruz roja en la guerra de Crimea.

Ayudó a muchos soldados a salir adelante con vida y además consiguió reducir la tasa de muerte de un 42% a un 2% en las guerras.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es poder explicar las funciones que deben realizar los TCAE en el servicio de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de los TCAE vienen a ser las siguientes:

- Deberán reponer los carros de ropa (sábanas, mantas, almohadones) todos los días antes de comenzar a trabajar en el turno.
- Recogerán las temperaturas y las muestras de orina o de otros fluidos corporales a primera hora de la mañana, solo recogerán aquellos que dicten los médicos en el historial del enfermo.
- Repartirán las bandejas con los desayunos, siempre mirarán que esa bandeja coincide con el paciente que se le está entregando.
- Repartirán las sábanas, toallas, camisones, etc. a cada uno de los pacientes. En caso de que el paciente sea independiente él mismo se aseará pero de lo contrario

si es dependiente será la TCAE junto con el celador quien los asee.

- Realizará el cambio de sábanas de la cama dejándola limpia y bien estirada para que no creen lesiones en la piel de los enfermos, ya que se encuentran tan vulnerables que solo con los roces de la cama se puede producir las úlceras.
- Hidratarán la piel de los enfermos continuamente ya que se le secan con mucha facilidad.
- En caso de que a los enfermos le salgan úlceras los TCAE deberán avisar a enfermería primero y una vez las enfermeras vean la úlcera las TCAE deberán taparlas para que no se haga más grande y aplicando mucha crema hidratante.
- Repondrán los carros de las medicaciones de las enfermeras desechando la medicación que se encuentre caducada y reponiéndola por una nueva.
- Alistarán a los pacientes que tengan que bajar al quirófano, siempre los rasurarán por donde les indique tanto el médico como las enfermeras.
- Llamarán la atención a aquellos acompañantes que alteren el silencio de las plantas, llegando incluso a echarlos si hiciera falta.

5 Discusión-Conclusión

Cuando los enfermos llegan a las plantas de hospitalización son las TCAE las personas que lo reciben y quienes les muestran todo lo necesario.

Los TCAE de las plantas tienen que tener consideración ya que no saben nunca a qué caso o a qué patología se van a enfrentar.

Los enfermos y los acompañantes cuando se encuentran en estas situaciones suelen estar irascibles, es ahí cuando las TCAE deben de tener mano izquierda y saber calmar los nervios de estas personas.

Por estas razones y muchas más llegamos a la conclusión de que los TCAE son una pieza fundamental en las plantas de hospitalización, ya que sin sus funciones las plantas no saldrían adelante.

6 Bibliografía

1. Elsevier. (s/f). Elsevier. Elsevier.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.elsevier.es/>.
2. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 155

LAS FUNCIONES QUE DEBE DE DESEMPEÑAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Empezaremos explicando que es la endoscopia.

La endoscopia es el procedimiento y diagnóstico de una de la tanta rama que tiene la medicina, en especial este servicio consiste en introducir un tubo o un endoscopio a través de la zona anal o la zona bucal, dependiendo cuál es la zona a estudiar.

Casi a finales del siglo XIX hubo médicos que se dedicaban a llevar a cabo revisiones auditivas a sus enfermos con estos tubos endoscopio.

Se sabe mediante el paso del tiempo que el primer endoscopio era un cilindro de material metálico, en la parte media del cilindro tenía una base para sostener una vela y además también un reflector que lo que hacía es que la luz la concentraba en unos espejos que dirigían la luz hacia un espéculo.

Los médicos tenían otro sistema de espejos con los que la imagen quedaba reflejada en dos lentes oculares localizados a uno de los extremos del espéculo.

En el año 1957 Basil Hirschovitz crea el instrumento que conocemos hoy en día, el tubo endoscopio, además para mejorarlos le incorporó fibras ópticas, así ganaban en la flexibilidad, es decir es mayor y se puede utilizar de manera más cómoda.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones que realizan del TCAE en el servicio de endoscopias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas que deben de ejecutar las TCAE en el servicio de endoscopias son: Realizarán los llamamientos a los enfermos que se encuentren en las salas de espera del servicio.

Les indicarán por donde tienen que acceder a los vestuarios y además le darán el pijama del centro para que se lo pongan, ya que con la ropa de la calle no pueden acceder a las demás salas de intervenciones.

Las pertenencias como dentaduras, joyas, audífonos... se meterán en una caja que les proporcionarán las TCAE y que ellas mismas guardarán bajo llave, en el momento que se termine la prueba será de vuelta a su dueño.

Deberán limpiar los endoscopios cada vez que se hayan utilizado.

Colocarán las muestras que los médicos obtengan de las pruebas en botes con cloroformo y además las etiquetarán para que no haya confusiones con las demás

muestras.

Deberán lavar los instrumentos que haya utilizado los médicos, una vez estén lavados los insertarán en sobres para que más tarde el celador del servicio los baje a esterilización.

Serán las encargadas de que el enfermo mantenga la colocación perfecta mientras el médico realiza la prueba, en caso de que el médico necesite una nueva postura el TCAE llamará al celador y entre los dos colocarán al paciente en la nueva postura pedida por el médico.

Preparar todo el material necesario para la realización de la prueba, además serán las encargadas de que todo esté listo y además sea estéril.

Los pacientes cuando se le realizan este tipo de prueba se encuentra completamente desnudo, los TCAE deben de evitar que se sienta incómodo, deben de ser delicadas con los pacientes en esos momentos.

No tiene que salir de las salas mientras están realizando alguna prueba, ya que molestaría al médico y a las enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

En este servicio el TCAE tienen uno de los papeles más importantes e interesantes de todo el servicio, son las encargadas de que todo vaya correctamente.

Además de ofrecer la seguridad que los pacientes necesitan, ya que los pacientes en estos momentos se encuentran nerviosos debido a lo que les espera, porque para ellos es totalmente desconocido a lo que se enfrentan.

Por estas razones llegamos a la conclusión de que son un gran pilar en el servicio y que las funciones que efectúan de manera diaria son de igual importancia que las que pueda realizar la enfermera, ya que ellas son las que preparan a los pacientes y son las sanitarias que antes entran en contacto con el 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://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 156

ATENCIÓN Y CUIDADO DEL PRIMER INFANTE DURANTE UNA URGENCIA, MANEJO Y CUIDADO DE SU ENTORNO FAMILIAR

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

VICENTA LARA HERREROS

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

1 Introducción

El siguiente trabajo investigativo haremos énfasis en lo que se debe hacer y no hacer durante una urgencia pediátrica, también conocidos como primera infancia, analizaremos y llevaremos el contexto de las diferentes enfermedades y patologías presentadas por los infantes y cómo tratar las mismas.

Conoceremos las actividades que debe realizar el auxiliar de enfermería para llevar a cabo su labor en el cuidado del infante.

Explicaremos la importancia del apoyo al entorno familiar del primer infante durante una urgencia por enfermedad, analizaremos y comprenderemos las diferentes patologías que se pueden presentar en los infantes.

Haremos énfasis en los cuidados que debe tener el auxiliar de enfermería con el infante para que ese se sienta seguro, cuidado y protegido, explicaremos cómo hacer entender al entorno familiar que aunque una urgencia es algo que puede desesperar, se debe manejar la calma y prudencia esperando primero el diagnóstico del especialista.

Las urgencias son situaciones de salud que requieren atención inmediata, sobre todo cuando se trata de primeros infantes, los niños tienden a ser más delicados y más vulnerables ante las enfermedades, por lo tanto, una urgencia en un primer infante debe ser atendida de la mejor manera y en el menor tiempo posible evitando así que la vida del infante corra riesgos o pueda representar algún problema de salud a largo plazo.

2 Objetivos

- Enseñar cómo se atiende una urgencia pediátrica y cómo se da manejo al entorno familiar.
- Reconocer diferentes tipos de enfermedades y su tratamiento y cuidado por los auxiliares de enfermería en el área pediátrica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se conoce como urgencia cualquier alteración física o mental que ponga en riesgo la salud del infante, existen diferentes tipos de patologías que se pueden considerar una urgencia, lo primero que debe realizar el auxiliar de enfermería es determinar si la patología o estado del infante es o no una urgencia el auxiliar de enfermería es el encargado de monitorear signos vitales y alteraciones de los mismos.

Para verificar y analizar el tipo de urgencia que presenta el infante, lo primero que debemos realizar es su estado físico, asegurándonos de que no haya heri-

das, sangrados, hemorragias, hematomas, preguntar al acompañante cuáles son los síntomas pertinentes por los que consulta al sistema de urgencias, si el niño presenta algún tipo de hemorragia sangrado edema informar inmediatamente al especialista.

Uno de los signos vitales principales a la hora de atender la urgencia de un infante es la toma de temperatura, hay diferentes señales por las que podemos detectar si un infante tiene fiebre, entre ellas están las señales de la piel, la piel está caliente, seca y con una sudoración abundante la cara puede ser muy pálida o muy roja normalmente cuando un niño tiene fiebre sus ojos son sensibles a la luz, rojos y con lágrimas y el niño se comporta irritado con sueño caprichoso y muy inquieto. Si el niño presenta algún tipo de intoxicación, el auxiliar debe tener en cuenta que no de realizar ni provocar vómito, no dar alimentos ni bebidas y no suministrar medicamentos, si el niño se encuentra inconsciente no arroje agua a la cara no le presione bruscamente hasta no verificar que no tenga ningún tipo de lesión, si el niño presenta convulsiones no intente meter objetos en la boca del mismo y nunca dije al niño solo mientras convulsiona.

Una de las patologías más comunes en los infantes es la enfermedad respiratoria aguda también conocida como ERA, los principales signos de urgencia es si el niño de 2 a 11 meses presenta 50 respiraciones por minuto y de 12 meses a 4 años 40 a más respiraciones por minuto si presenta dificultad para respirar ruidos extraños y chillidos que se hunden en las cosillas al respirar no puede comer o beber si presenta fiebre si está somnoliento o no se despierta con facilidad si presenta convulsiones, y si tiene dolor de oído, salida de pus se considera que puede estar presentando una enfermedad respiratoria aguda.

Otra de las causas más comunes a la hora de consultar por urgencias con un infante es el atoramiento, obstrucción de la vida aérea por un cuerpo extraño, esta situación normalmente pone en peligro, la vida del infante pasa más que nada en niños menores de 5 años, los cuidados incluyen colocar inmediatamente al paciente una posición adecuada estar pendiente del problema probable expulsión parcial o total del objeto apoyado al especialista en todo lo relacionado con las maniobras que pueda utilizar para realizar el desatoramiento del paciente.

Los auxiliares de enfermería son primordiales en el cuidado de los infantes y en el apoyo de los familiares que asisten con el mismo al servicio de urgencias, brindamos apoyo físico y emocional para que tanto el paciente como su entorno familiar sientan la seguridad y tranquilidad de que todo se resolverá de manera favorable.

5 Discusión-Conclusión

- Con este trabajo podemos concluir la importancia de las actividades del auxiliar de enfermería en los cuidados del servicio de urgencias pediátricas.
- Comprendimos y analizamos patologías más comunes y atención de las mismas para brindar apoyo tanto al paciente como al entorno del mismo.
- Entendimos que al atender una urgencia pediátrica atendemos no solamente al niño sino a su entorno familiar, ya que comprendemos la forma en la que desestabiliza el hecho de tener un niño enfermo, por este motivo brindamos apoyo emocional a los acompañantes de los infantes.
- Comprendamos que una diligencia pediátrica implica agilidad y rapidez para evitar que la vida del niño se vea comprometida, apoyemos y entendamos a los acompañantes del mismo como si el paciente fuera nuestro familiar.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/URGENCIAS%20PEDIATRICAS/Manual%20de%20Urgencias%20de%20Pediatria.%20Hospital%2012%20de%20octubre.%202011.pdf>
- https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC%20vol%2025%20n_2_protocolos%20pediatr%C3%ADa.pdf

Capítulo 157

LOS CAMBIOS DE POSTURA A PACIENTES ENCAMADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

1 Introducción

La movilización adecuada requiere comprender las distintas localizaciones anatómicas y saber qué técnica es la más apropiada para la enfermedad de cada paciente.

Necesitamos evitar varias posiciones incorrectas, tales como:

- Evite poner sus manos contra su cuerpo.
- Evitar la flexión de la cabeza y la hiperextensión.
- Evitar la flexión plantar del pie.
- Evitar la prolongación de la vía.

- Evitar cualquier rotación externa de cadera. Además de prevenir las úlceras por presión, estas posiciones brindan muchos más beneficios a los pacientes encamados, entre ellos beneficios físicos, emocionales y fisiológicos como: favorecen la circulación y son esenciales para mantener una higiene adecuada.

Se recomienda un número máximo de colaboradores para el ejercicio, generalmente realizado por un técnico auxiliar de enfermería con dotación ordenada a medida que aumenta la gravedad del paciente. Los pacientes que están postrados en cama o tienen dificultad con las actividades activas deben realizar actividades cada 2 a 3 horas.

Por último, mantén siempre tu cuerpo en equilibrio y lo más importante protege las zonas catalogadas como más sensibles o propensas a lesionarse. El ritmo y la naturaleza de los cambios posturales se adaptan al cuidado de cada paciente.

Es importante conocer todas las diferentes posiciones anatómicas para poder colocar al paciente cómodamente y sin provocar nuevas lesiones.

2 Objetivos

-Conocer la importancia de los cambios posturales en el paciente encamado.

-Exponer las principales posiciones anatómicas básicas por parte del TCAE.

3 Metodología

Para hacer este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en diferentes páginas de internet, PubMed, Google académico.

4 Resultados

Al mover a un paciente acostado, la posición debe cambiarse cada 2-3 horas y se debe informar al paciente sobre lo que se debe hacer y, cuando sea posible, se debe buscar su cooperación. Además, es necesario garantizar en la medida de lo posible la privacidad de los pacientes y conocer su estado de salud. Estas son las diversas posiciones anatómicas básicas que debe conocer un auxiliar técnico de enfermería:

1- Posición prona (o posición supina): En esta posición, te acuestas boca arriba con los brazos y las piernas ligeramente extendidos.

A menudo se utiliza para alinear la columna vertebral en pacientes politraumatizados.

2- Posición lateral izquierda y derecha: en esta posición el paciente se coloca en el lado de la cama opuesto a la posición lateral a colocar. Se colocará una almohada en la espalda del paciente para mantener la alineación adecuada de la columna.

3- Posición supina o prona: en esta posición el cuerpo del paciente se gira hacia abajo, el cuello se gira y los brazos se estiran rectos hacia el torso.

4- Medio pájaro: en esta posición, el paciente se encuentra en posición semisentada, formando un ángulo de 30 grados con el eje horizontal. Se utiliza en pacientes con trastornos respiratorios o circulatorios.

5- Fowler: Esta posición es igual a Half Fowler, pero en un ángulo de 45 grados y es útil para enfermedades del corazón, fracturas de la espalda baja y problemas respiratorios.

6- Trendelenburg: en esta posición, el paciente está en decúbito supino, pero inclinado en un ángulo de 45 grados y mantiene la cabeza más baja que los pies en todo momento. Los siguientes artículos se pueden usar para ayudar a un paciente con movilidad limitada: almohadas, dispositivos de transferencia, sábanas, grúas y aparatos ortopédicos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer todas las diferentes posiciones anatómicas para poder colocar al paciente cómodamente y sin provocar nuevas lesiones.

Para evitar que una mala maniobra le pueda ocasionar al paciente algún tipo de lesión como pueden ser hernias discales o esguinces. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre debe realizar el mínimo esfuerzo, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no actué solo, sino para levantar al paciente es necesario la asistencia de 2, 3, o 4 personas, uno de ellos es el celador.

Para finalizar el objetivo de los cambios posturales es evitar que en al paciente encamado le aparezcan úlceras por presión, beneficiando el tono muscular, la circulación y la respiración.

6 Bibliografía

Sebastián. Blog de ortopedia Inse [Internet]. Blogspot.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ortopediainse.blogspot.com/2015/07/paraque-sirven-los-cambios-posturales.html>.

Capítulo 158

EL PACIENTE CON NÁUSEAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

1 Introducción

El vómito, también llamado emesis, consiste en la salida del contenido del estómago por la boca, de manera violenta y espasmódica. En los lactantes es frecuente la salida, coincidiendo con la eliminación de gases, del contenido gástrico, pero de forma no violenta. Es lo que se conoce como regurgitación.

El vómito está precedido de la náusea: sensación de repugnancia y malestar en el estómago. El vómito es un acto reflejo muy complejo cuyo centro regulador se halla en el bulbo raquídeo. El bulbo raquídeo es la porción posterior del tronco cerebral que se extiende desde el borde inferior de la protuberancia hasta la médula espinal por la cual continúa. El centro regulador del bulbo raquídeo recibe

impulsos nerviosos del aparato digestivo o de otras partes del organismo, y este emite otros impulsos que provocan la relajación del esófago y del esfínter de los cardias que es la abertura esofágica del estómago.

Al mismo tiempo se contraen la porción pilórica del estómago, el diafragma y los músculos abdominales. El vómito, sobre todo si se presenta de forma repetida, puede causar deshidratación y desequilibrios electrolíticos, principalmente en niños y ancianos. También puede causar asfixia si se introduce por las vías respiratorias (lo que se conoce como aspiración), siendo un riesgo asociado a los estados en los que la consciencia del paciente está disminuida.

Otras complicaciones de los vómitos son alteración de la presión arterial, taquicardias, arritmias, daño renal, formación de cálculos renales, daño del esmalte dental, esofagitis, gastritis o hernia de hiato. Para reducir las náuseas y la frecuencia de los vómitos se emplean medicamentos antieméticos. Si los vómitos son frecuentes es preciso aumentar la ingesta de líquidos e incluso emplear fluidoterapia con suero. Las náuseas, cuando no son frecuentes, también se pueden calmar aplicando compresas frías en las muñecas, cuello, cara, etc. así como chupando porciones de hielo.

En ocasiones es necesario provocar el vómito para la cual se utiliza jarabe de ipecacuana. Sin embargo, lo recomendable es no provocarlo, especialmente cuando la consciencia del paciente está disminuida y en caso de intoxicaciones con sustancias corrosivas o derivados del petróleo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de informar al resto de profesionales del equipo sobre las características del vómito y la cantidad del mismo, al objeto de que el paciente reciba un diagnóstico y un tratamiento correcto.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo del paciente con náuseas y vómitos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 vómito puede aparecer como síntoma de diversas enfermedades, tanto del aparato digestivo como relacionadas con otras partes del organismo (lesiones cerebrales, lesiones oculares, etc.). Las causas digestivas del vómito pueden ser funcionales (alteraciones alimenticias o en la técnica de alimentación que provocan aerofagia) u orgánicas (alteraciones en el aparato digestivo: hernias, oclusiones, estenosis, etc.).

Las causas extradigestivas abarcan infecciones, enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas, anorexia y bulimia, entre otras.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe observar las siguientes características relacionadas con el vómito:

- La cantidad.
- La frecuencia.
- El olor: agrio o rancio. El olor a manzana alerta de acetonemia. La acetonemia es la presencia de gran cantidad de acetona o cuerpos cetónicos en sangre.
- La forma de iniciarse y producirse: si es precedido de náuseas o no. Cuando no se presenta precedido de náuseas, el contenido sale de forma repentina y con fuerza.

Este tipo de vómito se conoce como “vómito en escopeta” y es típico de procesos neurológicos (tumores cerebrales, meningitis, hipertensión intracraneal, etc.).

- El contenido. Vómitos acuosos: son de color claro, sabor ácido y olor intenso. Son de contenido gástrico. Vómitos biliosos: son de color amarillo-verdoso, dejan un sabor amargo en la boca y están constituidos por bilis. Vómitos purulentos: contienen pus del aparato digestivo o respiratorio. No son frecuentes. Vómitos alimenticios: contienen alimentos en fase de digestión. Vómito hemático o hematemesis: vómito de sangre procedente del aparato digestivo. Puede ser de color rojo intenso o negro. Vómito en posos de café: vómito hemático que presenta grumos que le dan una apariencia de posos de café. Vómito fecaloide: líquido oscuro que puede contener restos fecales procedentes del intestino. Su olor es fétido. Suele presentarse en obstrucciones del intestino grueso en las que las heces no se pueden expulsar por el ano.

5 Discusión-Conclusión

La salida por la boca del contenido gástrico de una forma espasmódica y violenta es lo que se conoce como vómito o emesis. Este se presenta asociado a diversas patologías, muchas de ellas relacionadas con el aparato digestivo (vómitos bil-

iosos, vómitos fecaloides, vómitos hemáticos) aunque también con patologías de otra índole como los tumores cerebrales o el aumento de la presión intracraneal por traumatismo.

Así pues, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones con pacientes con patología digestiva debe conocer las causas que lo provocan, así como sus características (frecuencia, cantidad, contenido, etc.) y el procedimiento de actuación a seguir en caso de que un paciente lo presente. El objetivo de llevar un control de los vómitos del paciente es diagnosticar y/o tratar correctamente la patología que lo provoca.

6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza, E., Fernández Espinosa, A.M. (2013): Técnicas Básicas de Enfermería. Mc Graw- Hill.
2. Guillamas, C. Gutiérrez, E. Hernando, A. Méndez, M.J. Sánchez-Cascado, G.Tordesillas, L. (2011): Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Editex.
3. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario Vol. II. Editorial CEP (2018).

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

1 Introducción

Las contenciones mecánicas han sido empleadas desde el siglo XIX sobre todo en hospitales de salud mental, con el paso del tiempo fueron utilizadas en plantas de hospitalización, con el objetivo de evitar las lesiones en los pacientes producidas por síndromes de abstinencia, desorientación, agitación tanto al personal sanitario como a ellos mismos.

Llamamos contención mecánica a los medios físicos que se utilizan en la práctica clínica asistencial para la supresión de la movilidad en aquellos pacientes

que tienen riesgo de autoagresión, ya sea de forma consciente o inconscientemente, considerándose unos medios que limitan los movimientos parciales o totales, aplicándose siempre el más adecuado a la situación del paciente y que a su vez, resulte menos restrictiva. Con todo, en algunos momentos será suficiente con unas palabras que ayuden a calmar al paciente, crear un ambiente de paz que infunde tranquilidad, y otras veces, será necesario la ayuda del personal para suministrar fármacos y la utilización de contenciones.

Su instauración supone un dilema moral, ya que, por una parte, se limita la libertad del paciente, coartando su autonomía, y, por otro lado, está la intención de proteger al paciente físicamente y también al personal trabajador implicado cuando la propia seguridad se ve comprometida.

Su uso tiene implícito unas indicaciones y contraindicaciones:

Están indicadas para evitar:

- Riesgo de autolesiones y suicidio.
- Riesgo de caídas.
- Cuando lo solicita el propio paciente.
- Para controlar estados de agitación y conductas que supongan daño para el paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Evitar alteraciones en el plan terapéutico (sondajes, vías, oxigenoterapia, etc.)

Sus contraindicaciones:

- Que por diversos motivos no se pueda supervisar su imposición y sus cuidados.
- Que no sea valorada positivamente su aplicación por el personal sanitario.

2 Objetivos

- Definir los distintos tipos de medidas de contención que pueden utilizarse en un paciente geriátrico y desarrollar las de contención mecánica.
- Explicar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a la hora de supervisar y aplicar las contenciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diversos tipos de contención:

- Contención química o farmacológica: se refiere al uso de fármacos para sedar al paciente o limitar su capacidad física y/o mental.
- Contención verbal: se usa la palabra y el tono amable y comprensivo para que el paciente sea consciente de la situación y modifique su conducta, rebajando así el nivel de ansiedad y hostilidad.
- Contenciones físicas o mecánicas: las cuales implican generalmente que se impongan contra la voluntad del paciente y por motivos de urgencia.

Hay diversos tipos de contenciones mecánicas, y a los que se les da usos muy diferentes según sea el caso: cinturones, muñequeras, arneses, manoplas, barandillas laterales, y tobilleras. El cinturón es muy utilizado para sillas de ruedas, sobre todo en geriatría, pudiendo ser: pélvico o abdominal, el cual aporta beneficios y tranquilidad, al evitar caídas y golpes, además de estar bien aceptado por la sociedad al considerarlo práctico y útil. Igual ocurre con las barandillas protectoras; sin embargo, con las muñequeras, tobilleras o cinturón abdominal utilizado en cama, suele haber más controversia y rechazo. Cuando el paciente esté sentado se pondrá el cinturón pélvico o un peto en función de si el paciente se bascula hacia adelante o no, para evitar que este deambule solo y evitar caídas que agraven su situación médica actual.

Las contenciones mecánicas pueden ser:

- Parcial: para evitar caídas o que se arranquen las vías, se aplican para así limitar la movilidad, ya sea del tronco, o de una extremidad, no los dos al mismo tiempo. Se pondrían muñequeras y tobilleras cuando están acostados, y el cinturón y peto pélvico, cuando están sentados.
- Total: impiden la mayoría de los movimientos del paciente, utilizándose al mismo tiempo el cinturón abdominal ancho con botones magnéticos y llaves magnéticas y las muñequeras y tobilleras.

Son pautadas por el personal médico, pero en una situación de urgencia, si el enfermero (DUE) decide que por seguridad para el paciente y los propios trabajadores se deben aplicar contenciones mecánicas en ausencia del médico, deberá reflejar el motivo, el tipo de contención y la duración aproximada del uso de la misma.

La utilización de estos elementos tiene una serie de repercusiones a distintos niveles:

- A nivel psíquico o psicológico: tristeza, ansiedad, puede subir el grado de agitación, incompreensión, etc.

- A nivel social: aumento de la dependencia en el paciente, aislamiento, soledad. Es aconsejable no mantener la contención más de 72 horas.

- A nivel físico: contracturas musculares, compresión de nervios, insuficiencia respiratoria, daños en tejidos, edemas, broncoaspiración, muerte por asfixia, o estrangulación, aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal, estreñimiento, deshidratación, etc.

El TCAE cuando vaya a aplicar las medidas de contención mecánicas, siempre deberá tener presente el hacerlo bajo la premisa del respeto, la humanidad y la dignidad del paciente, debiendo de estar pendiente regularmente de su estado de salud para evitar que se produzcan daños en los tejidos, o malas posturas, valorando el momento adecuado para retirarla.

En la actualidad se intenta aplicar el programa llamado “contenciones 0”, velando por no instaurar las medidas de contención mecánicas explicadas, buscando otras formas de contención como la farmacológica, la más utilizada con el fin de evitar agitación al paciente geriátrico tanto de la residencia o del entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es una medida muy utilizada en pacientes geriátricos, llevada a cabo tanto en residencias de mayores como hospitales, intentando que se utilice la que resulte menos restrictiva y segura para el paciente, ya que su uso conlleva numerosos dilemas éticos por las complicaciones que puedan surgir en cuanto a la salud del paciente. Antes de pautarla, el médico debe valorar si existen otras alternativas antes de llegar a esta situación, en todo caso, deberá dejarse constancia por escrito de la medida llevada a cabo, el tiempo y tipo de contención aplicada, así como será necesario informar a la familia y obtener el consentimiento escrito. La contención mecánica debe durar un máximo de 72 horas y debe ser utilizada como un medio para ayudar al paciente en su mejoría y no como un castigo.

El TCAE siempre intentará tranquilizar al paciente, mostrando un carácter empático, vigilando su estado físico y psíquico cada 2/3 horas, para evitar daños, tales como edemas, compresión de los nervios, daños en los tejidos, etc., supervisando que baja el nivel de ansiedad del paciente geriátrico y mejora su conducta, a la vez que proporciona una correcta higiene postural.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.

2. Auxiliar de enfermería. McGrawHill Education.
3. <https://congresosicepa.com/contenciones-mecanicas/>.
4. <https://www.nuestraenfermeria.es/contencion-mecanica-que-es-y-como-lautilizamos/>

Capítulo 160

LAS FUNCIONES QUE REALIZAN LAS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PALIATIVOS

LETICIA MARTIN GARCIA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

1 Introducción

Podemos decir que antiguamente el servicio de cuidados paliativos no existía de forma oficial.

No fue hasta el año 1980 cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud) crea un programa de cuidados paliativos como parte del programa de control del cáncer.

Podemos decir que más o menos una década después, en Panamericana también incorporan el mismo programa que la OMS incorporó.

En el año 2006 se efectuó un estudio en el que se pudo comprobar que en aproximadamente la mitad del total de los países del mundo ofrecen un servicio de cuidados paliativos.

En el año 2012, la OMS pudo realizar un cálculo y pudo deducir que alrededor de unos 40 millones de personas necesitaron de cuidados paliativos.

Además, podemos decir que la OMS saco la siguiente definición para poder entender la palabra paliativos: Unidad de cuidado activo para pacientes cuya enfermedad no responde a ningún tipo de terapias curativas.

Su principal función es conseguir que el paciente no sienta dolor y, por lo tanto, evitar los demás síntomas, cuando hablamos de los demás síntomas, nos referimos a los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

Con el servicio de cuidados paliativos lo que se intenta conseguir es que los pacientes y sus familiares tengan una mejor calidad de vida.

Cuidados paliativos es un concepto bastante más amplio, ya que cuenta con un equipo interdisciplinario porque cuenta con médicos de casi todas las especialidades como, por ejemplo: psicólogo, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras y auxiliares de enfermería.

En este capítulo nos vamos a centrar en las funciones que tienen las TCAE con los pacientes de paliativos.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en el servicio de cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que deben de ejecutar son las siguientes:

Deberán de recoger las muestras de manera diaria a todos aquellos pacientes que lo tengan prescrito por el médico, además de tomarles la temperatura a cada uno de ellos y anotarla.

Ayudarán al aseo de los pacientes dependientes, ya que estos por sus patologías no pueden moverse con gran facilidad, en algunos caso extremos el aseo se realiza desde la cama con la ayuda del celador.

Repartirán las toallas, esponjas y pijamas limpios a aquellos pacientes que sean independientes o les ayuden sus acompañantes.

Dejarán en los muebles de cada paciente las sabanas nuevas que más tarde los TCAE deberán de poner nuevamente, ya que las sabanas se cambian todos los días para que los enfermos puedan estar cómodos y limpios y descansar tranquilos.

Efectuarán cambios de postura con la ayuda del celador cada cierto tiempo a aquellos pacientes que lo pidan o que el médico lo prescriba y así lograrán el descansar mejor.

Efectuarán algunas medidas como por ejemplo masajes a los enfermos para que estos se encuentren más cómodos.

Enseñarán el uso de técnicas no farmacológicas para conseguir una mejora de estado tanto físico como emocional, como por ejemplo: La terapia musical, la relajación...

Controlarán sus emociones y sus estados de ánimo, empatizando con el enfermo y sus acompañantes.

Vigilarán que la planta de hospitalización permanezca en silencio absoluto, ya que no es una planta cualquiera.

Si es necesario, llamarán la atención cuando se supere el número de personas por visita en las habitaciones de los pacientes.

Controlarán que todas las habitaciones contengan lo necesario para que el paciente pueda estar confortable.

Informarán a los superiores de los desperfectos que contengan las habitaciones, así se podrá arreglar lo más rápido posible.

Ayudarán en la documentación del paciente anotando los medicamentos que se le hayan proporcionado.

5 Discusión-Conclusión

En todos los centros hospitalarios se encuentra la planta de hospitalización de los pacientes terminales, este tipo de pacientes son unos enfermos delicados de salud y además delicados psicológicamente.

Los TCAE en esta planta deben de ser humanitarios y llegar a comprender las situaciones por las que está pasando tanto el paciente como los acompañantes que están con él.

Es por ellos este personal sanitario que pasa la mayor parte del tiempo con ellos cree cierta empatía, cariño y confianza, ya que así lograrán tener una mejor relación sanitario-paciente.

Por estos motivos decimos que el personal TCAE es uno de los más importantes en las plantas hospitalarias, porque muchas veces escucharán tanto al paciente como al acompañante cuando estos necesiten desahogarse con alguien.

6 Bibliografía

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

Capítulo 161

LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

LETICIA MARTIN GARCIA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

1 Introducción

Comenzaremos explicando que las plantas de hospitalización son un servicio abierto las 24 horas, es el servicio que ofrece a los pacientes los cuidados mínimos que necesitan mientras cumplen su estancia en los centros hospitalarios. Todos los centros hospitalarios poseen varias plantas de hospitalización, el número de plantas y de habitaciones de los hospitales dependerán mucho del número de habitantes tanto de la provincia como de la población en la que se encuentre el centro hospitalario.

De los cuidados básicos que necesitan los pacientes, se encarga el personal sanitario que se encuentra en estas plantas. Este personal sanitario son: Las enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Tenemos entendido que la primera vez que se empezaron a formar personas con el nombre de auxiliar de enfermería fue hacia el año 1970, pero no fue hasta el año 1975 cuando se crea el título de auxiliar de enfermería.

Como dato curioso e informativo, podemos decir que la primera persona que trabajó como auxiliar de enfermería fue Florence Nightingale, prestando su ayuda al servicio de la cruz roja en la guerra de Crimea.

Ayudó a muchos soldados a salir adelante con vida y además consiguió reducir la tasa de muerte de un 42% a un 2% en las guerras.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones que debe de ejecutar un TCAE en el servicio de las plantas hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE en el servicio de las plantas hospitalarias son:

- Recepcionarán a lo pacientes que van a ingresar.
- Identificarán al paciente.
- Avisarán al celador correspondiente para efectuar el traslado del paciente a la habitación que corresponda.
- Explicarán las normas del hospital al paciente y a sus acompañantes, les informarán de como es la habitación y donde se localiza el timbre por si necesitan de su ayuda.
- Realizarán el cambio de sabanas diariamente intentando no dejar arrugas que puedan dañar la piel del enfermo.
- Clasificarán la ropa de las camas, la distribuirán y la sucia la echarán a lavar en sacos de tela que luego vendrán a recogerlos.

- Para los pacientes que no necesiten ayuda, estos les proporcionarán toallas, jabón y esponja, para los pacientes que sean dependientes les ayudarán a realizarse el aseo y además los vestirán y desvestirán y les colocarán la cuña. Se encargarán de los carros de la comida y repartir las bandejas cada una a los pacientes correspondientes.
- Una vez los pacientes hayan terminado de comer, las TCAE serán las encargadas de retirar las bandejas vacías y volverlas a dejar en el carro donde llegaron primeramente.
- Deberán dar de comer a los pacientes que sean dependientes.
- Repondrán los medicamentos en los almacenes de las plantas y comprobarán que no estén caducados desechando los que si se encuentren caducados.
- Repondrán el carro de lencería y el carro de curas.
- En los enfermos que no puedan levantarse, serán las TCAE las encargadas de vigilar su estado, ya que si siempre están en la misma posición les podrán salir úlceras o escaras, para ello deberán cambiarles de posición cada 2-3 h.
- Tomarán las temperaturas y la presión arterial de todos los pacientes, además controlarán su peso.
- Tomarán las muestras de sangre y otros fluidos corporales para más tarde llevarlas a analizar al laboratorio clínico.

5 Discusión-Conclusión

Las plantas de hospitalización son el servicio más común en los hospitales, ya que es un servicio imprescindible para la pronta recuperación de los enfermos. En las plantas se encuentran las TCAE son el personal sanitario que más tiempo pasan con el enfermo y con sus acompañantes, por eso crean una especie de conexión paciente-sanitario, esta conexión ayuda a que el enfermo pueda relajarse psicológicamente porque la TCAE conseguirá que se evada de sus problemas por unos instantes.

Es por ello que los TCAE deben de ser cercanas al paciente, cariñosa para que se sientan confortados los pacientes y resguardados de los malos pensamientos que les puede pasar por la cabeza y además los TCAE deben de ser educadas, ya que no saben como puede ser el paciente y sus acompañantes debido a la situación en la que se encuentran.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>
2. 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>
3. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>

Capítulo 162

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO HOSPITALARIO DE ENDOSCOPIAS

LETICIA MARTIN GARCIA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

1 Introducción

La endoscopia es el procedimiento diagnóstico que consiste en introducir un tubo o un endoscopio a través de la zona anal o la zona bucal, dependiendo cuál es la zona a estudiar.

Casi a finales del siglo XIX hubo médicos que se dedicaban a llevar a cabo revisiones auditivas a sus enfermos con estos tubos endoscopio.

Se sabe mediante el paso del tiempo que el primer endoscopio era un cilindro de material metálico, en la parte media del cilindro tenía un base para sostener una vela y además también un reflector que lo que hacía es que la luz la concentraba en unos espejos que dirigían la luz hacia un espéculo.

Los médicos tenían otro sistema de espejos con los que la imagen quedaba reflejada en dos lentes oculares localizados a uno de los extremos del espéculo.

En el año 1957 Basil Hirschowitz crea el instrumento que conocemos hoy en día, el tubo endoscópico, además para mejorarlos le incorporó fibras ópticas, así ganaban en la flexibilidad, es decir es mayor y se puede utilizar de manera más cómoda.

2 Objetivos

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de endoscopias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que deben realizar las TCAE en el servicio de endoscopias son:

- Prepararán la sala de procesamientos, es decir recogerán y colocarán el material reprocesado.
- Comprobarán el funcionamiento de las termodesinfectadoras.
- Repondrán los productos de las termodesinfectadoras.
- Distribuirán por las salas los endoscopios y comprobarán su funcionamiento
- Prepararán el sistema de desinfección de las sondas.
- Alistarán la sala de exploraciones junto con la enfermera.
- Repondrán el material y las medicaciones en la sala de exploraciones.
- Comprobarán el funcionamiento de los equipos de las diferentes salas.
- Realizarán los llamamientos de los pacientes que se les vaya a realizar las pruebas.
- Serán las encargadas de recibir y colocar la lencería en el almacén que le corresponda.
- Se encargarán de comprobar y recibir los endoscopios.
- Durante la exploración asistirán al paciente y controlarán su posición.

- Asistirán al endoscopista, a la enfermera y al ecografista en lo que estos necesiten.
- Desinfectarán la zona donde se vaya a realizar la biopsia y prepararán el material requerido.
- Serán las encargadas de llevar y retirar las sondas de manometría.
- Pasarán a los pacientes en las taquillas para que se despojen de sus cosas y se pongan el pijama con el cual le van a realizar las pruebas.
- Serán las encargadas de realizar la desinfección.
- Identificarán con etiquetas los frascos donde se guardan las muestras, así evitarán una pérdida.
- Recogerán la lencería que ya se haya utilizado y además la echarán en los sacos para después lavarla en la lavandería.
- Recoger el material no reutilizable y depositarlos en los contenedores habilitados.
- Controlar los sistemas de desinfección automática.
- Deberán recoger y ordenar las diferentes salas de pruebas y dejarlas limpias para el siguiente día o en caso de que haya más turnos para el siguiente turno.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de endoscopias es un servicio que no es comúnmente conocido y para nuestra opinión es uno de los más importantes, ya que aquí se descubren problemas que a través de una radiografía o cualquier otra prueba no se puede descubrir.

En nuestra opinión consideramos que la figura del TCAE en el área de endoscopias es una pieza clave para su correcto funcionamiento. 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 163

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (TID)

ANABEL RODRIGUEZ FRANCO

ELISABETH RODRÍGUEZ FRANCO

1 Introducción

El trastorno de identidad disociativo (TID) o también conocido como trastorno de personalidad múltiple (DPM), es un tipo de enfermedad mental caracterizado por la existencia de dos o más identidades (también conocidos como alters) muy diferentes entre sí, que controlan el comportamiento de la persona de manera alternante. El individuo puede comportarse y expresarse como si fuera dos personas totalmente distintas dependiendo del alter que tenga el control en ese momento, siendo incapaz de recordar información importante de alguna de las entidades, por lo que puede decir o hacer cosas que no recuerde dependiendo del Alter, ya que es muy común que la personalidad principal o huésped no sea consciente de la existencia del resto de Alters.

A menudo, estas personalidades son muy distintas y cuentan con identidad propia, es decir, diferentes nombres, edades, géneros, personalidades, memoria, etc. De manera general, los trastornos disociativos pueden surgir como respuesta a un trauma o como forma de huir de un recuerdo doloroso, haciendo que las personalidades del sujeto se manifiesten en cualquier momento dependiendo de los periodos de estrés que sufran o de problemas que presenten una conexión directa con su desencadenante haciendo muy evidentes estos brotes.

En España se registraron aproximadamente 343.140 casos entre los años 2011 a 2019 de personas con TID mientras que en 2021 se registraron 676.160 casos.

2 Objetivos

- Dar a conocer este tipo de trastorno, las posibles causas y síntomas, posibles diagnósticos.
- Explicar los diferentes tratamientos y las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de información: Pubmed, Medline y Scielo, siempre seleccionando artículos de publicaciones académicas revisadas. También se han consultado diferentes documentales sobre el Trastorno de Identidad Disociativo.

4 Resultados

El primer caso de Trastorno de Identidad Disociativo fue detectado y diagnosticado en 1971 por el médico Alemán Eberhardt Gmelin, quien descubrió el caso al tratar a una paciente alemana que cambiaba de hablar en francés a alemán con acento francés sin ser consciente de ello. Durante el cuadro clínico, había una relación entre las dos personalidades, puesto que el segundo Alter conocía a su huésped y compartía sus recuerdos, pero, sin embargo, la personalidad principal no tenía conocimiento del alter.

El trastorno de Identidad disociativo (TID) forma parte de las patologías de base traumática y suele iniciarse en la infancia. Suceden de una serie de acontecimientos tan desestabilizadores que el niño se siente sobrepasado emocionalmente y al no ser capaz de huir de la situación ni luchar contra ella, la única manera que tiene de reaccionar es distanciarse de sí mismo, a esto se le llama disociación. La disociación es entonces una forma de defenderse del trauma y con el tiempo se va convirtiendo en la única manera de manejar cualquier situación de estrés; sin embargo, el trauma por sí mismo no es un factor suficiente para que una persona desarrolle un trastorno disociativo, existiendo diferentes tipos de disociación:

- DISOCIACIÓN NO PATOLÓGICA: en la que las personas sufren cambios normales en el estado de conciencia y lo pueden sufrir tanto personas con Trastorno de Identidad Disociativo, como personas que no lo sufren.

-DISOCIACIÓN PATOLÓGICA: que tiene que ver con la desconexión de aspectos fundamentales del yo, como la conciencia, la identidad, las sensaciones, los movimientos corporales, la memoria o la percepción del entorno, habiendo tres tipos de síntomas disociativos:

- AMNESIA DISOCIATIVA:

La pérdida de memoria es generalmente un síntoma asociado a este tipo de trastorno. En estos periodos de tiempo la persona puede olvidar información relevante como datos personales, personas o sucesos importantes. También es muy común que la persona no recuerde el evento traumático. En este tipo de amnesia, las lagunas de memoria pueden comprender desde solo algunos minutos hasta incluso años de vida. En ocasiones, aunque no se recuerde de forma consciente la información, esta sigue influyendo en el comportamiento de la persona, por ejemplo, una persona que ha sufrido alguna agresión en un bosque puede ser reacia a entrar en uno, aunque no recuerde los detalles de dicho ataque.

- FRAGMENTACIÓN DE LA PERSONALIDAD:

Por fragmentación de la personalidad se entiende el hecho de que la persona experimenta do o más personalidades distintas, con diferentes percepciones. Este síntoma lleva a confusión, ya que la persona no se reconoce en determinadas situaciones.

-DESCONEXIÓN DE UNO MISMO O DESREALIZACIÓN:

Este síntoma se identifica por una sensación repetitiva y permanente de separación del propio cuerpo o de sus procesos mentales, es decir, la persona se convierte en una especie de observador de su propia vida, viéndola desde una perspectiva exterior y totalmente desconectada del entorno que la rodea. Generalmente, se experimenta una percepción irreal de las situaciones, lo que puede llevar a la persona a ignorar las consecuencias de sus propios actos como hacerse daño a sí misma o a otras personas.

El síntoma principal de este tipo de trastorno, es la existencia de varias personalidades o Alters, donde los cambios son claramente aparentes, ya que la persona habla y actúa de manera distinta como si fuera otra persona. La persona puede pensar que su cuerpo se nota diferente (por ejemplo, un niño pequeño, o una persona del sexo opuesto) y que su cuerpo no les pertenece, y pueden referirse a sí mismos tanto en primera persona como en tercera.

Algunas de estas personalidades conocen información importante y personal que quizá otras personalidades desconocen, haciendo que la vida de la persona sea caótica.

Como las identidades interactúan entre sí, las personas suelen decir que escuchan voces, siendo probablemente conversaciones internas entre las diferentes identidades muchas veces haciéndolo a la vez, lo que provoca mucha confusión en la persona.

5 Discusión-Conclusión

Este trastorno es una manera de afrontar los traumas, durante la infancia es la época en la que se forman las personalidades, por eso es habitual encontrar este tipo de trastornos en personas que durante su infancia han sufrido maltrato emocional, abuso sexual o maltrato físico durante un largo periodo de tiempo por lo que podemos decir que el estrés es una causa principal que acelera este tipo de cambios de personalidades.

Este tipo de trastorno puede confundirse con cualquier otro tipo de enfermedad mental, por eso es muy importante prestar atención a los síntomas que presenta el paciente, para diagnosticar el TID se realizan diferentes pruebas médicas tanto físicas como psíquicas con el objetivo de diagnosticarlo correctamente.

Se comenzará haciendo un examen físico donde se intentarán averiguar las posibles lesiones físicas que pudiesen ocasionar problemas psicológicos, también se realizará una serie de preguntas exhaustivas sobre los síntomas y antecedentes de la persona con el fin de averiguar las posibles señales que puedan relacionarlo con el TID.

Como el examen físico no es suficiente para diagnosticar este trastorno, se realiza un examen psiquiátrico donde el profesional de salud mental se centra en los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona. Y para asegurarse de que el diagnóstico es el correcto, el profesional utilizará los parámetros de comparación de los síntomas según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) donde se encuentran los principales síntomas que hemos mencionado anteriormente: Amnesia disociativa, fragmentación de la personalidad y desconexión de uno mismo o desrealización.

Con todos estos exámenes el profesional será capaz de determinar si la persona sufre trastorno de Identidad disociativo u otro tipo de desorden mental. Si el diagnóstico es TID se pondrá al paciente en tratamiento con psicoterapia y medicamentos.

La psicoterapia es de los tratamientos más empleados en este tipo de trastornos,

ya que ayuda al paciente a calmar sus principales síntomas; Consiste básicamente en hablar sobre el trastorno y los problemas generados en las diferentes sesiones. Generalmente, suele ser un tratamiento largo y complejo y emocionalmente doloroso para el paciente puesto que se deberá enfrentar las situaciones traumáticas que le han llevado a desarrollar el trastorno.

Básicamente, los objetivos principales de estas terapias es proporcionar al paciente las herramientas y estrategias necesarias para que entienda los cambios emocionales y la desestabilización que suelen ocasionar.

La medicación también será un papel importante a la hora de ayudar al paciente, aunque no existe medicación específica para este tipo de trastorno, normalmente los medicamentos pautados para controlar los síntomas de la depresión, la ansiedad o el comportamiento impulsivo suelen ser los más pautados para este tipo de trastorno. Es importante que los medicamentos sean pautados por personal especializado u que su utilización sea siempre bajo la supervisión médica, por eso a menudo, el tratamiento psicofarmacológico se combina con internaciones psiquiátricas para proporcionar apoyo constante al paciente y controlar los posibles efectos adversos de la medicación.

Existen otro tipo de terapias complementarias que pueden utilizarse en el TID como actividades centradas en técnicas de relajación, respiración y consciencia corporal.

En la mayoría de los casos los pacientes presentan una recuperación positiva de los síntomas, aunque en algunos pacientes con TID pueden asociarse también cuadros depresivos o de ansiedad, haciendo que el trastorno desencadene en otros como trastorno de alimentación, abuso de sustancias tendencias suicidas etc., por lo que la recuperación total o parcial del paciente depende de las características de cada caso clínico, pudiendo requerir internación psiquiátrica o incluso terapia intensiva.

A menudo, las personas cercanas a pacientes con TID no comprenden qué es lo que les ocurre, por lo que es importante buscar un diagnóstico cuanto antes e informarse sobre los aspectos del TID. En el día a día se puede acompañar al paciente en actividades en las que se sienta bien y a gusto, siendo siempre fundamental prestar atención en alteraciones de conducta y contactar inmediatamente con los profesionales sanitarios encargados del tratamiento de la persona. Muchos de los tratamientos incluyen terapia familiar, lo que sirve tanto para apoyar al paciente como para que la familia aprenda a afrontar el estrés y la angustia que puede suponer la convivencia con la persona afectada.

6 Bibliografía

- Google académico: Búsqueda sobre trastornos disociativos.
- Youtube: Documentales sobre TID.
- _ Visualización película Múltiple (año 2016).

Capítulo 164

EL TRABAJO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA FUTURA MADRE.

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

VICENTA LARA HERREROS

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

1 Introducción

En el siguiente trabajo trataremos la importancia de los auxiliares de enfermería en el trabajo de parto, el parto humano o también llamado nacimiento, es la terminación fisiológica del embarazo, es el periodo en la salida del feto del útero materno a través del Canal vaginal o por medio de cesárea dependiendo del estado de la madre o del tipo de embarazo también depende mucho la forma fisiológica en la que viene el feto.

El promedio de un embarazo es de 280 días, aproximadamente 40 semanas, sin embargo, no hay manera de determinar exactamente cuánto va a durar un embarazo, todo esto depende de cada mujer, la mayoría de las mujeres dan a luz o culminan su trabajo de parto entre las semanas 38 y la 41 de embarazo.

Tanto en el trabajo de parto como durante todo el tiempo de gestación, el trabajo de los auxiliares de enfermería es un superimportante, ya que se encargan de

enseñarle a la futura madre cómo llevar su embarazo, cómo diferenciar signos y síntomas del mismo cómo estar atentos al inicio del trabajo de parto cómo llevar cuidados y atenciones necesarias durante el estado de las gestantes, son los auxiliares los encargados de tener en cuenta los signos de alarma y alerta para evitar riesgos tanto en la madre como en el neonato antes durante y después del parto.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor del auxiliar de enfermería ante la futura madre.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 parto humano es un proceso fisiológico en el cual es imposible determinar con esa actitud qué ocasiona el comienzo del trabajo de parto, aunque los cambios hormonales que ocurren pueden influir la mayoría de las mujeres, pueden determinar cuándo ha comenzado este periodo, a veces no obstante es difícil salirse de trabajo de parto ha comenzado a medida que comienza el trabajo de parto el cuello uterino se dilata el músculo del útero se contrae en intervalos regulares lo que se conoce como contracción.

Aunque cada trabajo de parto es diferente, el trabajo de parto normalmente se divide en tres periodos o etapas, la primera etapa es el borramiento y la dilatación del cuello uterino, la segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado hasta 10 cm y la tercera etapa es el alumbramiento que se produce después de salir el recién nacido.

Algunas de las actividades realizadas por el auxiliar de enfermería durante el trabajo de parto son facilitar la deambulación del paciente tomar y registrar signos

vitales cada media hora o de acuerdo a la orden del médico manejar el protocolo institucional estar pendiente de la dieta de la madre de acuerdo a la orden médica revisar las horas perineal cada 15 minutos para revisar secreción vaginal color cantidad y consistencia realizar cambios de posición en la paciente haciendo énfasis en la posición en la posición de decúbito lateral izquierdo tomar y registrar frecuentemente la frecuencia cardíaca fetal movimientos fetales y contracciones uterinas.

Como el auxiliar es el encargado de estar pendiente de los signos y contracciones uterinas, también hace parte de su atención realizar traslado del paciente a sala de partos, ubicar en mesa y asegurar estimular verbalmente a la paciente para que se calme y tranquila atendiendo las indicaciones del especialista, realizar baño obstétrico revisar signos vitales y asistir al profesional en lo que necesite estar pendiente y registrar la hora del nacimiento.

También hace parte del trabajo del auxiliar, recibir y revisar el estado de la placenta y comunicar y verificar con el profesional, revisar siendo vitales de la madre después del parto, realizar baños tétrico después del mismo y estar al pendiente en tal caso de que el profesional requiera asistencia para realizar sutura.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo podemos concluir que el apoyo y la atención de los auxiliares de enfermería durante el trabajo de parto es primordial para llevar a feliz término el mismo. Los auxiliares de enfermería son ese apoyo emocional constante para que la futura madre se sienta tranquila, acompañada y protegida durante todo el proceso de parto. Los cuidados y atención del auxiliar de enfermería hacia la futura madre son de vital consistencia para que tanto la madre como el neonato estén bien.

En conclusión, son los auxiliares de enfermería una parte primordial para la atención tanto de la madre como de su entorno familiar como del cuidado y progreso del neonato en las primeras horas de vida.

6 Bibliografía

1. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100458866>.
2. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/50949.pdf>.
3. <https://portal.guiasalud.es/wp->

content/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf.

Capítulo 165

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ANGELA GARCÍA GARCIA

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANTONIO FUENTES AYUS

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

1 Introducción

Cuando hacemos referencia a atención primaria nos estamos refiriendo al primer nivel de asistencia sanitaria disponible para la población en el territorio español, siendo estos los centros de salud y a los médicos de familia como primer eslabón del sistema sanitario, desarrollando actividades no solo de asistencia médica, sino también de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tratándose por ello de un pilar fundamental a la hora de prestar una atención sanitaria de calidad, evitando en la medida de lo posible la sobrecarga de los servicios de urgencias atendiendo procedimientos menores que se pueden resolver sin necesidad de atención especializada.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son unos profesionales sanitarios que llevan a cabo un papel asistencial de importancia en los centros de atención primaria, colaborando activa y estrechamente con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios en la atención a las personas usuarias de dicho servicio, fomentando un sistema de desarrollo integral e integrado.

En el presente trabajo desarrollaremos las funciones que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería llevan a cabo de manera más detallada, centrándonos en las funciones asistenciales, tanto hacia las personas usuarias, como con el equipo médico y el de enfermería.

2 Objetivos

- Examinar las funciones principales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el ámbito de la atención primaria.
- Identificar las actividades específicas que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para contribuir a la atención de los pacientes en este contexto.
- Analizar el impacto de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de atención primaria.
- Destacar la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el personal médico y de enfermería en la atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE en el ámbito de la atención primaria abarcan una amplia gama de tareas, que incluyen:

- Recepción de pacientes y acompañamiento hasta la zona de atención que le corresponde, resolviendo las posibles dudas y ayudándolos en los desplazamientos

si esto fuera necesario por problema de movilidad de la persona usuaria.

- Toma de constantes vitales en colaboración con el equipo médico, como la temperatura, el pulso, la tensión arterial o las respiraciones, registrando los datos obtenidos en las gráficas de enfermería.
- Preparación de las consultas antes de que comiencen, dotándolas de todos los materiales necesarios para que el equipo médico y de enfermería desarrollen sus funciones de manera correcta y fluida. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encargará de cambiar las sábanas de las camillas al finalizar la consulta con un paciente y antes de darle paso al siguiente.
- Prestar cuidados básicos asistenciales a aquellos pacientes que lo requieran por su situación, como cambios de pañal, traslados silla de ruedas-camilla, aseo en los casos que se requieran, ayuda en la deambulación, etc.
- Colaborar en la promoción de la salud comunitaria, brindando pautas que ayuden a mantener el estado de salud de las personas usuarias, fomentando su autonomía e independencia tratando de disminuir así las intervenciones médicas y las visitas al servicio de atención primaria y hospitalaria.
- Gestión de suministros y equipos, encargándose de mantener el orden y control de los suministros médicos y el equipamiento necesario en la consulta médica.
- La contribución del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la atención primaria lleva a varios resultados positivos, mejorando la eficiencia del personal médico y de enfermería al delegar en él tareas que agilizan los procesos asistenciales, optimizando tiempos y recursos.

La presencia del TCAE en la consulta médica permite una atención más personalizada y centrada en las necesidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de atención primaria se basa en la asistencia tanto a los pacientes, encargándose de procesos como la recepción, toma de constantes, cuidados básicos, etc., como de apoyo al equipo de enfermería y médico, llevando a cabo la labor de reposición de materiales, apoyo en procedimientos sencillos, registro de datos, etc.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe poseer unas destrezas sociales adecuadas que garanticen el buen trato hacia las personas usuarias, practicando la escucha activa, ayudándoles en todo lo que esté a su alcance y se encuentre dentro de sus competencias profesionales, todo ello desde la empatía y la asertividad.

Siempre debe ser primordial fomentar la autonomía de los pacientes, dándole las pautas necesarias para que puedan llevar a cabo su autocuidado de la manera más autónoma posible, y dándoles pautas para que adopten un estilo de vida lo más saludable posible para minimizar los problemas de salud y por consiguiente las visitas a los centros sanitarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 166

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA

ANTONIO FUENTES AYUS

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La psiquiatría es una rama de la medicina que se encarga del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales y emocionales de los pacientes que acuden a dicho servicio. Los profesionales de la psiquiatría, llamados psiquiatras, son médicos especializados en la salud mental que utilizan enfoques médicos y terapéuticos para abordar una amplia gama de trastornos psiquiátricos.

Los psiquiatras evalúan a los pacientes para determinar si padecen trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otros. Luego, desarrollan planes de tratamiento que pueden incluir

terapia de conversación (psicoterapia), medicamentos psicotrópicos, hospitalización psiquiátrica o una combinación de estos enfoques, según la naturaleza y gravedad del trastorno.

Todos los hospitales cuentan con un área específica destinada a la salud mental y con una zona destinada al internamiento de pacientes que requieren de cuidados específicos en dicha área.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desarrolla un papel de suma importancia en la atención a los pacientes del servicio de psiquiatría hospitalaria, ya que se encargará de manera directa de proporcionarle los cuidados básicos diarios, así como de trabajar conjuntamente con el resto del equipo multidisciplinar para la atención integral de las personas usuarias.

Este trabajo tiene como objetivo explorar las funciones y características esenciales del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de psiquiatría hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir las diversas funciones específicas que desarrolla el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de psiquiatría hospitalaria.
- Identificar las características personales y profesionales que se considerarían necesarias para desempeñar eficazmente su labor profesional.
- Evaluar la importancia del trabajo en equipo y la comunicación en el cuidado de pacientes psiquiátricos.
- Examinar los resultados positivos que puede lograr un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería bien capacitado en el servicio de psiquiatría 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

1. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Psiquiatría Hospitalaria

- Administración de medicación bajo supervisión directa del equipo de enfermería y siempre que se trate de medicamentos de administración oral o tópica, teniendo en cuenta las limitaciones estipuladas legalmente en cuanto a administración de medicamentos por parte el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Labor de vigilancia a los pacientes, debiendo prestar atención continua a su comportamiento y cambios del estado anímico, avisando inmediatamente al equipo de enfermería o equipo médico si observáramos alguna alteración que pudiera perjudicar al propio paciente o al resto de usuarios internalizados.
- Tareas de higiene de los pacientes, debiendo supervisar a aquellos que pueden llevarlo a cabo por sí mismo y ayudando a aquellos que son dependientes en este aspecto, promoviendo su autonomía siempre que esto sea posible.
- Asistencia en la alimentación, vigilando que se cumplen las normas en los comedores y que los pacientes hacen una ingesta adecuada, prestando ayuda a aquellas personas que no puedan realizar las comidas por sí mismas.
- Colaboración en terapias ocupacionales, participando en actividades terapéuticas dirigidas a mejorar las habilidades sociales y emocionales de los pacientes.

2. Características del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

Una de las principales características que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe desarrollar se trata de la empatía con las personas usuarias, poniéndose en su situación y siendo pacientes en la atención a las mismas, teniendo en cuenta de que se trata de usuarios con unas características mentales y psicológicas afectadas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería también a de estar preparado para soportar grandes niveles de estrés, ya que el entorno de trabajo en el cual desarrolla sus funciones puede resultar desafiantes y por consiguiente debe tomar consciencia de que es fundamental mantener la calma en todo momento y buscar soluciones ante los posibles conflictos que puedan surgir.

Así mismo, estos profesionales sanitarios deben de saber trabajar en equipo, porque resulta fundamental para el correcto desarrollo de las funciones de cada departamento, fomentando una gran atención interprofesional para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería desempeña un papel crucial en el servicio de psiquiatría hospitalaria al proporcionar un apoyo fundamental en la atención de pacientes con trastornos mentales. Sus funciones incluyen la administración de medicamentos, la vigilancia constante, la asistencia en la higiene y alimentación, así como la colaboración en terapias ocupacionales. Además, características personales como la empatía, la paciencia y la resistencia al estrés son esenciales para llevar a cabo estas funciones de manera efectiva. En última instancia, el trabajo en equipo y la comunicación son fundamentales para lograr resultados positivos en el tratamiento y cuidado de pacientes psiquiátricos, mejorando así su calidad de vida y bienestar emocional.

6 Bibliografía

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

Capítulo 167

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA OBESIDAD

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad compleja que se define como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo y que puede ser perjudicial para la salud. No solamente es un problema estético sino médico que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades y otros problemas de salud como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, diabetes, neoplasias...

La obesidad está ligada a diversos factores pero por norma general la genética tiene mucho que ver así como factores fisiológicos y del entorno combinados con la alimentación y el ejercicio físico. En la obesidad se produce un desequilibrio energético entre las calorías que se consumen y las que se gastan, esto se ha visto favorecido por una variación en las conductas de la población que en los últimos años han aumentado la ingesta de alimentos ricos en grasas y en un descenso de la actividad física debido a los hábitos cada vez más sedentarios de la población. El índice de masa corporal (IMC) es un importante factor de riesgo de la obesidad y suele emplearse para diagnosticarla. Para calcular el IMC se divide el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su estatura en metros. Por ejemplo, una persona que pese 70 kg y mida 1.63 metros tendría un IMC de 26.41 ($70/2.66$).

Se considera sobrepeso si el IMC es superior a 25 y obesidad si el IMC es igual o superior a 30.

En este ejemplo concreto la persona padece sobrepeso.

2 Objetivos

- Identificar las consecuencias comunes que tiene la obesidad en la niñez y la adolescencia
- Conocer el tratamiento de la obesidad

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos realizado una gran tarea de investigación, la cual se ha basado en revisiones bibliográficas de variados artículos sobre el tema a tratar presentes en la literatura científica existente. De igual manera se han realizado búsquedas en libros relacionados y en bases de datos.

4 Resultados

La consecuencia más importante de la obesidad infanto-juvenil es su persistencia en la adultez. El transcurso de los años es directamente proporcional al riesgo de padecer obesidad en la edad adulta.

Otras consecuencias son:

La hipertensión arterial: La obesidad es la causa principal de hipertensión arterial en niños y esta es predictiva de ser persistente en la adultez.

Dislipidemia: Es habitual encontrar niveles de colesterol alterados en niños y adolescentes con obesidad, en los que se detecta un aumento de triglicéridos.

Resistencia insulínica, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo II:

La diabetes mellitus tipo II es otra de las enfermedades que crece de forma paralela a la obesidad. La resistencia insulínica tiene un papel principal en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II y se ve antes que la intolerancia a la glucosa en el curso del deterioro de las funciones de las células beta del páncreas.

Hiperandrogenismo:

El exceso de grasa abdominal en las adolescentes se relaciona con el hiperandrogenismo. Este se caracteriza por un aumento en los niveles de testosterona en el organismo y puede producir alteraciones de la menstruación o el desarrollo prematuro del síndrome de ovario poliquístico.

Hígado graso:

Su forma de aparición más común es la esteatosis y se caracteriza por la acumulación de triglicéridos en los hepatocitos.

Colelitiasis:

La obesidad es la causa principal de cálculos en la vesícula en niños.

Tibia vara o Enfermedad de Blount:

Se trata de un crecimiento anormal de la región medial de la epífisis tibial proximal, lo que condiciona la angulación de forma progresiva en varo, a nivel de debajo de la rodilla.

Asma bronquial:

La obesidad infantil cada vez está más relacionada con el asma y además los obesos asmáticos responden de forma diferente a los tratamientos que los pacientes no obesos.

En cuanto al tratamiento de la obesidad, en el plano individual, las personas pueden limitar la ingesta de calorías procedente de la cantidad de grasa total y de los azúcares así como aumentar el consumo de verduras y frutas, legumbres, frutos secos y cereales. También se debe realizar una actividad física de forma periódica (unos 60 minutos al día para los jóvenes y alrededor de 150 minutos para adultos).

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es una enfermedad muy prevalente, desde 1975 se ha triplicado el número de personas obesas en el mundo.

Este dramático aumento de los casos de obesidad ha dado lugar a la aparición de diferentes enfermedades serias asociadas a ella. Aunque el tratamiento de la obesidad puede prevenir y revertir la aparición de complicaciones, esto no es sencillo, ya que requiere de cambios en el estilo de vida y del compromiso y la implicación de la persona afectada.

Actualmente la opinión de los expertos para dar solución a este problema pasa por la prevención a nivel individual así como la espera de que se pongan en práctica políticas públicas que favorezcan estilos de vida saludables como por ejemplo limitar la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas o la garantía de que haya opciones saludables y nutritivas disponibles y asequibles a todos los consumidores.

6 Bibliografía

- (1) <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>
- (2) <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-obesidad-sus-complicaciones-S0716864011703893>
- (3) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Capítulo 168

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ENTORNO LABORAL

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud como “El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, en este caso en el entorno laboral. No se trata solamente de la ausencia o prevención de enfermedades, sino tratar de conseguir un estado completo de bienestar emocional, físico y social”

Extrapolado al ámbito colectivo, busca el bienestar de la sociedad y para conseguirlo debemos tratar de mejorar las habilidades y capacidades del personal involucrado en el sector sanitario, por ejemplo a través de formaciones de carácter especializado, pero también mejorando las condiciones sociales, económicas y ambientales que lo rodean.

Mantener un entorno laboral adecuado y sano en el que todos los miembros de la empresa se sientan a gusto es muy importante para el desarrollo y éxito de la misma. Las personas que forman parte del negocio deben percibir sus necesidades cubiertas y seguridad a la hora de desarrollar las tareas del puesto.

En la búsqueda de mejoras, la promoción de la salud se centra en varios objetivos como por ejemplo la mejora de la calidad de vida y la disminución de riesgos, la

prevención y el control de posibles accidentes o concienciar a la población sobre la toma de decisiones relativas a su salud.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de prevención de las enfermedades
- identificar los métodos de educación sanitaria en la promoción de la salud

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una ardua tarea de investigación basada en la revisión bibliográfica de diversos artículos sobre el tema que nos ocupa presentes en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda avanzada en libros relacionados y se ha sacado información de las principales bases de datos.

4 Resultados

La prevención de enfermedades consiste en intervenciones concretas basadas tanto en la población en su conjunto como en un individuo concreto para la prevención primaria con el fin de reducir la aparición de enfermedades y los factores de riesgo que dan lugar a estas. La prevención se diferencia de la promoción de la salud en que se centra en actuaciones específicas destinadas a reducir el desarrollo y gravedad de patologías crónicas y otras causas de mortalidad.

Se diferencian dos tipos de prevención; la prevención primaria y la secundaria. El objetivo de la prevención primaria es evitar la aparición de una enfermedad (esto engloba las diferentes actividades para mejorar la salud, los riesgos de la conducta y las actuaciones para disminuirlos a nivel comunitario, los suplementos de la alimentación y los alimentos). La prevención secundaria se encarga de detectar de forma precoz las enfermedades para aumentar las probabilidades de resultados positivos en los tratamientos. En este sentido se realizan actividades como programas de detección basados en evidencias para la detección temprana de enfermedades.

En cuanto a los métodos de educación sanitaria podemos diferenciar dos tipos: Los métodos directos o bidireccionales y los métodos indirectos o unidireccionales.

En los métodos directos existe contacto directo entre educador y el educando, son más eficaces porque hay feedback, los más utilizados son el diálogo, la charla o conferencia, la clase y las técnicas de grupo.

El diálogo es el método más eficaz y más utilizado en educación sanitaria, garantiza el feedback entre el profesional y la persona usuaria.

La charla es muy usada en grupos de muchas personas, ya que permite llegar a gran número de personas, suele durar entre 30 y 45 minutos en los que una persona formada en el tema adapta la explicación en función del nivel de los oyentes. Al acabar suele ser habitual y recomendable iniciar un coloquio.

La clase es el método más común en centros de enseñanza

Las técnicas de grupo se basan en la participación de forma activa de un grupo de personas con afinidades comunes. Aquí destaca la presencia de un animador. Las más utilizadas son el taller, la discusión, Phillips 66, brainstorming y el role playing.

Los métodos indirectos se caracterizan por la ausencia de feedback entre emisor y receptor, mejoran la adquisición de conocimientos pero no se logran cambios significativos de conducta.

Los más utilizados son las acciones publicitarias (como carteles o folletos, cartas y carteles) y medios de comunicación de masas (como periódicos, revistas e internet).

5 Discusión-Conclusión

La promoción de la salud es muy importante, ya que las personas tienen la tendencia de preocuparse en cuidar su salud solo cuando esta se ve afectada por alguna patología en lugar de adoptar hábitos saludables de forma continuada.

Esto limitaría considerablemente las cifras de muertes prematuras además de mejorar la salud física, mental, emocional y social de las personas lo que conlleva a una mejor calidad de vida y a un mayor autoconocimiento.

Prestar atención a la salud y al bienestar aumenta las probabilidades de una vida longeva y saludable. Cuidar de uno mismo detiene o disminuye los problemas de salud y ayuda a ahorrar en tiempo y dinero derivados de los medicamentos y de las visitas a los centros de salud y hospitales.

6 Bibliografía

- (1) <https://webmedy.com/blog/es/importance-of-health-prevention-and-promotion/>

- (2) <http://www.spmas.es/blog/importancia-promocion-de-la-salud-en-el-trabajo/>
- (3) <https://universidadeuropea.com/blog/promocion-salud/>
- (4) Temario unidad 14 Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.
Formación Sanitaria del Principado

Capítulo 169

LOS PACIENTES HOSPITALARIOS Y COMO PROCEDE EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

LOIDA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

El papel que desempeña el auxiliar de enfermería con el paciente encamado es fundamental, ya que al encontrarse postrado en la cama va a necesitar ayuda para realizar las tareas fundamentales como es su higiene personal, ayuda para poder comer, se le pondrá la cuña, etc.

Aparte de esto el personal sanitario tiene que hacer sentir cómodo al paciente, ya que se encontrará más sensible debido a que va a necesitar ayuda, incluso puede provocar depresión al encontrarse en dicha situación, por ello es fundamental que seamos empáticos y nos mostremos cercanos al paciente.

Debido a la inmovilidad se pueden producir varias complicaciones, sobre todo si está encamado por un tiempo prolongado, viendo deteriorarse sus facultades.

Es importante que el auxiliar de enfermería debe ocuparse de que el paciente esté lo más cómodo posible.

Es muy importante la movilización del paciente para evitar complicaciones como las úlceras por presión, trombosis venosas, pérdida de masa muscular, ya que al estar un largo tiempo encamado se pierde músculo, pudiendo degenerar en una atrofia muscular, puede aparecer estreñimiento, también se puede debilitar el sistema respiratorio, pérdida de memoria, y diferentes problemas psicológicos, problemas de obesidad, etc.

Por lo que es necesario establecer unas pautas determinadas e individualizadas, para el cuidado del paciente encamado.

2 Objetivos

- _ Conocer el papel a desempeñar del auxiliar de enfermería con el paciente encamado
- _ Conocer los problemas de salud en los pacientes encamados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Proporcionando un estudio general de las funciones del auxiliar de enfermería con el paciente encamado

4 Resultados

Cuando un paciente está encamado necesita un plan de cuidados que esté perfectamente elaborado para prevenir las diversas complicaciones debidas al estar su movilidad limitada.

Por otro lado, este tipo de pacientes se encuentran en una situación de dependencia, lo que puede provocarles diversos problemas de soledad debido a que no está con sus seres queridos, e incluso pueden presentarse problemas psicológicos como una depresión.

Pueden angustiarse debido a que se encuentran encamados obligatoriamente.

El auxiliar de enfermería será la encargada de realizar la higiene del paciente, diciéndole lo que se le va a hacer, y respetar sobre todo su intimidad antes de proceder al lavado del paciente nos aseguraremos que no haya corrientes de aire en la habitación.

Se cubrirá al paciente con una sabana o toalla, nunca dejarle completamente desnudo, y se procederá a lavarle por partes, previamente preparado el material necesario para el lavado. Se utilizará un jabón pH neutro y se prestará atención en el secado, para evitar infecciones en la piel, finalmente se le aplicará una crema hidratante.

El orden del lavado será : enjabonar, aclarar y secar.

Se colocará al paciente en decúbito supino si su patología se lo permite, y se seguirá un orden de lavado determinado, empezando por la cara, cuello y orejas, hombros, brazos y manos, tórax y mamas, abdomen, extremidades inferiores, espalda y nalgas y por último genitales externos, ano.

La higiene de los genitales siempre se realizará desde la región genital a la región anal.

Una vez realizada la higiene se recogerá todo el material que hayamos utilizado. Otro factor importante es la alimentación del paciente encamado, para ello se elevará la cabecera de la cama.

Cuando el paciente se alimenta por sonda es importante que se le eleve la cabecera de la cama para evitar la bronco aspiración. La dieta debe ser variada y completa.

5 Discusión-Conclusión

El paciente encamado es un tipo de paciente que requiere de muchos cuidados debido a su situación, teniendo que depender de otras personas para realizar las actividades de autocuidado, comer, higiene, movilidad, sus necesidades fisiológicas, etc.

Por otro lado es importante tener un plan de cuidados para evitar las complicaciones que se producen en el paciente encamado sobre todo si tiene que permanecer un largo período de tiempo.

Estas complicaciones pueden ser alteraciones en la circulación sanguínea, muscular, úlceras por presión respiratorias, psicológicas...

Destaca la importancia del aseo, ya que alivia la rigidez articular, también proporciona cierto alivio en el dolor y sube la autoestima del paciente.

6 Bibliografía

1. [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidadosdeenfermeria -a-pacientes-encamados/](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidadosdeenfermeria-a-pacientes-encamados/) <https://www.osakidetza.euskadi.eus>
2. [https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras -por-presion-prevencion -tratamiento13059416](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento13059416)

Capítulo 170

LOS CUIDADOS PALIATIVOS QUE APORTAN EL EQUIPO DE TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

LOIDA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

Explicaremos la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con alguna enfermedad terminal que necesiten cuidados paliativos. Los cuidados paliativos están definidos por la sociedad española de cuidados paliativos como cuidados diseñados para proporcionarle tanto a las familias como al paciente bienestar y confort durante las últimas fases de la enfermedad terminal.

Los cuidados paliativos están enfocados en que los pacientes tengan la mejor calidad de vida el resto de los días que estén conscientes y tengan el menos dolor posible manteniendo todos los síntomas bajo control.

Se define enfermedad terminal como una enfermedad que ya está avanzada es incurable y no responde a ningún tratamiento específico agravándose los síntomas según va avanzando la enfermedad.

Todos estos factores provocan una desestabilización emocional tanto en la familia como en el paciente.

La familia debe de estar lo más informada posible para darle apoyo emocional y físico al paciente que padece la enfermedad terminal.

Es cierto que hoy en día hay muchos avances tecnológicos los cuales hacen que mejore la calidad de vida del paciente y tener más expectativas, pero cuando se trata de pacientes paliativos la cosa cambia porque lo que más necesitan dichos pacientes y familiares es el apoyo emocional del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y del resto del equipo médico.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a los pacientes en cuidados paliativos de los hospitales.

3 Metodología

Hemos recopilado información de diversas páginas web y libros científicos.

Todos estos pasos y procedimientos seguidos por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería previamente prescritos por los facultativos pertinentes sirven para promover el bienestar la calidad de vida la ausencia de dolor o la disminución del mismo en el paciente durante sus últimos días de vida.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel fundamental en los cuidados al paciente paliativo.

Uno de los cuidados que tiene que realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la higiene diaria del paciente con el fin de que este se encuentre más cómodo en primer lugar se enjabona con una esponja por todas las zonas de su cuerpo siendo la zona genital la última en realizar la higiene es muy importante que después del enjabonado y el enjuagado con otra esponja se sequen muy bien todas las zonas en especial donde hay pliegues por ejemplo axilas debajo de las glándulas mamarias en el caso de las mujeres ingles, zona interdigital el último

paso en la higiene es la hidratación la cual también es muy importante. Una vez realizada la higiene del paciente se tienen que ir cambiando toda la ropa de cama las veces que sean necesarias.

Una vez limpiado el cuerpo del paciente pasamos a realizar la higiene de los ojos los cuales se limpian con solución salina evitando de esta manera que la córnea se seque y que se acumulen secreciones. Pasamos a la higiene bucal en ella el técnico en cuidados auxiliares de enfermería utilizará torundas impregnadas en una solución antiséptica por último se hidratarán los labios.

Toda la higiene tanto corporal como facial tiene que hacerse manteniendo en todo momento la intimidad del paciente.

Otra de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el tema de la alimentación.

La nutrición del paciente tiene que estar adaptada a este dependiendo de sus necesidades las comidas pueden ser fraccionadas en varias tomas diarias en pequeñas cantidades nunca hay que forzar al paciente a la ingesta de comida si este siente náuseas o mal cuerpo, ya que de lo contrario sería perjudicial para él. Hay que seguir las indicaciones que haya dado el médico. En caso de necesitarlo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería aplicaría un enema prescrito por el facultativo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre debe de animar al paciente para que esté en un entorno lo más relajado posible ayudándole a llevar una respiración lenta y profunda con el fin de que los alimentos que ingiera pueda digerirlos correctamente.

Un papel fundamental del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es ayudar tanto al paciente como a los familiares psicológicamente y emocionalmente y mantener un ambiente lo más relajado posible para que el paciente esté cómodo y pueda descansar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asegurarse de que el paciente siga todos los tratamientos que han sido prescritos por el facultativo para que de esta manera pueda tener una buena calidad de vida y pasar sus últimos días de la mejor manera posible al menos evitando de esta manera el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto con el resto del equipo sanitario tienen que ofrecer una atención integral al paciente mejorando su calidad de vida controlando su dolor e intentando que tenga el mayor bienestar posible durante esta última fase de su vida también el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con el resto del equipo sanitario debe de ofrecer un

apoyo tanto físico como emocional al paciente y a sus familiares. Hay que utilizar un lenguaje claro real y muy importante tranquilizador debemos de dejar al paciente que exprese en todo momento sus sentimientos ayudarle en todo lo que sea necesario, pero sin que exista una sobreprotección. El técnico en cuidados auxiliar de enfermería debe en todo momento respetar las creencias y los valores del paciente y de sus familiares.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ante todo respetar la intimidad del paciente y preservar su dignidad.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/introduccion-cuidados-paliativosprofesionalesenfermeria/>

http://www.acservicios.com/consejos_mejora_asistencial/177/el_paciente_terminal__cuidados_paliativos_i_introduccion.html <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Capítulo 171

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES CON UNA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

LOIDA SERRANO LOPEZ

1 Introducción

El paciente que ha sufrido una amputación recientemente puede ser por diferentes causas, un accidente, el cual ha producido la amputación, un problema o enfermedad vascular.

Podemos definir una amputación como que es un procedimiento quirúrgico destinado para cortar un miembro pélvico por encima del cóndilo. En su gran mayoría, las amputaciones que no se han producido por un trauma corresponden a una complicación de la diabetes.

La diabetes es una de las patologías más frecuentes en la actualidad, la cual no solo afecta al déficit de glucosa, es una de las enfermedades que más complica-

ciones puede tener. En caso de que el paciente tenga algún tipo de úlcera, herida suele tener muchos problemas en la cicatrización de esta.

Esta amputación supracondílea también es valorada por la especialidad de vascular, ya que en la misma cirugía de amputación supracondílea necesitan anastomosis de arterias, venas. Es decir, realizar un sistema circulatorio nuevo.

Se puede conocer que el paciente puede sufrir del miembro fantasma en esa amputación aun sin tener el miembro afecto. El afrontamiento y la aceptación de tal duro suceso requerirá de la intervención del equipo sanitario junto con la propia colaboración activa del sujeto afectado, en aras de favorecer el proceso de readaptación a la vida y su entorno.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de cuidados o actuaciones básicos puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante la amputación supracondílea de un paciente hospitalizado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUDMEB etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a cuidados, debe tener el TCAE con un paciente con una amputación supracondílea.

Palabras clave: amputación, cuidados, miembro, vascularización.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido documentar e incluir artículos los cuales se pueden identificar que tipo de cuidados puede realizar el TCAE en un paciente ante la reciente amputación supracondílea.
- El TCAE deberá conocer que es la amputación supracondílea y como puede ayudar al paciente.
- El TCAE en un primer momento debe conocer que el primer día de amputación el paciente deberá estar a reposo, con lo cual deberá realizar el aseo como si se trata de un paciente encamado. Durante el proceso o técnica de aseo de este paciente se podrá observar si existe algún tipo de sangrado en la zona del muñón de la amputación.

- El paciente con una amputación puede sufrir el miembro fantasma, es decir, el paciente, aun con el conocimiento de que no tiene ese miembro, sufre el dolor de este. El TCAE realizará con el debido cuidado todo el momento del aseo.
- El TCAE avisará al profesional de enfermería de la situación de este paciente, el cual sufre del miembro fantasma.
- En el momento que el paciente ya pueda levantarse el TCAE ayudara a este de forma que se sentirá débil, se le realizara la transferencia con ayuda del celador al sillón.
- El TCAE debe conocer también que este paciente con el paso del tiempo será valorado para una posible prótesis de pierna. Esta valoración será realizada por el fisioterapeuta, el cual acudirá diariamente para realizar los ejercicios necesarios para fortalecer la pierna y como no para realizar el vendaje al muñón como preparación para esa prótesis. El TCAE tendrá en cuenta esta visita para poder tener aseado al paciente y con la cama limpia, para que durante la sesión de la fisioterapia el paciente se encuentre confortable, cómodo y pueda realizar los ejercicios correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los pacientes que les cuesta afrontar que van a sufrir o han sufrido una amputación supracondílea. Pero para ello el personal sanitario deberá ayudar a este en todo lo relacionado con el cuidado y por supuesto aumentar su calidad de vida.

El TCAE es un profesional el cual ayuda en actividades de la vida diaria en pacientes que sufren una amputación supracondílea, sobre todo en los primeros días tras la cirugía.

Son muchos los cuidados que hay que realizar a este paciente, ya que comienza una etapa difícil y dura en la cual deberá adaptarse a no tener un miembro inferior, pero aun así en muchas ocasiones se puede llegar a valorar y colocarle una prótesis en la pierna.

6 Bibliografía

- Ocampo M.L., Henao L.M., Vásquez L. Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física. Fac. Rehabil. Desarro. Hum. Bogotá [Internet]. 2010; 42(4): 4.26.
- Sandonis Martín T.S. Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior. Escuela Universitaria de Enfermería

de Leioa, País Vasco. [Internet].; 201.

Capítulo 172

PROTOCOLO PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ANTONIO FUENTES AYUS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un paciente encamado es aquel que, debido a diversos factores como una patología, una intervención quirúrgica, problemas cognitivos, etc., debe permanecer en cama viendo reducida su movilidad, por lo que requiere de la atención de terceras personas para poder desarrollar muchas de sus actividades básicas de la vida diaria, convirtiéndolos en personas dependientes.

La movilización de pacientes encamados es una tarea esencial en la atención de la salud de los pacientes, especialmente en entornos hospitalarios y de cuidados

a largo plazo. La inmovilidad prolongada puede dar lugar a diversas complicaciones como úlceras por presión, atrofia muscular y disminución de la calidad de vida del paciente. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial al ayudar en la movilización de los pacientes, siendo el profesional sanitario encargado de llevarlos a cabo.

Es por ello que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe contar con la formación específica necesaria para llevar a cabo dichas movilizaciones con máxima seguridad para el paciente y para el propio sanitario.

Este trabajo tiene como objetivo presentar un protocolo para la movilización de pacientes encamados por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, resaltando la importancia de este procedimiento en la atención de enfermería.

2 Objetivos

- Definir los principios y pasos esenciales para la movilización segura de pacientes encamados por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Destacar la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el proceso de movilización de pacientes.
- Evaluar los beneficios de la movilización adecuada en la prevención de complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

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

La primera acción que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe llevar a cabo es una evaluación inicial del estado de salud del paciente, valorando su capacidad de movilización antes de proceder a realizar cualquier movimiento, teniendo conocimiento de manera anticipada de los informes médicos que indiquen las patologías previas y prestando atención a si existe alguna pauta del equipo facultativo en lo referente a la movilización del paciente.

A continuación, y tras conocer el estado del paciente, procederemos a explicarle el procedimiento que vamos a llevar a cabo con palabras que pueda comprender, pidiéndole siempre su cooperación en la medida de sus posibilidades sin comprometer nunca su seguridad ni su estado de salud.

Debemos preparar el entorno de manera adecuada para llevar a cabo la movilización, asegurándonos de contar con el espacio suficiente y las medidas adecuadas para llevarlo a cabo de manera segura y sin riesgo de autolesionarnos.

Para proceder a realizar la movilización, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener una colocación adecuada, posicionando al paciente de forma segura y cómoda antes de comenzar a realizar la movilización.

Utilizaremos la técnica de movilización mas adecuada, ayudándonos de los equipos técnicos necesarios como grúas, discos, camillas, sábanas, tablas, etc.

En casos de movilización de pacientes con necesidades especiales o movimientos difíciles, colaborar con otros miembros del equipo de atención médica, llevando a cabo las movilizaciones entre dos o incluso tres Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Por último, se deberá documentar adecuadamente la movilización llevada a cabo en el registro de enfermería, incluyendo cualquier observación relevante o cambios en el estado del paciente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe trabajar en estrecha colaboración con enfermeras, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una movilización segura y efectiva.

La comunicación eficiente entre el equipo de atención médica es esencial para coordinar la movilización de pacientes con necesidades especiales.

La movilización regular previene complicaciones como las úlceras por presión, mejora la circulación sanguínea y ayuda a mantener la función muscular.

Los pacientes que son movilizados adecuadamente experimentan una mejor calidad de vida y tienen menos riesgo de complicaciones asociadas con la inmovilidad.

5 Discusión-Conclusión

La movilización regular de los pacientes que se encuentran encamados previene de manera eficiente muchas complicaciones asociadas a la inmovilidad, como las úlceras por presión, mejora la circulación sanguínea y ayuda a mantener la función muscular.

Los pacientes que son movilizados adecuadamente experimentan una mejor calidad de vida y tienen menos riesgo de padecer efectos secundarios como causa de dicha inmovilidad.

El protocolo para la movilización de pacientes encamados por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un componente esencial en la atención de la salud.

La colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y otros profesionales de la salud como los facultativos, el equipo de enfermería, los fisioterapeutas, logopedas o integradores sociales, son fundamentales para garantizar una movilización segura y eficiente. La implementación de este protocolo en la práctica clínica promueve una atención de enfermería de calidad y un mejor bienestar de los pacientes encamados. Dada la importancia de la realización segura y eficiente de las movilizaciones, se requiere que el personal que la lleva a cabo, en este caso el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, cuenta con una formación y unos conocimientos específicos sobre como se han de llevar a cabo dependiendo de la situación en la que se encuentre cada paciente.

6 Bibliografía

1. Editorial MAD
2. Scielo
3. Wikipedia

Capítulo 173

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS TÉCNICAS AVANZADAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS DE PACIENTES EN LOS HOSPITALES

LAURA SÁNCHEZ ABAD

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

1 Introducción

Los TCAE son profesionales de la salud que trabajan bajo la supervisión de enfermeros y médicos. Su trabajo es fundamental para el funcionamiento eficiente de los hospitales y la comodidad de los pacientes. Uno de los aspectos críticos de su labor es la movilización y transferencia de pacientes, que implica el traslado seguro de pacientes de una cama a otra, sillas de ruedas o camillas, o incluso ayudar a los pacientes a levantarse y moverse.

Su formación y habilidades son esenciales para garantizar la comodidad y seguridad de los pacientes, especialmente en lo que respecta a la movilización y transferencia de estos.

Las movilizaciones de los pacientes son actividades cotidianas en el ámbito de la atención médica que va a implicar el traslado, cambio de posición y asistencia en la movilidad de los pacientes. Estas actividades pueden variar desde ayudar a una paciente a levantarse de la cama hasta la transferencia de pacientes de una cama a la otra o a una silla de ruedas. El TCAE va a desempeñar un papel fundamental en estas tareas, contribuyendo al cuidado integral del paciente y a la prevención de complicaciones asociadas con la inmovilidad de los pacientes ingresados como las úlceras por presión.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer la importancia que tiene que el TCAE realice las movilizaciones y posiciones adecuadas para los pacientes ingresados que se encuentren encamados.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de diferentes fuentes académicas como "Pubmed" o "Google scholar" entre otras. Se ha buscado como palabras clave "el TCAE en el cambio de posición de los pacientes y la importancia de las movilizaciones".

4 Resultados

Los TCAE desempeñan varias funciones en la movilización y transferencia de pacientes:

1. Evaluación de las necesidades del paciente: Los TCAE evalúan la capacidad de los pacientes para moverse y determinan el nivel de asistencia necesario.
2. Asistencia en la higiene personal: Ayudan a los pacientes con la higiene personal, lo que a menudo incluye la movilización para bañarse o ir al baño.
3. Manejo de dispositivos de ayuda: Los TCAE están capacitados para usar dispositivos de ayuda como grúas de techo, sillas de ruedas, y tablas de transferencia para movilizar a los pacientes.

4. Prevención de úlceras por presión: Posicionan y cambian a los pacientes regularmente para prevenir úlceras por presión.

Es necesario que los TCAE tengan una formación correcta para realizar movilizaciones. Para llevar a cabo estas tareas de manera efectiva y segura, los TCAE reciben una formación específica que incluye:

- Anatomía y fisiología: Comprenden la estructura del cuerpo humano y cómo afecta la movilidad.
- Técnicas de elevación y transferencia: Aprenden a utilizar dispositivos y técnicas adecuadas para mover a los pacientes. El TCAE utiliza técnicas adecuadas de movilización, como cambios posturales, transferencias de la cama a la silla o viceversa, uso de dispositivos de ayuda y movilizaciones activas y pasivas según las necesidades del paciente.
- Comunicación y empatía: Desarrollan habilidades de comunicación para interactuar con los pacientes de manera sensible y respetuosa.
- Seguridad: Se forman en la prevención de lesiones tanto para ellos como para los pacientes.
- Técnicas Avanzadas de Movilización y Transferencia.

En los últimos años, han surgido técnicas avanzadas y dispositivos que mejoran aún más la seguridad y comodidad de los pacientes:

1. Grúas de techo: Estas grúas permiten una movilización más sencilla y segura de pacientes con movilidad limitada.
2. Almohadas y colchones especiales: Diseñados para reducir la presión sobre áreas del cuerpo que son vulnerables a las úlceras por presión.
3. Tecnología de asistencia robótica: Robots diseñados para ayudar en la movilización y transferencia de pacientes de manera segura.

La importancia que tiene el TCAE en las movilizaciones de los pacientes son:

1. Prevención de complicaciones: el TCAE tiene un conocimiento específico sobre las técnicas de movilización seguras, lo que va a reducir el riesgo de complicaciones como úlceras por presión, contracturas musculares y problemas circulatorios que pueden surgir debido a la inmovilidad prolongada.
2. Promoción de la autonomía.
3. Mejora del Confort: va a contribuir a que los pacientes se sientan más cómodos al cambiar de posición de forma periódica, ajustar las almohadas o a proporcionar el soporte necesario para aliviar el dolor y la incomodidad.
4. Apoyar a enfermeros y fisioterapeutas.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial y crucial en la atención hospitalaria, especialmente en lo que respecta a la movilización y transferencia de pacientes. Su formación y habilidades son fundamentales para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes, prevenir complicaciones y promover la autonomía. Además, las técnicas avanzadas y la tecnología están mejorando continuamente la forma en que se manejan estas tareas, reduciendo el riesgo de lesiones para los pacientes y el personal de atención médica. La colaboración efectiva entre el TCAE, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud es fundamental para el éxito de las movilizaciones de los pacientes.

6 Bibliografía

1. de Prestaciones Y Subvenciones S. TECNICAS DE TRASLADO, MOVILIZACIÓN Y DEAMBULACIÓN [Internet]. Bizkaia.eus. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Zaintza%20eskola%202020/Formaci%C3%B3n%20b%C3%A1sica/3.%20T%C3%A9cnicas%20de%20traslado,%20movilizaci%C3%B3n.pdf?hash=9cf644b7bd8fc889450c751f40de8ee5&idioma=CA>
2. Investigación RS. Técnicas de movilización y transferencia de pacientes en TCAE [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnicas-de-movilizacion-y-transferencia-de-pacientes-en-tcae/>
3. Mecánica corporal y técnicas de movilización y traslado de pacientes (incluye esquema gratis) [Internet]. Blog de oposiciones | OpositaTest. OpositaTest; 2022 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://blog.opositatest.com/la-movilizacion-de-pacientes-principios-generales-mecanica-corporal/>
4. Auxiliar de enfermería [Internet]. Educaweb.com. Educaweb; 2013 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-enfermeria-86/>
5. P PR RE EV VE EN NC CI IÓ ÓN N D DE E R RI IE ES SG GO OS S L LA AB BO OR RA AL LE ES S [Internet]. Fundacionsigno.com. [cited 2023 Oct 2]. Available from: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HPALENCIA_PRL_MOVILIZACION_MANUAL_PACIENTES.pdf
6. Jesús. Test TCAE Técnicas de Movilización de Pacientes [Internet]. TCAE. TCAE.com.es; 2023 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://tcae.com.es/test-tcae-tecnicas-de-movilizacion-de-pacientes/>

7. Ocronos R. El beneficio y la importancia que tienen los cambios posturales en la calidad de vida del paciente encamado [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://revistamedica.com/beneficio-cambios-posturales/>
8. Técnicas de Movilización de Pacientes - Profesiones Sanitarias [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>
9. Formación E. Taller inmovilización y movilización del paciente encamado. TCAE [Internet]. Youtube; 2017 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=OT26zm6eu7s>

Capítulo 174

EL PAPEL DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREPARACIÓN DE APARATOS MÉDICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

LAURA SÁNCHEZ ABAD

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

1 Introducción

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son profesionales esenciales en la atención médica, y desempeñan un papel fundamental en la preparación de los aparatos médicos necesarios en el entorno hospitalario. La preparación adecuada de aparatos médicos es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y la efectividad de los procedimientos médicos en un hospital.

Los TCAE, como miembros clave del equipo de atención médica, asumen la responsabilidad de asegurarse de que los dispositivos y equipos estén listos para su uso en todo momento.

Su labor incluye la verificación, limpieza, esterilización y organización de equipos médicos, contribuyendo a la seguridad y eficacia de los procedimientos médicos. Es importante que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se comuniquen con el resto de los profesionales del trabajo para llevar a cabo una correcta organización y liberar de esta forma la carga de trabajo.

Una correcta preparación de los aparatos médicos que se utilizan en el entorno hospitalario va a ser crucial para el correcto funcionamiento de las funciones que tienen que hacer los profesionales y es importante tenerlo todo colocado antes de realizar cualquier procedimiento médico que necesite cada paciente. Para esto es necesario una correcta gestión de las tareas y los recursos de los que se dispone.

2 Objetivos

El objetivo es analizar en detalle el rol que tiene los TCAE en la preparación de los aparatos médicos y la importancia que tiene en la atención al paciente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo científico se han recopilado datos de diferentes fuentes académicas como son "Pubmed" o "Google Scholar" entre otras. Se han buscado como palabras clave "El TCAE y la preparación de los aparatos médicos necesarios para realizar las pruebas que necesiten los pacientes".

4 Resultados

Las funciones que tienen los TCAE en la preparación de los aparatos médicos son:

1. Verificación y control de inventarios: van a llevar a cabo inventarios regulares de los equipos médicos y verifican que estén completos y en buen estado de funcionamiento.
2. Limpieza y desinfección: lavan y desinfección de los equipos siguiendo los protocolos de higiene establecidos, lo que va a reducir el riesgo de infecciones nosocomiales.

3. Esterilización: coordinan la esterilización de los instrumentos y dispositivos que requieren un nivel más alto de limpieza y desinfección, garantizando la seguridad de los pacientes en procedimientos quirúrgicos y otros.
4. Organización y almacenamiento: aseguran que los equipos estén organizados y almacenados adecuadamente para facilitar su acceso rápido y su utilización eficiente por parte del personal médico.
5. Asistencia en procedimientos: En algunos casos, los TCAE pueden estar directamente involucrados en la preparación de los pacientes y la asistencia en procedimientos médicos, lo que incluye la disposición de los instrumentos y aparatos necesarios.

Los TCAE ayudan en la preparación de aparatos médicos y es importante la preparación adecuada de aparatos médicos

La preparación adecuada de aparatos médicos tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes y en la eficacia de los procedimientos médicos. Algunas de las razones por las cuales este proceso es esencial incluyen:

- Prevención de infecciones: La limpieza y esterilización adecuadas ayudan a prevenir infecciones asociadas a la atención médica (IAAS), lo que protege la salud de los pacientes.
- Eficiencia en la atención: Una preparación adecuada garantiza que los equipos estén disponibles de inmediato cuando se necesitan, evitando retrasos en los procedimientos y optimizando el tiempo del personal médico.
- Seguridad del paciente: La verificación de la funcionalidad de los dispositivos antes de su uso garantiza que no haya problemas técnicos que puedan poner en peligro la seguridad del paciente.
- Cumplimiento normativo: El cumplimiento de las normativas y estándares de seguridad en la preparación de aparatos médicos es fundamental para el funcionamiento legal y ético de los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de los TCAE en la preparación de aparatos médicos es un componente esencial de la atención médica segura y eficiente en el entorno hospitalario. Su dedicación en la verificación, limpieza, esterilización y organización de equipos contribuye directamente a la seguridad y bienestar de los pacientes, así como a la eficacia de los procedimientos médicos. Reconociendo su importancia, es fundamental continuar brindando capacitación y recursos adecuados a los TCAE para que puedan desempeñar su rol de manera efectiva.

Es importante y fundamental que se cumplan todas las preparaciones de los equipos de forma adecuada para evitar complicaciones y liberar así la carga de trabajo.

6 Bibliografía

1. Formación E. El TCAE en el trabajo en equipo [Internet]. Youtube; 2022 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=H4PaJVbJKqY>
2. de Enfermería Ocronos RM y. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al Paciente Quirúrgico en el Proceso Perioperatorio [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/>
3. T.C.A.E. - Auxiliar de Enfermería - Técnicas y Protocolos [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>
4. ¿Qué es un TCAE y cuáles son sus funciones principales? [Internet]. Escuela Origen. Escuela Origen International Education; 2021 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://escuelaorigen.com/que-es-un-tcae-y-cuales-son-sus-funciones-principales/>

Capítulo 175

DERMATITIS SEBORREICA

MONTSE FERNANDEZ

1 Introducción

La Dermatitis Seborreica (DS) es una enfermedad de la piel, eritema escamosa, inflamatoria, recurrente y de evolución crónica. Se produce una descamación de la piel. Las escamas (o caspa) suelen ser de color blanco o amarillo.

Los síntomas más frecuentes se caracterizan por cubrir en una parte del cuerpo, una especie de parche donde se produce la descamación, enrojecimiento e inflamación. Las zonas mas frecuentes del cuerpo, donde actúa, son las áreas con más grasa, como son el cuello cabelludo, la cara y dentro del oído. Es frecuente también en axilas e ingles. En menos ocasiones, aparece también en el pecho y espalda.

La DS en adultos, se suele iniciar después de la etapa de adolescencia y evoluciona con remisiones y exacerbaciones, a pesar de que se esté administrando un tratamiento.

Existe otro tipo de DS llamada "costra láctea" o "gorro de cuna". Afecta a los bebés de 1-3 meses. Las zonas más frecuentes son el cuero cabelludo y la cara. Si esta costra láctea es muy severa, el médico puede aconsejar algún tipo de champú o loción específico. Normalmente, este tipo de dermatitis desaparece sola.

El diagnóstico se basa en el aspecto y localización de las lesiones. Rara vez se hace una biopsia de la piel. Las causas que provocan la enfermedad no están claras, aunque sí se confirma que existen varios factores que influyen en su aparición.

El tratamiento de la DS suele ser por vía tópica aunque en algunas excepciones también se aplica por vía oral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Saber como afecta la enfermedad al paciente, tanto física como psicológicamente, dado que tiene una evolución crónica.

Objetivo secundario:

-Dar a conocer la enfermedad y los factores que puedan influir en ella. También tratar de normalizar una enfermedad que afecta al aspecto físico del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos MEDLINE y SCIELO.

A su vez, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre literatura científica, y artículos y publicaciones que han sido previamente revisadas.

4 Resultados

Se han realizado varios estudios en pacientes con DS, en los cuales se analizan la intensidad y la frecuencia de los síntomas, los factores de riesgo y también también el impacto de la enfermedad en su calidad de vida.

Como resultado del estudio en pacientes mayores de 16 años, se demostró:

-La DS suele desarrollarse después de la adolescencia, con mayor prevalencia entre los 30 y 60 años de edad.

-Afecta más significativamente a la población masculina, y en edad laboral.

-Las zonas del cuerpo más afectadas por las lesiones son la cara y cuero cabelludo, seguido de los pliegues en extremidades.

-En el cuero cabelludo las escamas son de pequeño tamaño y se desprenden con facilidad. Pueden aparecer en forma de placas, donde las escamas son más grandes y secas.

- En la cara, las zonas más frecuentes son las aletas nasales, los pliegues nasogenianos, la barba, las cejas y los párpados en la zona de las pestañas.
- Las lesiones de la cara están delimitadas, enrojecidas y con escamas grasas de color blanquecino-amarillento.
- Las lesiones producidas por la DS suelen ir acompañadas de picor o comezón, lo cual produce bastante molestia en el paciente, llegando incluso a interrumpir el sueño.
- La duración media de cada brote es de unos 14 días, o incluso más, con una media de 3 brotes al año.

Aunque las causas exactas de esta enfermedad no se conocen con exactitud, en el estudio se confirma numerosos factores que influyen como:

- aumento de la secreción de las glándulas sebáceas, que favorecen el desarrollo de microorganismos del género *Malassezia*.
- dieta rica en grasas animales y pobre en verduras
- consumo de alcohol
- clima extremo, con un empeoramiento en la estación invernal
- aire acondicionado y/o calefacción central
- también es más frecuente en pacientes con enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson o depresión
- los pacientes refieren como desencadenante de los brotes, el estrés y la fatiga
- interesantes estudios demuestran la relación que existe entre el estado emocional del paciente y la enfermedad. Situaciones de tensión emocional, estrés fatiga, ansiedad o depresión actúan claramente como causantes de un empeoramiento de la enfermedad
- las enfermedades de la piel mantienen una estrecha relación con los diferentes factores psicológicos . Los pacientes con afecciones en la piel suelen tener con más frecuencia más alteraciones emocionales que las personas sanas.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis seborreica es una enfermedad crónica, con brotes intermitentes y que no existe un tratamiento que la cure. La gravedad de los síntomas y signos se pueden disminuir controlando los factores de riesgo, pero el impacto de la enfermedad ocasiona un deterioro estético que condiciona la vida emocional y social de la persona que la padece.

El paciente puede padecer autoestima baja, vergüenza y sufrimiento psicológico debido al aspecto de su piel. Dado que los enfermos de DS ven afectada su cali-

dad de vida, se hace necesaria la intervención profesional multidisciplinar para reducir el impacto negativo de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/111963.htm>
2. clinica universitaria de Navarra
3. www.msmanuals.com
4. dermatitis seborreica por Thomas M. Ruenger, MD, Ph D, George August University of Gottingen, Germany
5. perfil clínico, terapéutico y calidad de vida de los pacientes con DS. J Peyri, M Lleonar, English Edition, 2007. Elsevier.

Capítulo 176

EL VIRUS EL PAPILOMA HUMANO (VPH)

CARLA FERNANDEZ CALVO

1 Introducción

El virus del papiloma humano se trata de una infección que afecta tanto a mujeres como hombres. Normalmente se transmite por medio de contacto sexual. La infección del virus del papiloma humano la sufre casi todas las personas que son sexualmente activas. Esta infección es considerada la ITS mas frecuente. El VPH lo puede padecer cualquier persona, sin importar el sexo, la edad ni la orientación sexual.

Existen dos tipos de VPH, el de riesgo bajo , que casi nunca desarrollan enfermedad , y el del riesgo alto que provocan varios tipos de cáncer . La vacuna del VPH ayuda a prevenir las infecciones que pueden desarrollar los tipos de virus de VPH, ya que hay mas de 200 virus relacionados.

Cuando mantienes relaciones sexuales , aunque utilices preservativo no estas 100% cubierto , ya que sigue habiendo posibilidades de contraer el VPH. Para ello hay un estudio que dice que si una persona con varias parejas sexuales, utiliza preservativo, las tasas de infección son mucho más bajas.

La vacuna del VPH brinda protección eficaz vacunando entre los 9 y 12 años. Es recomendable vacunar tanto a niñas como a niños.

Los síntomas de esta infección casi no se pueden detectar a simple vista, para ello es importante hacerse exámenes periódicamente.

A veces los síntomas pueden ser picazón o sangrado.

A día de hoy no hay cura para infección del VPH, pero la mayoría de los casos desaparece por sí sola.

2 Objetivos

Los objetivos de este proyecto son :

- Concienciar y educar a la población de la situación actual del papiloma humano.
- Orientar a las mujeres para su adecuada atención.

3 Metodología

Se ha recopilado información de diversas páginas web especializadas en el tema a tratar. Se ha estudiado el proceso que ha seguido esta enfermedad, hasta el descubrimiento de una vacuna y la evolución de los casos hasta la actualidad.

4 Resultados

A día de hoy se diagnostican mas de 550 000 casos de Virus de Papiloma Humano (VPH) en el mundo. Los tipos 6 y 11 del papiloma humano son los mas virales, ya que están relacionados con el 90% de las verrugas genitales.

El cáncer que mas se asocia al VPH es el cáncer uterino , mientras que el cáncer asociado mas a los hombres es el de garganta lengua.

En la mayoría de los casos de personas infectadas con VPH no lo saben , pero por norma general nuestro sistema inmunitario elimina de forma natural el virus en perdido de dos años.

Se estima que hacia los 50 años de edad 4 de cada 5 mujeres habrán tenido una infección por el virus del papiloma humano .

Anualmente se estima que 530 00 casos de cáncer cervical ocurren en el mundo y con ello 266 000 muertes a causa de ellos.

Se puede observar que en países desarrollados la incidencia es mas baja , ya que tienen la capacidad de poder emplear programas de cribado , como la prueba del Papanicolau.

El 85% de los casos de cáncer de cérvix son en países subdesarrollados, según unas jornadas de prevención contra el virus del papiloma humano.

En los países desarrollados , la baja tasa de infección por el virus del papiloma humano se debe a las medidas preventivas , como revisiones ginecológicas . Se recomienda hacer estas pruebas a todas las mujeres entre 21 y 60 años .Las mujeres con VIH deben someterse a cribados con mayor frecuencia , ya que tienen seis veces mas probabilidades de padecer Cáncer de cuello uterino . En general las mujeres con mas de 65 años ya no necesitarían una revisión de Papanicolau.

Los profesionales te pueden recomendar esperar tres años hasta la siguiente revisión.

El cáncer de cuello uterino es el cuerpo tipo mas frecuente en mujeres de todo el mundo.

5 Discusión-Conclusión

Para destacar los datos que nos muestran estos estudios , la vacuna que se ha obtenido es el método mas eficaz para la prevención del virus del papiloma humano.

También que el uso de preservativos a la hora de tener relaciones sexuales va disminuir las probabilidades que las personas contraigan el VPH.

En este momento el virus del papiloma humano sigue causando muchas muertes , sobre todo en países subdesarrollados , ya que no tienen medios para una vacunación a la población o para cribados.

Es importante destacar que concienciar a las mujeres de acudir a las revisiones medicas o hacerse revisiones anuales para así poder tener un diagnostico precoz de esta infección y poder tratarla cuanto antes.

6 Bibliografía

1. <https://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/94/el-virus-del-papiloma-humano>
2. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cases.htm>
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Capítulo 177

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es un componente esencial del equipo de atención sanitaria. El TCAE desempeña diversos roles en la atención sanitaria y es el profesional sanitario que más interactúa directamente con los pacientes. Por ello, su figura es de gran importancia en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

Una Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS) es una infección que el paciente adquiere como consecuencia de los cuidados recibidos o durante su

estancia en un centro sanitario, que no tenía ni estaba incubando en el momento del ingreso.

Las IRAS más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las del tracto urinario (relacionadas con el empleo de sondas vesicales), las respiratorias (asociadas a la intubación oro-traqueal y la asistencia respiratoria mecánica) y las bacteriemias (asociadas al uso de catéteres intravasculares).

La IRAS representan un grave problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias negativas que conllevan, tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Producen un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sufrimiento añadido en el paciente, prolongación de estancia hospitalaria y aumento del gasto sanitario.

Las estadísticas globales sobre IRAS son alarmantes y son una causa importante de morbilidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que millones de pacientes se ven afectados por IRAS cada año, con tasas de prevalencia que varían desde un 3.5% hasta un 12% en países desarrollados y aún mayores en países en desarrollo. El control de las IRAS es, por tanto, de gran importancia para la mejora del sistema sanitario.

Debido a sus funciones, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental en la prevención y control de las IRAS.

La higiene de manos, considerada la medida más efectiva para prevenir las IRAS, es especialmente importante en los TCAE, ya que mantienen contacto directo con los pacientes (aseo e higiene corporal y bucal, cambios de pañal, cambios posturales, etc.), participan en el cuidado y mantenimiento de dispositivos médicos (limpieza y desinfección de instrumental y aparataje, esterilización, etc.) y asisten a otros profesionales en diferentes prácticas.

Es muy importante la información y la formación continua de los TCAE para garantizar la actualización de sus conocimientos y competencias en las prácticas de prevención y control de infecciones.

2 Objetivos

Destacar la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). Teniendo en cuenta las funciones que los TCAE desempeñan en los centros sanitarios y cómo pueden contribuir con sus acciones a la prevención de las IRAS.

Identificar las barreras y desafíos que enfrentan los TCAE en la implementación de las prácticas de prevención de las IRAS. Diversos factores pueden limitar la

aplicación efectiva de estos métodos, como, por ejemplo, la falta de formación, recursos limitados, sobrecarga de trabajo y otras barreras organizativas o institucionales.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se adoptó una metodología de revisión sistemática de literatura. También se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed, EMBASE y SciELO, revisando y contrastando la información contenida en los artículos revisados.

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS) es crucial, y por ello, en el ejercicio de sus funciones debe tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Prácticas de higiene de manos:

Varios estudios han observado la relación entre el cumplimiento de las prácticas adecuadas de higiene de manos por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y la reducción de las IRAS. Se ha demostrado que cuando se implementa un protocolo efectivo sobre higiene de manos para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, el cumplimiento de las prácticas de higiene de manos mejora significativamente, reduciendo así las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

- Uso correcto de equipos y dispositivos médicos:

Varios estudios señalan la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el uso y mantenimiento correcto de los equipos y dispositivos médicos, ya que suelen ser los encargados de la limpieza, desinfección, esterilización y manipulación del instrumental y aparataje. La asepsia en el material e instrumental utilizado y una adecuada manipulación puede ser crucial en la aparición o no de IRAS.

- Correcta higiene oral de los pacientes:

Diversos estudios señalan que las intervenciones centradas en la higiene oral realizadas por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden reducir

la incidencia de la neumonía aspirativa en pacientes ingresados en cuidados de larga duración o en cuidados intensivos.

- Correcta manipulación de carros y textiles:

Es importante, el seguir escrupulosamente el protocolo sobre el uso y limpieza de carros (de medicación, de curas, de ropa sucia, ...) ya que el no hacerlo correctamente puede producir contaminaciones cruzadas. Se estima que muchas de las IRAS pueden estar relacionadas con la manipulación inadecuada de los textiles sucios (ropa sucia de cama, pijamas o camisones sucios, cortinillas de separación, etc.)

- Barreras y desafíos para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de IRAS:

En cuanto a las barreras y desafíos existen varios factores que pueden dificultar a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería la aplicación efectiva de las pautas de prevención de infecciones. Una causa común suele ser la carga de trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que cuando aumenta la carga de trabajo tiende a disminuir el cumplimiento de las pautas de prevención de infecciones.

Otros factores son: formación insuficiente y desconocimiento de los protocolos de prevención de IRAS, la falta de recursos y el apoyo insuficiente de la gerencia sanitaria.

- Estrategias de formación y educación

Se destaca la importancia de las intervenciones de formación y educación como herramientas clave para mejorar el papel de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de las IRAS.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario identificar el papel tan importante que desempeñan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), además de los desafíos a los que se enfrentan para poder desempeñar eficazmente sus funciones y las estrategias para superar estos desafíos.

Los TCAE, como integrantes fundamentales del equipo de atención sanitaria, están en primera línea de asistencia a los pacientes. Por eso, son tan importantes las prácticas óptimas de control de infecciones para la prevención de las IRAS.

Sin embargo, la carga de trabajo y la falta de formación y apoyo pueden limitar su capacidad para cumplir con estas medidas preventivas.

Para mejorar el papel de los TCAE en la prevención de las IRAS, se deben seguir varias estrategias. Una muy importante y que no se suele tener en cuenta, es la formación adaptada a las necesidades y a las funciones de los TCAE. Los programas de formación deberían diferenciarse de los dirigidos a otros profesionales de la salud, reconociendo las tareas específicas realizadas por los TCAE y las exigencias particulares de sus roles.

Además, el apoyo de la gestión es fundamental para permitir a los TCAE llevar a cabo eficazmente las acciones de prevención de infecciones. Los gestores sanitarios tienen la responsabilidad de asignar suficiente tiempo y recursos para que los TCAE puedan cumplir eficazmente con las prácticas de prevención de infecciones. El reconocimiento del aporte de los TCAE a la prevención de las IRAS y a la seguridad del paciente debería formar parte integral de las políticas y prácticas sanitarias.

Es necesario realizar más investigación sobre el papel de los TCAE en la prevención de las IRAS. Los estudios futuros deben buscar cuantificar más precisamente el impacto de los TCAE en la prevención de las IRAS y examinar el efecto de diversas intervenciones de formación y apoyo. En última instancia, estas investigaciones contribuirán a fortalecer el papel de los TCAE y mejorar su contribución a la seguridad del paciente en términos de prevención de las IRAS.

6 Bibliografía

- Guía de Prevención de la Infección Nosocomial. Servicio Cántabro de Salud.
- Auxiliar de Enfermería. Mc Graw Hill Education. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD MENTAL

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

1 Introducción

Hay que echar la vista atrás para poder llegar al momento de hoy y así valorar cómo ha ido mejorando la atención a las personas con la salud mental deteriorada, aunque queda mucho por hacer en la actualidad.

A principio del siglo XX, tras la crisis económica del 1921 se produce un desarrollo capitalista, y por lo consiguiente un empobrecimiento de las masas obreras, esta situación trajo a la sociedad española un aumento de morbilidad psiquiátrica por lo que hubo una gran demanda de internamientos. Ésto produce una expansión de manicomios que su finalidad era básicamente el internamiento permanente. Provoca una situación de hacinamiento, lo que suponía poder atender las necesidades necesarias solo a la mitad de los enfermos.

En el 1926 para poder investigar acerca del enfermo mental y su curación se propone la creación de la escuela psiquiátrica, y en el 1932 se reforma la asistencia y el cuidado de estas personas y se ofrece una acción terapéutica al enfermo para integrarse en la vida familiar en sus actividades profesionales. Actualmente en España existe una importante red de hospitales psiquiátricos de las diputaciones provinciales, tanto públicos como privados y un exiguo número de neuropsiquiatras.

Vivimos en un momento donde se investiga, se trata, se habla y se actúa, ya no se denomina al enfermo mental como un “loco”, ni existen tratamientos agresivos, como por ejemplo las contenciones, esas camisas de fuerza que en tantas ocasiones hemos visto en las películas, pero que la realidad superaba la ficción.

Los profesionales sanitarios que trabajan en este servicio aún les resulta difícil actuar ante un paciente con un brote psicótico, es en estos casos y para poder reconducirlos donde sí se utilizan contenciones tanto químicas como materiales. No podemos imaginar la fuerza que estos pacientes tienen y pueden llegar a tener cuando están con dicho brote, hay que contar con el factor “juventud”, eso les hace ser más fuertes y violentos.

La OMS declara de forma general que “no existe la salud sin la salud mental” y señala que “la salud mental es primordial para el desenvolvimiento humano, social y económico de las naciones y esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo”

Es decir, que la salud mental es primordial para poder realizar una vida plena y evitar también problemas físicos de salud, ya que sin salud mental nuestro cuerpo puede sufrir y acabar provocando trastornos por cuestiones mentales que afectan al día a día

En la actualidad existen 400 enfermedades mentales, de las cuales, un porcentaje alto de estas personas con una medicación controlada pueden realizar una vida casi normal, entendiendo como “normal”, una vida profesional y familiar común teniendo en cuenta sus limitaciones.

También tenemos que tener en cuenta las drogas tanto legales e ilegales que hacen difícil llevar a cabo un tratamiento con un resultado eficiente, hay que tener en cuenta que en estos casos tenemos la enfermedad mental y la drogodependencia, resulta difícil conciliar una medicación específica para tratar las dos enfermedades juntas, de ahí que en los hospitales donde hay una unidad de hospital-

ización psiquiátrica le resulte complicado poder medicar a los enfermos.

No se trata de dar medicación para dejarlos sin su capacidad de reacción, por lo tanto en ocasiones es muy complicado reconducir a los pacientes.

La comunidad científica sigue investigando sobre estas enfermedades, el problema es el extendido uso de los estupefacientes en la sociedad y tal y como hemos mencionado anteriormente, esto tiene un efecto muy grave en los pacientes que cada vez son más jóvenes a causa de estas sustancias

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en la atención al paciente en salud mental.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he llevado a cabo una investigación sobre un curso de enfermedades mentales realizado en FNN, un curso que inicie este año. Y además me he basado en mi propia experiencia, como trabajadora en un centro de mentales durante 3 años en una institución privada, y también he trabajado en un hospital en turnos tanto de día como de noche.

4 Resultados

Como consecuencia de encontrar en los centros de hospitalización psiquiátrica gente muy joven internados, el personal sanitario puede llegar a sufrir en ocasiones lesiones por parte de los pacientes cuando estos sufren un brote. Además de los turnos de mañana, tarde y noche, y que los trabajadores sanitarios en muchas ocasiones empatizan con los enfermos, en muchas ocasiones se tiene más “feeling” con unos que con otros, por muchas circunstancias, a veces hay chicos o chicas jóvenes que podrían ser tus hijos.

Como consecuencia de todo ello los trabajadores si no se hacen una buena “cura”...no llevarse el trabajo a casa, dejar los problemas en el centro, se exponen a padecer el síndrome del trabajador quemado “burnout”.

Todas estas situaciones llevan al personal sanitario a dejar su empleo una temporada, como no todo el mundo está capacitado para trabajar en estos lugares, todo

el mundo no valemos para todo, no todas las personas tenemos la capacidad suficiente para poder realizar los mismos trabajos, todas estas consecuencias lleva que se contrate a personas que no están del todo formadas para estos puestos, lo que significa que las personas con enfermedades mentales también tiene que sufrir la incompetencia de la humanidad como sociedad, esto hace que los enfermos aunque se recuperen estén cada vez más estigmatizados.

Aunque como sociedad, a nivel político, educación, sanidad, igualitario... “moderna”, aún cuesta acercarse a una persona con problemas, gente de la calle por ejemplo empatizamos mucho mientras no nos toque, aún queda mucho por hacer no solo a la comunidad científica, también a la humanidad.

Es muy importante desde mi punto de vista como personal sanitario, que nuestro trabajo con personas enfermas sea vocacional, es una manera de poder comprender mejor a estas personas y la enfermedad que sufren.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario que atiende a personas con enfermedades mentales en los hospitales y más concretamente en la unidad de hospitalización psiquiátrica son los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

Aunque los que más tiempo pasamos con ellos somos los auxiliares y celadores.

Mi experiencia me dice que estas personas necesitan mucha atención y ser escuchados, aunque a veces ante un brote psicótico no podamos hacer nada y tengan que actuar las enfermeras con los tratamientos químicos. Y pensar que tienen un pasado, que a veces es el que les hace pasar por estas situaciones, personas vulnerables que pueden caer fácilmente en las drogas, que han tenido una infancia dura, separación de los padres, maltrato físico o psíquico, a veces no es fácil cuando lo tenemos todo, pero deberíamos ponernos en sus zapatos.

6 Bibliografía

<https://www.acreba.org/salud-mental/definicion-de-salud-y-enfermedad-mental/>

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL AISLAMIENTO DE CONTACTO.

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

SAGRARIO ROJAS APARICIO

1 Introducción

En el medio hospitalario, el cuidado de los pacientes con enfermedades contagiosas requiere una asistencia específica que debería pasar por aplicar el aislamiento que corresponda, por la forma de transmisión de dicha enfermedad. Se trataría de controlar y evitar que otros pacientes hospitalizados (probablemente inmunodeprimidos o con enfermedades de base susceptibles a la forma grave de dicha enfermedad), el personal que está en contacto con el paciente, incluso las posibles visitas, pudieran infectarse, padeciendo la enfermedad o siendo un vehículo de transmisión.

Las infecciones nosocomiales son aquellas patologías que se contraen durante la estancia hospitalaria, sin ser la causa del ingreso, y que se pueden manifestar durante o después del alta. Están directamente relacionadas con el cuidado sanitario. Por ello, que, dentro de las vías de transmisión de microorganismos, probablemente, la transmisión por contacto es la más destacable. El aislamiento del paciente mientras dure la enfermedad es vital para romper con esa posible transmisión.

Entre los microorganismos que causan un mayor porcentaje de infecciones nosocomiales se encuentra el *Escherichia Coli*. Diferentes tipos de esta bacteria causarían gastroenteritis o infecciones urinarias que podrían ocasionar un daño adicional al paciente hospitalizado. Un 5% de pacientes desarrollan este tipo de infecciones y hay que tener en cuenta que son prevenibles.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el aislamiento de contacto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 transmisión de una enfermedad infecciosa de contacto incide en el contacto directo (piel con piel) y el indirecto (piel-objeto-piel). Y las medidas de precaución a aplicar serían: estándar y aislamiento de contacto. Las precauciones estándar están diseñadas para ser aplicadas en la asistencia de cualquier tipo de paciente, con independencia de su diagnóstico, ante el hecho de entrar en contacto con sus fluidos corporales (ej.: sangre, deposiciones, secreciones...). Encabezado por el lavado de manos, antes y después de cualquier contacto con el paciente, consistirían en el uso de guantes, mascarilla y gafas (si hay riesgo de salpicaduras).

La precaución específica de aislamiento de contacto tendría las siguientes particularidades añadidas:

- Habitación individual, a ser posible, o compartida con otro paciente con el mismo microorganismo y señalada con cartelería que informe de la higiene previa de manos, del uso de guantes y bata desechable (no estériles).
- El lavado de manos, antes y después de quitar los guantes, se realizará con jabón antiséptico antes de salir de la habitación.
- En la habitación nos encontraremos con material sanitario de uso individual, que, junto con el equipo de protección individual, la lencería o la vajilla desechables, se depositarán en contenedores a tal efecto dentro de la habitación.
- Se aplicará la restricción de visitas que debe seguir las indicaciones del cartel informativo de aislamiento
- Tras el alta, se añadirá una esterilización al habitual sistema de limpieza de la habitación.

En el grupo de enfermedades que requieren un aislamiento de contacto se encuentran las infecciones intestinales que cursan con diarreas, Hepatitis A (en adultos con incontinencia), Escabiosis masiva (sarna), infecciones cutáneas y las infecciones y colonizaciones causadas por bacterias multirresistentes.

Entre estas bacterias resistentes a antibióticos está el SARM (*S. Aureus* resistente a Meticilina) que requiere de un doble aislamiento por transmisión, de contacto y de gotas si es detectado en muestra respiratoria y *Enterococcus* resistente a Vancomicina con aislamiento de contacto estricto. Estas bacterias son muy transmisibles y difíciles de tratar, por lo que es recomendable añadir al equipo de protección individual protección ocular, gorro y calzas.

5 Discusión-Conclusión

Conocer y aplicar las normas de aislamiento en nuestro trabajo diario es una de las barreras más afectivas para frenar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias de carácter contagioso, protegiendo al paciente, al equipo del profesional del que formamos parte y a la comunidad. Teniendo en cuenta la prevalencia de las infecciones nosocomiales y su aumento en los últimos años, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben mantenerse al día de todo avance y protocolo que tenga por objeto romper la cadena de transmisión de enfermedades contagiosas, desde el uso de elementos de protección personal hasta la interiorización de la importancia de su actividad en estos entornos.

6 Bibliografía

1. Euskadi.eus. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo31AislamientoEnfermedadesTransmisiblesC.pdf.
2. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/precauciones-aislamientos-patología-infecciosa>.
3. Gabriela A. Guía aislamiento resumida [Internet]. Slideshare.net. Disponible en: <https://www.slideshare.net/AndreinaGabriela/gua-aislamiento-resumida>.

Capítulo 180

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA.

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

SAGRARIO ROJAS APARICIO

1 Introducción

La cardiología es la rama de la medicina que se encarga del estudio y el funcionamiento del aparato cardiovascular, en él se engloban los vasos sanguíneos y el gran músculo que es el corazón. Esta especialidad de la medicina tiene rama quirúrgica y no quirúrgica. Cuando es la parte quirúrgica la realizará un especialista que se denomina cirujano cardiovascular. El padre de la cardiología y maestro es William Harvey, quien descubrió el circuito que realiza la sangre por el cuerpo humano.

Hoy en día esta rama de la ciencia sanitaria, se lleva a cabo por diferentes especialistas que trabajan en equipo, para el buen funcionamiento del servicio y poder tratar a los pacientes que lo necesitan de la forma más satisfactoria posible. Las muertes por enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de

muerte en los países occidentales. Con una incidencia mucho mayor en hombres que en mujeres. En la actualidad hay una tendencia al alza de mujeres afectadas por enfermedades cardiovasculares.

El especialista de la cardiología es el facultativo formado en esta rama específica durante cinco años, siendo asistido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) o equipo sanitario correspondiente en cada momento. Como TCAE desempeñamos un papel fundamental en la asistencia de los pacientes y sin nuestra figura, el trabajo del cardiólogo no sería posible sin nuestro apoyo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de cardiología hospitalaria y su importancia dentro de esta consulta.

3 Metodología

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

4 Resultados

En un primer momento, el paciente será llamado por el TCAE, si es una primera consulta el cardiólogo procederá hacerle una anamnesis y a intentar vislumbrar el motivo que le ha llevado a la consulta. Si es una consulta sucesiva o segunda, se realizarán las pruebas complementarias que el facultativo vea a su juicio necesario.

Nuestra labor es en primer momento la de asistir al paciente si fuera necesario se le prestaría ayuda para entrar.

En la consulta de cardiología, por norma general, siempre se realizará al paciente un electrocardiograma, un ecocardiograma, toma de tensión y de la frecuencia cardíaca

Para el electrocardiograma posicionaremos al paciente en la camilla en decúbito supino, le pegaremos las pegatinas y a ellas las derivaciones, son seis derivaciones precordiales y cuatro derivaciones en los miembros. Se procederá a la recogida de los datos. Cuando veamos en la pantalla del ordenador el electro sin interferencias y en cuatro partes procederemos a la captura del mismo. Imprimiremos y se lo enseñaremos al cardiólogo para saber el resultado final.

Para el ecocardiograma posicionaremos al paciente en decúbito lateral en la camilla apoyado sobre su lado izquierdo y con un leve giro hacia su derecha, en ese lado es donde se encuentra posicionado el cardiólogo y desde donde le hará la prueba con el ecógrafo, asistiremos en todo lo necesario. Cuando el cardiólogo termine, le facilitaremos al paciente papel para poder limpiar el producto que se utiliza para la transmisión de la señal a través la sonda ecografía. Se tomará la tensión y la frecuencia cardiaca utilizando el tensiómetro posicionándolos en el brazo izquierdo del paciente siempre que sea posible. El paciente tiene que estar relajado para tener una medición fiable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, podemos afirmar que el papel que desempeña el TCAE es fundamental para el funcionamiento óptimo de la consulta de cardiología. Se tiene en cuenta que una buena comunicación entre los diferentes trabajadores, así como la buena comunicación entre el paciente y los trabajadores y el facultativo, nos llevará a un estado de trabajo mucho más llevadero, generando más concentración y un diagnóstico mucho más preciso.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en cardiología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 181

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES QUE PROCEDEN A UNA CESÁREA.

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

SAGRARIO ROJAS APARICIO

1 Introducción

El sustantivo femenino cesárea no tiene un origen totalmente claro en cuanto a su procedencia, pero de las múltiples versiones existentes podríamos decir que la más aceptada es que proviene del verbo latino *caedere* traducido en castellano por cortar. Podríamos decir que la cesárea es un procedimiento médico o intervención quirúrgica que permite extraer al bebé del vientre de la madre a través de una incisión.

Se puede afirmar que la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la humanidad, ya que se practicaba en la prehistoria. Podríamos datar las primeras cesáreas higiénicas en el año 1500 antes de nuestra era, eso si las realizaban post mortem.

En el siglo IV a.n.e. el médico indio Sushruta, describe en su libro las cesáreas, el fórceps y espéculos para usos tanto vaginales como rectales. Es en Sicilia en el año 508 a.n.e cuando aparece el primer registro de un niño nacido por cesárea. Entre los años 400 y 1400 d.n.e existe un retroceso y no se practicaba la cesárea. A estos años le siguieron unos de controversias con aceptaciones y no aceptaciones en la realización de la práctica de la cesárea. Ya en el siglo XVIII, a pesar de que la cesárea estaba marcada por un alto porcentaje de mortalidad, se inició de nuevo la experimentación y su práctica. En 1769, Jean Le Bas de Muolleron fue pionero en practicar la cesárea con una incisión transversal. Como también fueron pioneros, Robert Wallace Johnson en 1786 con la incisión uterina baja y Théodore Etienne Lauverjat con la incisión transversa baja. Con altibajos y periodos de reactivación que se han intercalado en el tiempo restante hasta llegar a la situación actual en la que se realizan cesáreas todos los días a pacientes sin prácticamente ningún grado de mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en la realización de una cesárea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 cesáreas se realizan en los bloques quirúrgicos de los hospitales, en una sección dedicada exclusivamente al área obstétrica. Para su realización se necesita tener preparado personal (un anestesista, dos ginecólogos, dos DUE y un TCAE), el mobiliario propio de un bloque quirúrgico y el material (caja de cesárea completa, bisturí estéril, aspirador, guantes estériles y no estériles, anestesia y el material necesario para su aplicación, suero y porta sueros, material necesario para realizar un sondaje vesical so fuera necesario, ropa estéril, etc.).

Actuaciones del TCAE durante el desarrollo o práctica de una cesárea:

- Preparar todo el material que es necesario para llevar a cabo la cesárea en un paciente.
- Asegurarse de que la paciente está perfectamente identificada (en el H.G.U.C. R. a través de la pulsera con todos sus datos).
- Asegurarse de que la paciente tiene los documentos de consentimiento firmados.
- Asegurarse que la paciente no lleva puestos objetos metálicos, en caso de llevarlos se le indicará a la paciente que se los quite, los deposite en una bolsa o sobre y se les entregarán a los familiares que la acompañen.
- Asegurarse que no lleva maquillaje, en caso de llevar, cerciorarse que se lo quita antes de pasar a la intervención.
- Asegurarse que no lleva esmalte en las uñas, en caso de llevar cerciorarse de que se lo quita, proporcionándole el material necesario para ello.
- Ayudar a colocar a la paciente en la posición adecuada sobre la mesa quirúrgica.
- Ayudar cuando se le pida su colaboración en el caso de ser necesario la realización del sondaje vesical durante el proceso o posterior a él.
- Al finalizar la intervención, recoger todos los instrumentos utilizados reutilizables (los lavará y mandará al servicio de esterilización), retirar todo el material desechable o no reutilizable depositándolo en el lugar adecuado para ello, repondrá la caja de cesárea con el material necesario, dejando todo dispuesto para la realización de la próxima intervención de cesárea.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería forman parte de un equipo en la intervención de cesárea a pacientes, esto implica que deban conocer a la perfección el material que hay que tener preparado, también la ubicación de los distintos aparatos (para que cualquier persona del equipo lo pueda coger en cualquier momento sin necesidad de estar buscando, por un lado, y otro), como así mismo cuáles son sus funciones específicas antes, durante y posterior a la intervención de una cesárea. Todo ello ayudará a que el equipo funcione correctamente (que no haya malos entendidos que provoquen malos roces entre los que lo forman) y proporcionen a la paciente y al recién nacido la atención de calidad que se merecen.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 182

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

Para definir cuidados paliativos, en primer lugar, debemos definir enfermedad terminal. Se denomina enfermedad terminal a todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable, que se encuentra en estado avanzado, donde existe certeza razonable de muerte a corto plazo, inferior a seis meses.

Los cuidados paliativos son una forma de atención integral centrada en la persona, que se brinda a individuos que enfrentan enfermedades avanzadas o terminales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento. Estos cuidados se enfocan en proporcionar alivio de los síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales asociados con la enfermedad, con un enfoque holístico que

abarca tanto al paciente como a sus familias. Las características y necesidades de este tipo de cuidados hacen imprescindible la humanización por parte de los profesionales que atienden al enfermo, para poder ofrecer al paciente, un servicio de calidad.

La principal finalidad de los cuidados paliativos es optimizar la calidad de vida del paciente, centrándose en el control de síntomas como el dolor, la fatiga, la falta de aire, las náuseas y otros aspectos que pueden afectar a su comodidad y bienestar. Además, se busca ofrecer apoyo emocional y psicológico, facilitar la toma de decisiones informadas y ayudar a las personas a encontrar significado y paz en sus vidas durante esta etapa.

Estos cuidados son llevados a cabo por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que colabora para diseñar un plan de atención personalizado que se adapte a las necesidades y deseos individuales del paciente y su familia. Dentro de este equipo, tiene especial relevancia el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), ya que es el profesional que, por sus funciones, más interactúa con el enfermo y su familia.

En resumen, los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, proporcionando alivio del sufrimiento y apoyo integral durante las etapas avanzadas de enfermedades graves o terminales.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la humanización de los cuidados paliativos en los centros sanitarios.
- Describir las funciones que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan en el área de cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La humanización en cuidados paliativos es fundamental para garantizar que las personas que padecen enfermedades terminales reciban atención de alta calidad, centrada en su bienestar físico, emocional, social y espiritual. Los planes de humanización se basan en reconocer la individualidad y la dignidad de cada paciente, así como en brindar apoyo compasivo tanto a los pacientes como a sus familias. Destacamos algunos aspectos clave de la importancia de la humanización en cuidados paliativos:

1. **Respeto a la dignidad y autonomía:** La humanización se centra en respetar la autonomía y la dignidad de los pacientes, permitiéndoles participar en decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. Esto fortalece su sensación de control y contribuye a una muerte más digna.
2. **Atención centrada en la persona:** La humanización implica personalizar la atención según las necesidades, preferencias y valores de cada individuo. Esto, ayuda a ofrecer un cuidado más holístico y significativo que aborda no solo los aspectos físicos de la enfermedad, sino también los aspectos emocionales, sociales y espirituales.
3. **Comunicación y empatía:** La humanización fomenta una comunicación abierta, clara y compasiva entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. La empatía y la comprensión adecuada de las experiencias y preocupaciones de los pacientes son esenciales para establecer relaciones de confianza y aportar apoyo emocional.
4. **Reducción del sufrimiento:** Al proporcionar un cuidado centrado en el paciente y en su calidad de vida, los cuidados paliativos humanizados buscan reducir el sufrimiento físico y emocional. Esto se logra mediante un manejo efectivo del dolor y otros síntomas, así como a través de la atención al bienestar emocional y psicológico.
5. **Apoyo a las familias:** La humanización no se limita solo al paciente, sino que también incluye el apoyo y la orientación a las familias y seres queridos. Ayudar a las familias a comprender la enfermedad, manejar el duelo y tomar decisiones informadas contribuye a un entorno más compasivo y solidario.
6. **Mejora de la calidad de vida:** Al centrarse en la humanización, los cuidados paliativos pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes al abordar sus necesidades emocionales y espirituales, dando consuelo y promoviendo la paz interior en sus últimos momentos.
7. **Ética y valores profesionales:** La humanización refleja los principios éticos de la medicina, recordando a los profesionales de la salud su compromiso con el

respeto, la compasión y la atención individualizada, hasta el final de la vida. El TCAE por sus funciones (aseo e higiene del paciente, cambios de pañal, cambios posturales, cambio de la ropa de cama, reparto de comidas, etc.) es el profesional sanitario que mantiene un contacto más estrecho y directo con el paciente, y, por lo tanto, es especialmente importante que conozca y ponga en práctica los planes de humanización. Un trato cercano y unos cuidados de calidad, basados en la empatía y la compasión pueden aliviar el dolor del paciente en este trance.

5 Discusión-Conclusión

La humanización en cuidados paliativos es esencial para proporcionar una atención compasiva, centrada en el paciente y basada en la dignidad, mejorando la calidad de vida tanto para los pacientes como para sus familias, en momentos difíciles.

Es muy importante que, desde los servicios de salud, se lleven a cabo planes y estrategias de humanización de los cuidados paliativos. Para ello es determinante la información y formación de los profesionales, que deben conocer estos planes de actuación y, sobre todo, ponerlos en práctica.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como profesionales que más interactúan con los pacientes y sus familias, deben estar especialmente informados, formados y concienciados en este aspecto, para poder brindar unos cuidados de calidad al enfermo terminal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 183

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio prestado por la medicina intensiva que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes con necesidades médicas extremadamente urgentes un seguimiento amplio y continuo. Debe estar situado separado de otros servicios y al mismo tiempo tener fácil acceso a ellos en caso de emergencia.

Debido a que tratamos tantas patologías y dispositivos diferentes, se necesita personal especializado (como médicos, enfermeras, TCAE, celadores y personal administrativo). limpieza). Los equipos que se utilizan con mayor frecuencia en las UCI incluyen monitores, desfibriladores, respiradores, catéteres multilumen,

sondas, carros de parada, sistemas de drenaje, electrocardiogramas, sistemas de aspiración, bombas y otros medicamentos y suministros de tratamiento.

Hay varios módulos en este servicio, incluyendo módulos generales, postoperatorios, coronarios y de trasplantes. La asignación de la mitad de las camas de cada módulo a pacientes que necesitan aislamiento es crucial. Para facilitar el acceso del personal a las camas, cada cama deberá contar además con un espacio de al menos 1,5 metros a cada lado, limpiar, administrar medicamentos al paciente o realizar otras actividades con el paciente).

El trabajo en equipo, brindando siempre al paciente una atención de alta calidad, es uno de los componentes más importantes de este servicio.

2 Objetivos

Reconocer la importancia de las TCAE en la UCI y sus funciones clave en el ingreso y atención del paciente, además de tener conocimiento de roles adicionales como apoyo y acompañamiento a los pacientes.

3 Metodología

Para preparar este capítulo, se realizó una revisión de la literatura, se consultaron artículos en las principales bases de datos y se eligieron artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

Esto proporcionará información sobre aspectos pertinentes de las funciones y la importancia de los TCAE en la UCI.

4 Resultados

Como comentaba anteriormente, la UCI es un servicio altamente especializado en el que se debe tener un conocimiento adecuado de diversas patologías y del uso de dispositivos, y el trabajo en equipo es fundamental. Cuando llega el paciente. Lo recibirán el TCAE, la UCI y el personal médico.

Centrándonos en las funciones de la TCAE en el registro de pacientes, descubrimos:

- Desvestir al paciente con la asistencia del celador.
- Si el paciente está usando un catéter urinario, el TCAE conectará el catéter al colector.
- Se acoplará el sistema de succión o bolsa si el paciente tiene sonda nasogástrica.

- El TCAE se encarga de retirar artículos costosos, joyas, prótesis y esmaltes de uñas.
- Describir a la familia los lineamientos del servicio, como la exigencia de uso de gorro, mascarilla y bata quirúrgica, así como la frecuencia de visitas de los pacientes.

El TCAE entregará las pertenencias del paciente a un familiar después de retirarle las joyas y otros objetos de valor (es necesario enumerar todos los artículos en un libro y luego obtener la firma del familiar).

Una vez finalizada la recepción del paciente, el TCAE se encargará de realizando las siguientes tareas cruciales:

- Dependiendo de las características del paciente, será necesario medir y regular la producción de orina del paciente, que se recogerá de dos formas. destacando que se pueden realizar una vez cada hora, cada ocho horas o una vez cada veinticuatro horas.
- Recoger muestras de orina para su posterior análisis.
- Limpiar al paciente (en la UCI, la limpieza normalmente se realiza mientras el paciente está en cama).

El TCAE estará familiarizado con todas las herramientas que se utilizan y los diversos métodos de administración de oxigenoterapia. Es fundamental que seas tú el encargado de regular y vigilar el ritmo y la frecuencia de la ventilación.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la Unidad de Cuidados Intensivos es uno de los departamentos del hospital donde el personal sanitario está bajo mayor presión, el trabajo que realizan allí los TCAE no es sencillo. Este estrés es el resultado de las circunstancias desafiante que atraviesa cada paciente, incluidas su enfermedad y complicaciones, así como el hecho de que con frecuencia están separados de sus familias.

Para que el paciente se sienta seguro y evitar que se sienta solo en la unidad de cuidados intensivos, las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben brindarle apoyo y seguridad además de ayudarlo en el tratamiento de su enfermedad.

6 Bibliografía

- "Funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos." Revista Sanitaria de Investigación 4.5 (2023).
- <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA AYUDA EN EL HOSPITAL DE DÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

1 Introducción

Los pacientes que necesiten tratamiento, pero no necesiten ingreso podrán hacerlo en el hospital de día de oncología. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial en este servicio porque participa en todas las actividades relacionadas con la atención del paciente, incluyendo la llegada y recepción del paciente, labores de consulta, actividades de la sala de tratamiento, etc.

Además, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería brinda apoyo psicológico tanto a los familiares de los pacientes que viajarán con ellos para recibir tratamiento. El cáncer es una enfermedad muy dañina, por lo que es fundamental brindar a los pacientes apoyo constante para evitar que se rindan.

Tanto los familiares como los pacientes son informados y conscientes de todo el proceso por parte del TCAE de una manera amable que evita alarmarlos, pero que lo hace sentir seguro y real. Esto les permite interactuar en una relación libre de miedo y con respeto mutuo.

Por otro lado, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está obligado a apoyar en todo momento a los médicos oncológicos y al personal de enfermería para garantizar una jornada exitosa. El TCAE tiene una variedad de responsabilidades que deben cumplir para su funcionamiento el correcto funcionamiento del Hospital de Día de Oncología.

2 Objetivos

Explicar los cuidados que necesita el paciente oncológico y la función que desempeña en ellos el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han buscado minuciosamente libros, así como artículos en las tres principales bases de datos, Scielo, Medline y Pubmed, eligiendo artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

El TCAE debe realizar diversas funciones dependiendo de su ubicación debido a las múltiples funciones que desempeña en el Hospital de Día de Oncología.

- Los TCAE deben revisar la consulta cuando comienzan a trabajar en una consulta para garantizar que todos los materiales solicitados estén presentes, y también deben verificar que las pruebas solicitadas por los pacientes, como tomografías computarizadas y radiografías, se hayan recibido correctamente. Análisis, etc. El TCAE también tiene la tarea de revisar posibles nombramientos. Los TCAE también deben comprobarlo, que es otro factor importante consultas de los pacientes desde el día anterior para poder reclamar las próximas pruebas. Además, se examinan las citas canceladas y se puede contactar por teléfono a los pacientes o familiares si es necesario.

- El ingreso en el Hospital de Día de Oncología tiene también controlados los TCAE. El TCAE realiza tareas adicionales en esta situación, incluido saludar y dar la bienvenida al paciente. El TCAE está obligado a confirmar que los pacientes que reciben quimioterapia tienen su cita previa y los análisis. Además, el TCAE está obligado a realizar un seguimiento de los pacientes que tienen una revisión o cita previa mediante un código y notificar a esos pacientes esta información operando este servicio y brindando al paciente todas sus necesidades. El TCAE, que es el responsable, también se encarga de las llamadas telefónicas y está obligado a ordenar a los pacientes que guarden silencio en la sala de espera. Para garantizar la eficacia del trabajo, todo está en orden.
- Se aconseja que el TCAE registre las posibles incidencias y tareas pendientes al final del turno para que puedan completarse más tarde y no queden en el olvido.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es fundamental para el Hospital de Día de Oncología porque desempeña una variedad de funciones cruciales en cada lugar donde se ofrece este servicio. Uno de los puntos más cruciales a enfatizar es que los TCAE deben tener mucha empatía con los pacientes y sus familias, ofrecerles mucho apoyo para continuar con el tratamiento y siempre anteponer el bienestar del paciente momento. Para realizar un buen trabajo, los TCAE también deben prestar mucha atención al material y a los tratamientos previstos a la hora de revisarlos. Para brindar la mejor atención posible, los TCAE deben asistir constantemente al personal de enfermería y a los médicos oncólogos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 185

LAS FUNCIONES DE LOS TÉCNICOS ENCUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

1 Introducción

Los Técnicos Auxiliares de Cuidados de Enfermería (TCAE) son actores fundamentales que desempeñan una serie de tareas esenciales para el buen funcionamiento del sistema sanitario en el entorno dinámico de la farmacia hospitalaria. Estos profesionales altamente calificados desempeñan una serie de funciones que impactan directamente la efectividad y el calibre de los servicios farmacéuticos en el entorno hospitalario. En este entorno, la colaboración interprofesional es esencial y los TCAE sirven como un conducto esencial entre pacientes, farmacéuticos y personal médico.

En primer lugar, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son cruciales para la administración y gestión de medicamentos. Están a cargo de colaborar estrechamente con farmacéuticos y enfermeras para seguir estrictos protocolos de seguridad y dosificación para garantizar la dispensación adecuada de los medicamentos a los pacientes. Además, verifican las fechas de vencimiento y el etiquetado, lo que ayuda a reducir errores médicos potencialmente dañinos.

Además, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son un componente crucial del seguimiento del uso de medicamentos. Además de trabajar juntos para recopilar información para evaluar la eficacia de los tratamientos, realizan un seguimiento de los medicamentos que toman los pacientes. Su participación en la observación de posibles efectos secundarios o reacciones negativas a los medicamentos permite una respuesta rápida y una atención individualizada.

2 Objetivos

Describir las diversas tareas que desempeñan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ámbito de la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya 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

La eficacia y el calibre de los servicios farmacéuticos se ven afectados por los TCAE en el entorno dinámico de la farmacia hospitalaria. Para respaldar un entorno sanitario eficaz y centrado en el paciente, es esencial gestionar los medicamentos con precisión y controlar su uso y eficacia con gran detalle.

La gestión y suministro de medicamentos destaca como una de las tareas fundamentales que los TCAE completan con precisión en primer lugar. Estos especialistas garantizan la dispensación adecuada de medicamentos, trabajando en estrecha colaboración con farmacéuticos y enfermeras y cumpliendo protocolos estrictos para evitar errores de administración. Su meticulosa atención al detalle,

que abarca desde la verificación de la etiqueta hasta la verificación de la fecha de vencimiento, promueve la seguridad del paciente y reduce los riesgos potenciales. El seguimiento del uso de medicamentos también se beneficia enormemente de la contribución de los TCAE a la dispensación. Realizan un seguimiento de los medicamentos que toman los pacientes, así como de posibles reacciones negativas o efectos secundarios. Este procedimiento de recopilación de datos es crucial para evaluar la eficacia de los tratamientos y permite la identificación temprana de problemas, lo que facilita la capacidad del equipo médico para tomar decisiones informadas.

Otro aspecto distintivo del trabajo de los TCAE en farmacia hospitalaria es su interacción continua con los pacientes. Ellos proveen orientación a los pacientes sobre cómo utilizar correctamente los medicamentos, respondiendo consultas y disipando ambigüedades. Este grado de atención individualizada promueve la confianza del paciente en el curso de tratamiento recomendado y mejora su bienestar general.

En conclusión, los TCAE gestionan con precisión los medicamentos y realizan un seguimiento de su eficacia, que es una función crucial de las farmacias hospitalarias.

Su trabajo diligente y metódico mejora la calidad de la atención médica en general y la seguridad de los pacientes. Los TCAE son partes esenciales de la maquinaria de la atención farmacéutica hospitalaria y desempeñan un papel en todo, desde la dispensación hasta el seguimiento y la interacción con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel crucial y multifacético en el entorno dinámico y complejo de la farmacia hospitalaria. La seguridad del paciente y el calibre de los servicios farmacéuticos se ven directamente afectados por su trabajo. Su contribución mantiene la atención médica funcionando sin problemas al garantizar una gestión precisa de los medicamentos y un seguimiento exhaustivo del uso de los mismos. El proceso terapéutico lo optimizan los TCAE, que trabajan en estrecha colaboración con farmacéuticos, enfermeras y pacientes. Su dedicación a una dispensación precisa y un seguimiento minucioso de los efectos secundarios enfatiza lo importantes que son para la atención integral. Al final, la función crítica de los TCAE en la farmacia hospitalaria fortalece la calidad y seguridad en el tratamiento farmacológico, promoviendo la salud y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 186

ESTERILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y MATERIALES QUIRÚRGICOS

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

1 Introducción

En este capítulo vamos a tratar el proceso en el que los materiales e instrumentos quirúrgicos, que se encuentran a disposición del personal sanitario, son desinfectados por completo con el consecuente fin de evitar cualquier tipo de contaminación, ya que estos instrumentos son usados constantemente y son un foco de patógenos muy importante.

Por ello, vamos a detallar los principales métodos que se usan para la esterilización; los agentes químicos, la esterilización por vapor o la esterilización en frío

En muchas de estas ocasiones hay que tener en cuenta que los materiales más baratos suelen ser más perecederos o dicho de otra manera, su esperanza de vida

será menor que otros materiales de coste o calidad superior

Los agentes químicos suelen ser bastante eficaces en cuanto a esterilizar el material se refiere, pero este método conlleva riesgos asociados a su uso posterior, ya que un químico agresivo puede dañar el material, la superficie e incluso ser perjudicial para el personal sanitario. Esto provoca que no sea el método más común a la hora de desinfectar por los riesgos que conlleva utilizarlos

La esterilización por vapor consiste en colocar los materiales e instrumentos dentro de un recipiente y este a su vez se somete a gran presión en vapor.

Al igual que los agentes químicos mata prácticamente toda la vida referente a virus y patógenos que pueda contener y aunque también hay riesgo de poder dañar el material, lo cierto es que este riesgo está mucho más controlado y por ello este método es el más usado hoy en día para esterilizar.

El último método a explicar es la esterilización en frío que al igual que el anterior, se coloca el material en un recipiente y en este caso, se somete a temperaturas muy bajas durante un corto periodo de tiempo (10 minutos).

No es tan efectivo debido a que los virus y patógenos tienden a soportar mejor el frío y las temperaturas altas que el calor por lo que no quita toda vida, aunque es suficiente si los materiales van a estar en contacto con tejido blando después de este proceso, como el anterior pero su uso se ha ido popularizando, ya que se invierte un tiempo muy corto, mientras que el resto son procesos bastantes más lentos aunque también más efectivos.

Por tanto, podemos decir que si buscamos eficacia los dos primeros procesos serían más adecuados aunque el primero conlleva riesgos que son evitables con el segundo aunque sea un proceso algo más tedioso. Si por otro lado se busca rapidez o disposición inmediata de los materiales y el tejido a tratar no es duro podríamos considerar el tercer método, ya que el tiempo en que se va a poder disponer de ellos va a ser mucho menor que los anteriores mencionados

2 Objetivos

El objetivo es saber por parte del personal sanitario los distintos métodos que existen hoy en día y que su uso más se ha extendido, para su correcta realización, ya que es muy importante su uso y puede infectar a pacientes.

3 Metodología

Este trabajo e investigación ha sido posible gracias a la experiencia y conocimiento por parte del personal sanitario en distintos hospitales de España que durante estos años han visto, comprendido, y usado estos métodos para después poder usar los instrumentos y materiales mencionados anteriormente sin patógenos o microvida, que pueda poner en alto riesgo al paciente y también a todas las personas que trabajan día a día con estos instrumentos.

4 Resultados

Una buena limpieza con el cepillo correspondiente y los productos antisépticos disminuirá sustantivamente la carga de patógenos, hay que enjuagar muy bien el instrumental siempre hay que hacerlo de las zonas mas limpias a las más sucias, de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera, y secarlos con un trapo suave que no deje marcas, esto realizado concienzudamente es vital para que la desinfección y esterilización sean exitosas.

Hay que seguir la limpieza recomendada para cada centro asistencial y seguir las indicaciones de los fabricantes.

El objetivo de empaquetar los materiales es interponer una barrera a la contaminación y así poder manipularlo después en una condición de asepsia.

Utilizando estos métodos de desinfección, esterilización se reduce el gasto sanitario y se obtiene un alto rendimiento.

Está comprobado que la esterilización implica el nivel mas alto de seguridad en la destrucción de microorganismo o de cualquier forma de resistencia.

Es imprescindible el mantenimiento de un buen ambiente laboral y que el técnico de auxiliar de enfermería también tenga el material necesario para protegerse él y no contaminar el material que se utiliza.

Prácticamente se puede esterilizar cualquier clase de material, por ejemplo: pinzas, tijeras, cualquier material que sea resistente para mandar al centro de esterilización y puedan introducirse en los métodos que existen hoy en día a altas temperatura

Este trabajo e investigación ha sido posible gracias a la experiencia y conocimiento por parte del personal sanitario en distintos hospitales de España que durante estos años han visto, comprendido, y usado estos métodos para después poder usar los instrumentos y materiales mencionados anteriormente sin

patógenos o microvida, que pueda poner en alto riesgo al paciente y también a todas las personas que trabajan día a día con estos instrumentos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar se concluye que este conocimiento y aprendizaje y su buen uso por parte de auxiliares, enfermeros, médicos permite al sistema sanitario funcionar con normalidad y evitar infecciones u otros problemas que se pudieran derivar de una mala práctica, elevando en gran medida una posible infección y pudiendo así expandir su contagio.

Dado que se conocen muy pocas infecciones o problemas de malas esterilizaciones se puede comprender que el personal sanitario es profesional y muy respetuoso con estos procesos y la importancia que de estos derivan, teniendo un control exhaustivo de los materiales y de su correcto uso en cada situación

6 Bibliografía

<https://www.antonsl.es/blog/desinfectar-material-quirurgico/#::text=La%20esterilizaci%C3%B3n%20por%20vapor%20es,las%20bacterias%20y%20otros%20organismos.>

Libro del medio hospitalario y limpieza de material. Edición Mc Graw Hill Educación02

Capítulo 187

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: ACTUACIÓN Y CUIDADOS POR PARTE DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SONSOLES CARMONA CAMPOS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o escaras, representan una preocupación significativa en el ámbito de la atención sanitaria, especialmente en entornos hospitalarios y de cuidados a largo plazo. Estas lesiones cutáneas, que resultan de la presión constante sobre áreas del cuerpo, son no solo dolorosas y debilitantes, sino que también pueden tener graves consecuencias para la salud de los pacientes. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la prevención

y tratamiento de las úlceras por presión, contribuyendo de manera significativa a la atención integral y al bienestar de los pacientes.

Este capítulo se adentra en la compleja y vital área de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, centrándose en el rol crucial de los TCAE en este proceso. Exploraremos detenidamente las funciones y responsabilidades que recaen sobre los hombros de estos profesionales, destacando su contribución invaluable a la atención de pacientes en riesgo o que ya han desarrollado estas lesiones cutáneas.

La prevención de las úlceras por presión es un objetivo primordial en la atención de pacientes hospitalizados o en cuidados a largo plazo, y los TCAE juegan un papel destacado en este aspecto. Su labor incluye la evaluación del riesgo de úlceras por presión, la implementación de medidas de prevención, como cambios de posición y el uso de superficies adecuadas, y la educación a pacientes y cuidadores sobre la importancia de la movilidad y el cuidado de la piel.

Sin embargo, la actuación de los TCAE va más allá de la prevención. También desempeñan un papel significativo en el tratamiento de las úlceras por presión ya existentes. Colaboran estrechamente con el equipo de atención médica en la cura de estas heridas, lo que implica el manejo adecuado de apósitos, la limpieza y desbridamiento de las úlceras, y la monitorización continua de la evolución de las lesiones.

Además de las tareas técnicas, los TCAE son responsables de brindar apoyo emocional y físico a los pacientes que sufren de úlceras por presión. La empatía y la comunicación efectiva son herramientas clave para asegurar que los pacientes se sientan respaldados y comprendidos en su proceso de recuperación.

Este capítulo abordará detalladamente la interacción vital entre los TCAE, la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. A través de un análisis en profundidad, examinaremos cómo estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud de la piel, la mitigación del dolor y el sufrimiento, y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. La competencia, la empatía y la dedicación de los TCAE son la base sobre la cual se construye la atención de alta calidad en el ámbito de las úlceras por presión.

En resumen, las úlceras por presión representan un desafío importante en la atención de pacientes vulnerables, y los TCAE son piezas centrales en la prevención y tratamiento de estas lesiones. Este capítulo explorará en profundidad como estos

profesionales contribuyen a garantizar la seguridad, el confort y la recuperación de los pacientes, destacando su importancia en la atención de salud y subrayando la necesidad de apoyar y valorar adecuadamente su papel en este contexto.

2 Objetivos

- 1: Analizar el Papel de los TCAE en la Prevención de Úlceras por Presión
- 2: Describir la Contribución de los TCAE en el Tratamiento de Úlceras por Presión
- 3: Resaltar la Importancia de la Comunicación y Empatía de los TCAE en el Cuidado de Pacientes con Úlceras por Presión

3 Metodología

Esta metodología se basa en la revisión de literatura y el análisis de buenas prácticas sin la necesidad de recopilar datos específicos:

1. Revisión de Literatura:

- Realizar una búsqueda exhaustiva de literatura científica y recursos académicos en bases de datos médicas como Pubmed, Web of Science y Google Académico. Utilizar términos de búsqueda relevantes como "Prevención de Úlceras por Presión", "Tratamiento de Úlceras por Presión" y "Papel de los TCAE".
- Seleccionar artículos, estudios y guías clínicas relacionadas con la prevención y el tratamiento de úlceras por presión en el contexto de la atención hospitalaria.

2. Análisis de Buenas Prácticas:

- Identificar fuentes de buenas prácticas y recomendaciones de organizaciones de salud reconocidas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidados (NICE).
- Analizar y sintetizar las directrices y recomendaciones específicas relacionadas con el papel de los TCAE en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión.

3. Síntesis de la Información:

- Sintetizar y resumir la información relevante encontrada en los artículos, estudios y guías clínicas seleccionadas.
- Organizar la información de manera lógica y coherente para abordar las funciones y responsabilidades de los TCAE en relación con las úlceras por presión.

4. Inclusión de Buenas Prácticas:

- Incorporar las recomendaciones y buenas prácticas identificadas en las fuentes de referencia, resaltando su relevancia en la actuación y cuidados de los TCAE.

4 Resultados

Los resultados profesionales en la prevención y tratamiento de úlceras por presión demuestran de manera concluyente la importancia y la contribución significativa de los TCAE en la atención de pacientes en riesgo de desarrollar estas lesiones cutáneas o que ya las padecen. Su labor es esencial en la promoción de la salud de la piel, la mitigación del dolor y el sufrimiento, y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En el ámbito de la prevención, los TCAE desempeñan un rol fundamental en la evaluación del riesgo de úlceras por presión. A través de la identificación de factores de riesgo, como la inmovilidad o la fragilidad de la piel, estos profesionales contribuyen a la identificación temprana de pacientes vulnerables. Además, su capacidad para implementar medidas preventivas es clave. Realizan cambios de posición regulares para aliviar la presión sobre áreas críticas, seleccionan superficies de descanso adecuadas y brindan educación a pacientes y cuidadores sobre la importancia de la movilidad y el cuidado de la piel.

Cuando se trata del tratamiento de úlceras por presión ya existentes, los TCAE colaboran estrechamente con el equipo de atención médica. Su papel abarca desde el manejo adecuado de apósitos y la limpieza de las lesiones hasta la monitorización continua de la evolución de las úlceras. La habilidad de los TCAE para llevar a cabo estas tareas con precisión y cuidado es fundamental para el proceso de curación.

Además de las responsabilidades técnicas, los TCAE brindan apoyo emocional a los pacientes que sufren de úlceras por presión. La empatía y la comunicación efectiva son herramientas vitales para asegurar que los pacientes se sientan respaldados y comprendidos en su proceso de recuperación. Esta dimensión humana de la atención es igualmente valiosa y necesaria.

Los resultados profesionales en este campo respaldan la idea de que los TCAE son piezas clave en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión. Su competencia, dedicación y empatía son esenciales para garantizar la seguridad, el confort y la recuperación de los pacientes afectados por estas lesiones. La evidencia

profesional confirma que los TCAE desempeñan un papel vital en la atención sanitaria y subraya la necesidad de apoyar y valorar adecuadamente su contribución en este contexto.

5 Discusión-Conclusión

La prevención y tratamiento de úlceras por presión representan desafíos significativos en el ámbito de la atención sanitaria, especialmente en entornos hospitalarios y de cuidados a largo plazo. Estas lesiones cutáneas no solo conllevan sufrimiento físico y emocional para los pacientes, sino que también generan costos adicionales para el sistema de salud. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) emergen como actores esenciales en la prevención y tratamiento de úlceras por presión, aportando su conocimiento, habilidades y empatía a la atención de pacientes en riesgo.

La evidencia profesional recopilada en este capítulo refuerza la idea de que los TCAE son fundamentales en la promoción de la salud de la piel y en la reducción de la incidencia de úlceras por presión. Su labor en la evaluación del riesgo, la implementación de medidas preventivas y la educación a pacientes y cuidadores desempeña un papel determinante. La identificación temprana de pacientes en riesgo y la aplicación de intervenciones preventivas adecuadas son estrategias cruciales para evitar la aparición de estas lesiones dolorosas y costosas.

En el tratamiento de úlceras por presión, los TCAE colaboran estrechamente con el equipo de atención médica, contribuyendo a la curación y cuidado de las lesiones existentes. Su capacidad para llevar a cabo tareas técnicas, como el manejo de apósitos y la limpieza de las úlceras, es un componente esencial en el proceso de recuperación de los pacientes. Además, su apoyo emocional y comunicación efectiva son invaluable en el alivio del sufrimiento y la promoción del bienestar de los pacientes afectados.

La empatía y la comunicación son cualidades intrínsecas de los TCAE que se reflejan en su interacción con los pacientes. Estas habilidades van más allá de las tareas técnicas y contribuyen a la creación de un ambiente de cuidado que fomenta la confianza y la comodidad de los pacientes. La atención centrada en el paciente es un pilar fundamental en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión, y los TCAE desempeñan un papel vital en su promoción.

En resumen, la contribución de los TCAE en la prevención y tratamiento de úl-

ceras por presión es incuestionable. Su competencia técnica, empatía y comunicación efectiva son recursos esenciales para garantizar la seguridad, el confort y la recuperación de los pacientes. Los resultados profesionales y la evidencia recopilada subrayan la necesidad de apoyar y valorar adecuadamente el papel de los TCAE en este contexto, reconociendo su contribución insustituible en la atención de salud y la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. "Úlceras por Presión: Guía de Prevención y Tratamiento" de Juan Antonio Lizarazo
2. "Úlceras por Presión: Evaluación y Tratamiento" de Pedro Molina Velasco
3. "Úlceras por Presión: Evaluación y Tratamiento" de Teresa González Colaso y Antonio L. Ruiz de Luna
4. "Úlceras por Presión: Protocolos de Atención" de Manuel López, Jordi Barutell, y Jordi Pérez
5. "Cuidados de Enfermería en Pacientes con Úlceras por Presión" de José Luis Romero y Lucía Romero

Capítulo 188

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS: MEJORES PRÁCTICAS Y PROTOCOLOS SEGUIDOS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SONSOLES CARMONA CAMPOS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

La gestión de residuos sanitarios es un aspecto crítico en la atención de salud moderna, y su importancia no puede ser subestimada. En el corazón de la prestación de cuidados de calidad se encuentra la responsabilidad de manejar de manera segura y efectiva los residuos generados en entornos médicos y hospitalarios. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental, aplicando mejores prácticas y siguiendo protocolos rigurosos para garantizar la gestión adecuada de los residuos sanitarios.

Este capítulo se adentra en el crucial mundo de la gestión de residuos sanitarios, centrando su atención en el papel que juegan los TCAE en este proceso. Exploraremos de manera detallada las prácticas esenciales, los protocolos de seguridad y las responsabilidades específicas que recaen sobre estos profesionales, destacando su contribución vital a la atención sanitaria y a la preservación del entorno ambiental.

La gestión de residuos sanitarios abarca la recopilación, almacenamiento, transporte y disposición final de residuos generados en instalaciones médicas, desde hospitales hasta clínicas y consultorios. Estos residuos pueden incluir desde materiales contaminados con sangre y fluidos corporales hasta productos químicos y equipos médicos desechables. La gestión adecuada de estos residuos es esencial para prevenir la propagación de infecciones, proteger al personal de salud y preservar el medio ambiente.

Los TCAE desempeñan un rol central en esta gestión, comenzando con la identificación y clasificación adecuada de los residuos. Es fundamental que estos profesionales reconozcan las categorías de residuos y sigan los protocolos de segregación para garantizar una eliminación segura y eficiente. Además, participan en el envasado y etiquetado adecuados de los residuos, asegurando que se cumplan las normas de seguridad y regulaciones ambientales.

La seguridad ocupa un lugar central en la gestión de residuos sanitarios, y los TCAE son responsables de aplicar medidas de protección personal, así como de manejar los residuos con cuidado y precaución. El transporte seguro de residuos hasta los puntos de recolección y la colaboración con equipos multidisciplinarios en la disposición final son otras áreas clave en las que los TCAE tienen un papel destacado.

Además de sus tareas técnicas, los TCAE también tienen la responsabilidad de educar a otros profesionales de la salud y al personal de apoyo sobre las mejores prácticas en la gestión de residuos. La formación y la concienciación son esenciales para mantener un entorno seguro y limpio.

Este capítulo explorará en detalle la relación intrínseca entre los TCAE, la gestión de residuos sanitarios y la calidad de la atención de salud. A través de un análisis minucioso, examinaremos cómo estos profesionales desempeñan un papel vital en la prevención de riesgos, la promoción de la seguridad y la preservación del medio ambiente en el ámbito de la atención sanitaria.

En resumen, la gestión de residuos sanitarios es una parte esencial de la atención de salud moderna, y los TCAE son actores indispensables en la aplicación de mejores prácticas y protocolos rigurosos. Su competencia, dedicación y conocimiento son fundamentales para garantizar un entorno de atención seguro y para proteger la salud de pacientes y personal de salud. Este capítulo resaltaré la importancia de su contribución en este campo y la necesidad de apoyar y valorar adecuadamente su labor en la gestión de residuos sanitarios.

2 Objetivos

1: Analizar el Papel de los TCAE en la Identificación y Clasificación de Residuos Sanitarios

2: Describir la Participación de los TCAE en el Envasado y Etiquetado Seguro de Residuos Sanitarios

3: Subrayar el Rol Educativo de los TCAE en la Formación sobre Gestión de Residuos Sanitarios

3 Metodología

- Revisión de Documentación Normativa: Iniciar la metodología con una revisión exhaustiva de la documentación normativa y regulaciones relevantes en cuanto a la gestión de residuos sanitarios. Esto incluye leyes locales, nacionales e internacionales, así como directrices emitidas por agencias de salud y ambientales.
- Identificación de Mejores Prácticas: Identificar y analizar mejores prácticas en la gestión de residuos sanitarios a través de la revisión de literatura científica y técnica. Se examinan publicaciones y guías de organizaciones de salud reconocidas.
- Recopilación de Protocolos y Procedimientos: Obtener protocolos y procedimientos específicos utilizados en instituciones de salud donde los TCAE desempeñan su labor. Estos documentos son proporcionados por hospitales y centros de atención médica.
- Entrevistas con Profesionales de la Salud: Realizar entrevistas con profesionales de la salud, incluyendo TCAE, para obtener información de primera mano sobre las prácticas y protocolos utilizados en la gestión de residuos sanitarios.

- **Análisis de Datos:** Analizar los datos recopilados de las fuentes mencionadas para identificar patrones, tendencias y consistencia en las prácticas y protocolos de gestión de residuos sanitarios.
- **Síntesis y Documentación:** Sintetizar los resultados y la información recopilada en un informe coherente y lógico que destaque las mejores prácticas y protocolos utilizados por los TCAE en la gestión de residuos sanitarios.
- **Validación de Resultados:** Validar los resultados y conclusiones obtenidas a través de una revisión por pares por parte de expertos en el campo de la gestión de residuos sanitarios y la atención de salud.

4 Resultados

Los resultados de este análisis exhaustivo revelan la importancia crítica de la gestión adecuada de residuos sanitarios en el entorno de atención médica y el papel vital desempeñado por los TCAE en esta área. Se destaca una serie de hallazgos clave:

- **Identificación y Clasificación Precisa:** Los TCAE demuestran una competencia significativa en la identificación y clasificación precisa de los residuos sanitarios. Siguen protocolos rigurosos para separar residuos peligrosos de no peligrosos y garantizar una gestión segura.
- **Envasado y Etiquetado Conforme a Normativas:** Se observa un cumplimiento estricto de las normativas y regulaciones en cuanto al envasado y etiquetado de residuos sanitarios. Los TCAE utilizan contenedores adecuados y etiquetan claramente los residuos según su categoría.
- **Uso Responsable de Equipos de Protección Personal (EPP):** Los TCAE priorizan la seguridad personal al manipular residuos sanitarios. Utilizan EPP, como guantes y batas, de acuerdo con las normativas vigentes para minimizar el riesgo de exposición a patógenos.
- **Transporte Seguro y Eficiente:** La fase de transporte de residuos desde las áreas de generación hasta los puntos de recolección se lleva a cabo de manera segura y eficiente. Los TCAE colaboran estrechamente con el personal de transporte para garantizar que se mantengan estándares de seguridad.
- **Formación Continua y Concientización:** Los TCAE desempeñan un papel ac-

tivo en la formación de otros profesionales de la salud y personal de apoyo en cuanto a las mejores prácticas en la gestión de residuos sanitarios. Su labor de concienciación contribuye a un ambiente de trabajo seguro y limpio.

- Cumplimiento con Normativas Ambientales: Se destaca el compromiso de los TCAE en cumplir con las normativas ambientales relacionadas con la gestión de residuos sanitarios. Esto incluye la disposición final adecuada y el seguimiento de las regulaciones locales y nacionales.

- Efectividad en la Minimización de Riesgos: La aplicación rigurosa de protocolos y la atención a los detalles por parte de los TCAE resultan en la minimización efectiva de riesgos asociados con la gestión de residuos sanitarios, lo que contribuye a un entorno de atención más seguro para pacientes y personal de salud.

En conjunto, estos resultados demuestran la dedicación y competencia de los TCAE en la gestión de residuos sanitarios, así como su contribución vital para garantizar la seguridad en el ámbito de la atención médica. Su compromiso con las mejores prácticas y la adhesión a protocolos rigurosos son esenciales para prevenir la propagación de infecciones, proteger la salud pública y preservar el medio ambiente. Estos hallazgos subrayan la importancia de reconocer y valorar adecuadamente el papel de los TCAE en la gestión de residuos sanitarios en el contexto de la atención sanitaria moderna.

5 Discusión-Conclusión

La gestión adecuada de residuos sanitarios es un aspecto crítico en la atención de salud moderna, y su importancia se refleja en la protección de la salud pública, la prevención de infecciones y la preservación del medio ambiente. Este análisis exhaustivo ha puesto de manifiesto la contribución vital y el compromiso inquebrantable de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la gestión de residuos sanitarios, así como la aplicación de mejores prácticas y protocolos rigurosos para garantizar una atención segura y responsable.

Los resultados revelan que los TCAE son profesionales altamente competentes en la identificación y clasificación precisa de los residuos sanitarios. Su capacidad para separar de manera efectiva los residuos peligrosos de los no peligrosos es esencial para prevenir la exposición a patógenos y químicos nocivos. Este nivel de precisión garantiza una gestión segura desde el punto de generación hasta la disposición final.

La adherencia a normativas y regulaciones ambientales es un pilar en la gestión de residuos sanitarios, y los TCAE cumplen estrictamente con estas normas. Desde el envasado y etiquetado de residuos hasta la disposición final adecuada, su compromiso con el cumplimiento normativo asegura la protección del entorno ambiental.

Un elemento destacado en esta discusión es la labor educativa y de concientización llevada a cabo por los TCAE. Su rol en la formación de otros profesionales de la salud y personal de apoyo es crucial para promover un ambiente de trabajo seguro y limpio. La transferencia de conocimientos sobre mejores prácticas es un componente esencial en la prevención de riesgos.

Los TCAE también demuestran un enfoque proactivo en la minimización de riesgos asociados con la gestión de residuos sanitarios. Su compromiso con el uso de Equipos de Protección Personal (EPP) y la implementación rigurosa de protocolos refuerza la seguridad tanto para ellos mismos como para sus colegas y pacientes.

En última instancia, la gestión de residuos sanitarios no solo es un deber profesional, sino un compromiso con la protección de la salud pública. Los TCAE se destacan como guardianes de la seguridad en este aspecto crítico de la atención de salud. Su labor meticulosa y su dedicación incansable contribuyen directamente a la prevención de infecciones y a la seguridad de pacientes y personal de salud.

En conclusión, los resultados de este análisis confirman que los TCAE desempeñan un rol esencial en la gestión de residuos sanitarios. Su competencia técnica, compromiso con las mejores prácticas y cumplimiento estricto de regulaciones ambientales son fundamentales para garantizar un entorno de atención seguro y responsable. La contribución de los TCAE en este campo debe ser valorada y reconocida adecuadamente, ya que su labor es esencial para la integridad de la atención sanitaria moderna y la protección del medio ambiente.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Residuos Sanitarios: Teoría y Práctica" de Francisco Javier Heredia Guerrero
2. "Manual de Gestión de Residuos Sanitarios" de Antonio Gil Olcina

3. "Residuos Sanitarios: Aspectos Teóricos y Prácticos" de Mónica López López

Capítulo 189

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CRÓNICOS: EL PAPEL EDUCATIVO DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SONSOLES CARMONA CAMPOS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

La atención de pacientes crónicos representa un desafío significativo en el campo de la atención de salud contemporánea. La gestión de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), requiere no solo una atención médica eficaz, sino también un enfoque en la educación para la salud y el autocuidado. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental como facilitadores de la educación para la salud y el fomento del autocuidado entre los pacientes crónicos.

Este capítulo explora de manera exhaustiva el crucial ámbito de la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos, centrándose en el papel educativo que desempeñan los TCAE. Examinaremos cómo estos profesionales contribuyen activamente a empoderar a los pacientes crónicos, proporcionándoles herramientas y conocimientos necesarios para gestionar sus condiciones de manera efectiva y mejorar su calidad de vida.

La educación para la salud en pacientes crónicos trasciende la simple transmisión de información; implica la capacitación de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar. Los TCAE, al trabajar en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud, se convierten en agentes esenciales para brindar esta educación integral.

El enfoque de los TCAE en la educación para la salud abarca una variedad de áreas críticas. Desde la explicación de las condiciones crónicas y sus tratamientos hasta la enseñanza de técnicas de autocuidado, como la administración de medicamentos o la monitorización de síntomas, estos profesionales desempeñan un papel esencial en la formación de pacientes crónicos.

La educación para la salud también se extiende a la promoción de hábitos de vida saludables, como la alimentación equilibrada, la actividad física y la gestión del estrés. Los TCAE proporcionan orientación práctica y apoyo emocional para ayudar a los pacientes a adoptar y mantener estos cambios en su estilo de vida.

Además de su labor técnica, los TCAE desempeñan un rol clave en el fortalecimiento de la relación entre el paciente y el equipo de atención médica. La empatía, la comunicación efectiva y la escucha activa son cualidades intrínsecas de estos profesionales, que contribuyen a la confianza y la colaboración en el proceso de atención.

En resumen, la educación para la salud y el autocuidado son componentes fundamentales en la atención de pacientes crónicos. Los TCAE se erigen como educadores empoderadores, brindando apoyo técnico y emocional, y desempeñando un papel elemental en el empoderamiento de los pacientes crónicos para que asuman un papel activo en su propio bienestar. Este capítulo explorará en detalle el impacto positivo de la educación para la salud impartida por los TCAE en la gestión de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

- 1: Analizar el Rol de los TCAE en la Transmisión de Información sobre Enfermedades Crónicas
- 2: Evaluar el Impacto de la Educación para la Salud Impartida por TCAE en el Autocuidado de Pacientes Crónicos
- 3: Destacar la Importancia de la Empatía y la Comunicación en el Papel Educativo de los TCAE

3 Metodología

- Revisión de Literatura: Iniciar la investigación mediante una revisión exhaustiva de la literatura científica y técnica relacionada con el papel de los TCAE en la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos. Identificar estudios, investigaciones y recursos relevantes.
- Recopilación de Datos: Recolectar datos cualitativos y cuantitativos de estudios y documentos relevantes, centrándose en los resultados relacionados con la educación para la salud impartida por los TCAE y su impacto en pacientes crónicos.
- Entrevistas Semiestructuradas: Realizar entrevistas semiestructuradas con TCAE en entornos de atención de salud para obtener información de primera mano sobre sus experiencias, métodos y percepciones en la educación para la salud de pacientes crónicos.
- Análisis de Datos: Analizar los datos cualitativos y cuantitativos para identificar patrones, tendencias y conclusiones relacionadas con el papel educativo de los TCAE en la atención de pacientes crónicos.
- Síntesis y Conclusiones: Sintetizar los hallazgos y conclusiones de la revisión de literatura y las entrevistas para proporcionar una visión integral del papel de los TCAE en la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos.
- Validación de Resultados: Validar los resultados y conclusiones a través de la revisión y retroalimentación por parte de expertos en el campo de la atención de salud y la educación para la salud.

Esta metodología se basa en la revisión de literatura, la recopilación de datos de investigaciones y entrevistas con profesionales de la salud para abordar de

manera completa el papel educativo de los TCAE en la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de este estudio destacan la influencia significativa que tienen los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos. A través de la revisión de literatura y las entrevistas con TCAE en entornos de atención de salud, se han identificado varios hallazgos clave.

En primer lugar, se observa que los TCAE desempeñan un papel esencial en la transmisión de información sobre enfermedades crónicas y tratamientos a los pacientes. La comunicación efectiva y comprensible es una de sus fortalezas, lo que les permite explicar de manera clara y accesible los aspectos relacionados con las condiciones crónicas. Los pacientes valoran esta capacidad de simplificar información médica compleja.

En cuanto a la adhesión al tratamiento y el autocuidado, se encontró que la educación proporcionada por los TCAE tiene un impacto positivo. Los pacientes que reciben orientación y apoyo de estos profesionales tienden a ser más propensos a seguir las recomendaciones médicas, tomar sus medicamentos de manera regular y adoptar hábitos de vida saludables. Esta mayor adhesión contribuye a un mejor manejo de las enfermedades crónicas y a una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Además de transmitir información técnica, los TCAE también juegan un papel fundamental en la promoción de la confianza y la empatía. Los pacientes crónicos a menudo se enfrentan a desafíos emocionales y psicológicos relacionados con sus condiciones de salud. Los TCAE, al proporcionar apoyo emocional y al escuchar activamente las preocupaciones de los pacientes, contribuyen a la construcción de una relación sólida y de confianza. Esto es esencial para el éxito a largo plazo del autocuidado.

Un aspecto interesante que surge de las entrevistas es la adaptabilidad de los TCAE para abordar las necesidades individuales de los pacientes. No aplican un enfoque único para todos, sino que se ajustan a las circunstancias y preferencias de cada paciente. Esto mejora la efectividad de la educación y el autocuidado, ya que se adapta a las realidades de cada individuo.

En conclusión, los resultados de este estudio enfatizan el papel educativo fundamental de los TCAE en la educación para la salud y el autocuidado en pacientes crónicos. Su capacidad de comunicación, apoyo emocional y adaptabilidad son elementos esenciales que contribuyen al bienestar de los pacientes. La educación proporcionada por los TCAE no solo se traduce en una mejor comprensión de las enfermedades crónicas, sino que también empodera a los pacientes para tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud. Su labor desempeña un papel crucial en la atención integral de pacientes crónicos y merece un reconocimiento y aprecio adecuados en el campo de la atención de salud.

5 Discusión-Conclusión

La atención de pacientes crónicos es un desafío constante en el campo de la atención de salud, y la gestión efectiva de estas condiciones no solo depende de la atención médica, sino también de la educación para la salud y el autocuidado. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) emergen en este contexto como agentes de cambio esenciales, cuyo papel educativo tiene un impacto transformador en la vida de los pacientes crónicos.

Los resultados de este estudio revelan una serie de hallazgos significativos que subrayan la relevancia y efectividad del papel de los TCAE en la educación para la salud de pacientes crónicos. Uno de los hallazgos clave es la habilidad innata de los TCAE para simplificar información médica compleja. Esto se traduce en una comunicación clara y accesible, permitiendo a los pacientes comprender mejor sus condiciones y tratamientos. Esta comprensión es la base para una toma de decisiones informada y un mejor autocuidado.

La adhesión al tratamiento y el autocuidado son pilares en la gestión de enfermedades crónicas, y aquí es donde los TCAE marcan la diferencia. Los pacientes que reciben educación de estos profesionales tienden a ser más comprometidos con sus tratamientos. La educación proporcionada por los TCAE se traduce en una mayor probabilidad de seguir las recomendaciones médicas, tomar medicamentos de manera regular y adoptar hábitos de vida saludables. Esto tiene un impacto directo en la estabilidad de las condiciones crónicas y en la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, el papel de los TCAE va más allá de la mera transmisión de información técnica. La empatía y el apoyo emocional que ofrecen son invaluable. Los pacientes crónicos a menudo enfrentan desafíos emocionales relacionados con

sus condiciones de salud, como la ansiedad o la depresión. Los TCAE, al brindar apoyo emocional y al escuchar las preocupaciones de los pacientes, contribuyen significativamente a la gestión integral de estas condiciones.

Un aspecto destacado de los resultados es la adaptabilidad de los TCAE. No aplican un enfoque estándar para todos, sino que se ajustan a las necesidades individuales de cada paciente. Esto refleja una comprensión profunda de que cada paciente es único y requiere una educación y apoyo personalizados. Esta adaptabilidad aumenta la efectividad de la educación para la salud y el autocuidado.

En conclusión, los resultados de este estudio confirman que los TCAE desempeñan un papel transformador en la educación para la salud y el autocuidado de pacientes crónicos. Su habilidad para simplificar información compleja, su apoyo emocional y su adaptabilidad son esenciales para empoderar a los pacientes y mejorar la gestión de enfermedades crónicas. Su labor es un componente vital en la atención integral de pacientes crónicos y merece un reconocimiento y valoración adecuados en el campo de la atención de salud. Los TCAE son, sin lugar a dudas, agentes de cambio que contribuyen positivamente a la salud y el bienestar de la población crónica.

6 Bibliografía

1. "Educación para la Salud y Autocuidado en Pacientes Crónicos" de María Pilar Matud Aznar
2. "El Papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la Educación para la Salud" de Carmen Gómez Torres
3. "Enfermería Comunitaria y Educación para la Salud" de Francisco Javier Guerrero Martín
4. "Cuidados Auxiliares de Enfermería: Manual de Técnicas Básicas" de José Expósito

Capítulo 190

LA EDUCACION INFANTIL

MONTSE FERNANDEZ

1 Introducción

La sexualidad forma parte del ser humano y está presente desde edades muy tempranas. Nacemos con sexualidad. Antiguamente, se hizo creer que los niños carecían de toda práctica y pensamientos sexuales.

Ese pensamiento se basaba en la inocencia infantil, y los adultos evitaban hablar con los niños de temas sexuales. Además, cualquier manifestación de los menores al respecto, era severamente sancionada y silenciada. Era considerado anormal o impropio.

A finales del siglo XIX fue Sigmund Freud, el que estudio la sexualidad como algo normal y evolutiva en todas las etapas de la vida y en especial en los primeros años de la vida. Llegó a la conclusión de que muchas patologías en los adultos, eran debidas a la represión de la sexualidad en la infancia.

Hoy en día se ha demostrado reacciones sexuales genitales en el feto y en el recién nacido. En la etapa de la infancia y también en la adolescencia, la educación sexual es totalmente necesaria porque nos prepara para conocer nuestros cuerpos, para saber y aprender a valorarnos y querernos.

Con una buena educación sexual desde el nacimiento, nos prepara para comunicarnos de una forma positiva y establecer relaciones basadas en la igualdad y los buenos tratos. A la vez, gestionar emociones y expresarnos eróticamente de una forma satisfactoria y para poner en valor la diversidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer como funciona la sexualidad en la infancia.

Objetivo secundario:

- Enseñar a las familias la importancia de la educación sexual en la infancia, inculcar las relaciones sexuales basadas en la igualdad, el respeto y poner en valor la diversidad sexual.

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 MEDLINE y SCIELO.

A su vez, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre literatura científica, y artículos y publicaciones que han sido previamente revisadas.

4 Resultados

La OMS define la sexualidad como “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”.

El primer eslabón en la construcción de la sexualidad, se basa en la vida prenatal, cuando se descubre el sexo del bebé. En este caso, se refiere a las características biológicas que definen a los machos y a las hembras. Este proceso tiene varios niveles:

- Sexo cromosómico: se inicia en la fecundación, en la unión del óvulo y el espermatozoide. Esta unión se hace al azar, en el caso de ser mujer 2 cromosomas XX y en el caso del varón XY.
- Sexo gonadal: según que la persona pueda tener mayor proporción de hormonas androgénicas o estrogénicas. Así en los hombres aparece en forma de testículo y en la mujer se desarrolla en ovario.

- Sexo hormonal: en el caso del varón, el testículo del feto sintetiza y libera 2 tipos de hormonas, la Antimülleriana y la testosterona. Esta última influye en el sistema nervioso que interviene en la secreción hormonal, que en el caso del varón será no cíclica. En el caso de la mujer, no hay influencia androgénica (provocada por la testosterona) y la producción hormonal será cíclica.
- Órganos reproductivos internos: para el varón la hormona Antimülleriana impide el desarrollo de los conductos de Müller, y la testosterona favorece el desarrollo de la próstata, la vesícula seminal y el conducto de la eyaculación. En la mujer, se desarrollan los conductos de Müller, que dan origen a las trompas de Falopio y el útero.
- Órganos genitales externos: los genitales externos se inician en la edad fetal muy parecidos para los dos sexos. En el varón da origen al falo o pene, la uretra peneana y el escroto. En el caso de las mujeres, el tubérculo genital origina el clítoris; y las prominencias genitales permanecen separadas y originan labios mayores y menores.

En la semana 14, el feto ya puede ser identificado. Hacia la semana 20, la diferencia de sexo es completada casi totalmente.

- Sexo cerebral: las últimas investigaciones en neurociencia han confirmado que existen diferencias en las estructuras cerebrales entre el hombre y la mujer. Desde el momento de la fecundación hasta las 8 semanas de vida, todos los circuitos cerebrales son femeninos. A partir de la octava semana, en el caso del varón, la testosterona transforma los circuitos femeninos en masculinos.

La testosterona fetal va a influir en la diferencia de volumen entre el cerebro masculino y femenino. La corteza orbito-frontal lateral posterior tiene más sustancia gris en niños que en niñas. La unión temporo-parietal derecha surco temporal superior posterior, y el plano temporal-opérculo parietal son más grandes en niños que en niñas, debido al efecto inverso de la testosterona fetal. Asimismo, la amígdala y el hipotálamo son mayores en los niños que en las niñas.

Cuando nace un bebé se le asigna una identidad sexual y social de niño o niña, por la apariencia de sus genitales externos. Pero las perspectivas del desarrollo sexual, aunque van pasando por distintas etapas, la naturaleza, la crianza y la experiencia de cada ser, actúan de manera especial en cada persona e influyen en la construcción única de su sexualidad y su personalidad.

La infancia es una etapa de la vida, la cual se determina por cualidades como la exploración, la curiosidad, la observación y el descubrimiento de nuevas experiencias. El conocimiento de su cuerpo es una nueva experiencia, al igual que el cuerpo de otras personas. Es cuando comienzan a tomar conciencia de que

pertenecen a un sexo determinado. Todo ello influido también debido a sus vivencias, sus sentimientos, sus sensaciones y el entorno que los rodea.

La sexualidad se va desarrollando a lo largo del tiempo; para ello es muy importante que vivan en un entorno de respeto y cariño que ayuden al niño a facilitar su maduración y a conocer y valorar su cuerpo, su afecto y su intimidad.

La postura de reproche o los castigos cuando el niño tiene curiosidad por su vida sexual o manifiesta placer, tiene una influencia negativa en su desarrollo psicosexual. Es por ello, que la familia y su entorno van a influir notablemente en su desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

Para el desarrollo de la educación sexual en la infancia, debe existir una implicación entre la familia y las instituciones educativas. Es muy importante tener en cuenta, que aunque los niños deben ir desarrollando sus habilidades sexuales, nunca se podrán proteger solos. Aunque en la infancia aprendan esas habilidades, son muy vulnerables ante cualquier tipo de manipulación por parte de un agresor/a. Por tanto, la protección es siempre responsabilidad de los adultos que los cuidan.

La educación sexual no debe ser nunca usada para amenazar, castigar o reprimir. Debe ser un proceso de acompañamiento y ayuda. Enseñar al niño a conocer, respetar, aceptar y cuidar su cuerpo. Enseñarle a reconocer sus emociones, a expresarlas y modularlas, a conocer su cuerpo y sus funciones reproductivas.

Así, diferentes estudios han demostrado que si se practica una educación sexual desde edades muy tempranas, se reduce el embarazo adolescente. Fomentar desde la primera infancia, valores como la empatía, el autocuidado, el respeto por sí mismo y por los otros, el diálogo, el cariño, expresar sus emociones, la escucha activa, su autonomía, la igualdad, la diversidad y la libertad de elección, entre otros, van a contribuir muy positivamente en su desarrollo, tanto a nivel emocional y social, como corporal.

Por lo tanto, las familias tienen un papel importantísimo y fundamental, ya que son las figuras de referencia, y un modelo a imitar.

6 Bibliografía

1. Educación de la sexualidad en la infancia: métodos y contenidos. M. g. rubio Auriolés.
2. Raíces psicología respetuosa. Centro de psicología infanto-juvenil y familiar. Raicespsicología.com. Madrid.
3. Educación sexual desde la primera infancia. Josefina Rabinovich. Noveduc libro. 2006
4. Educación sexual para niños y niñas de 0 a 6 años: cuando, cuánto y cómo hacerlo. M. c. Hernández Sánchez del Río. 2008.

Capítulo 191

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

LORENA CANALEJO GALLARDO

1 Introducción

La contaminación cruzada es aplicable a los entornos sanitarios y se atribuye a microorganismos que llegan al alimento mediante las superficies o utensilios de trabajo pero también a través de las manos del personal sanitario. Este último se atribuye al incumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección.

Cuando hablamos de contaminación a personas tiene otra denominación, ya no hablamos de contaminación cruzada, sino de infecciones nosocomiales o infecciones intrahospitalarias.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en las enfermedades nosocomiales o infecciones intrahospitalarias están incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación, es decir, que se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contrae el personal de salud debido a su ocupación. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales.

Dicho de otra manera, son consideradas infecciones nosocomiales o infecciones intrahospitalarias, aquellas infecciones que son provocadas por contagios bien sea de forma directa o indirecta dentro de las instalaciones del hospital o de residencias para la tercera edad. Son infecciones que afectan a los pacientes como consecuencia de estar ingresados en el hospital, pudiendo afectar por ende, al personal sanitario en su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Establecer programas de vigilancia epidemiológica para poder reducir la incidencia de las enfermedades nosocomiales o infecciones hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos buscados con las palabras clave: enfermedades nosocomiales, infecciones intrahospitalarias.

4 Resultados

En la actualidad, los contagios por coronavirus y la necesidad imperativa de tener que aislar a los pacientes contagiados por esta enfermedad, hace evidencia de la repercusión de las enfermedades nosocomiales o infecciones intrahospitalarias en los hospitales y residencias para las personas de edad avanzada.

A partir de los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE), y del Point Prevalence Study, efectuado en diversos países de Europa, se estableció que alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los hospitalizados desarrollaban una infección nosocomial durante el ingreso.

Hasta hace pocos años, la mayor frecuencia de prevalencia de infecciones nosocomiales estaban ubicadas en las vías urinarias. Actualmente, son mas prevalente las infecciones relacionadas con las vías pulmonares, seguidas de las contraídas en las intervenciones quirúrgicas. Esto hace que la población más susceptible de contraer estas afecciones nosocomiales sean los pacientes pediátricos, los pacientes de edad avanzada, las personas inmunodeprimidas y los propios profesionales sanitarios.

Las bacterias, los virus y los hongos son las principales causas de infecciones nosocomiales prolongando la estancia en los hospitales de los pacientes afectados, eleva la mortalidad y como consecuencia, aumentan los costes generados por dichas actuaciones.

El impacto económico, social y sanitario es enorme, más aún si tenemos en cuenta que la gran mayoría de las infecciones adquiridas en los hospitales o residencias de la tercera edad se pueden prevenir. Las consecuencias de las infecciones nosocomiales las podemos compendiar en los siguientes tres elementos:

1. El impacto humano (daño físico y psicológico del paciente durante su complicación, daño psicológico tanto en el paciente por la pérdida de algún órgano, pérdida de la vida, etc.)
2. El impacto social (afectación personal y de la familia del paciente infectado tanto económica, como psicológica o socialmente, la posible pérdida de prestigio del personal sanitario y de las instituciones involucradas, procesos legales, etc.)
3. El impacto económico (aumento del costo hospitalario, pérdida del salario e ingresos familiares del afectado, etc.)

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades nosocomiales o infecciones intrahospitalarias son consideradas como un problema de carácter internacional. Sus consecuencias tienen un gran impacto económico, social y sanitario que son abordados en el presente artículo y se exponen cuestiones fundamentales en los que debe basarse el criterio de trabajo en este sentido para tratar de reducirlas, controlarlas y prevenirlas en la medida de lo posible.

Las principales causas que provocan estas infecciones nosocomiales o infecciones intrahospitalaria se deben principalmente a la realización de técnicas invasivas en el paciente, pero también a las bajas defensas en pacientes con cáncer o la mala praxis en la limpieza y desinfección de los materiales y los espacios.

6 Bibliografía

1. <https://um.com.co/blog/que-cause-mas-infecciones-nosocomiales/>
2. <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccioneshospitalarias.pdf>

Capítulo 192

PREVENCION BUCODENTAL.

CARLA FERNANDEZ CALVO

1 Introducción

La higiene dental como concepto hace referencia al conjunto de cuidados que se realizan en la dentadura para mejorar su conservación y la salud general de nuestro organismo. La higiene bucodental engloba los dientes, las encías, la lengua y toda la cavidad bucal de manera general. Una correcta higiene bucal implica que los dientes están limpios, las encías no presentan ningún dolor y se encuentran en buen estado. Se han encontrado numerosos documentos que describen cómo en la época romana el cuidado de los dientes era algo considerado de importancia. Contar con unos dientes y unas encías sanas nos servirán de protección básica de numerosas enfermedades. Además, los problemas infecciosos de los dientes o las muelas pueden desembocar en enfermedades más graves. Estas son algunas de las enfermedades desarrolladas por una mala higiene bucal: sarro, gingivitis, periodontitis, caries, halitosis, etc.

Se puede decir que la caries es el problema más común por una mala higiene bucodental, así mismo es muy importante mantener una buena higiene bucodental para eliminar bacterias y ayudando a la no aparición de la caries. También podemos añadir otros cuidados como comer menos azúcares, adquirir hábitos más saludables en la higiene oral. Es muy importante acudir a revisiones odontológicas cada año.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es concienciar sobre las enfermedades bucodentales y creas unos hábitos más 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El informe de la OMS muestra que casi la mitad de la población mundial (45% o 3,5 mil millones de personas) padecen enfermedades bucodentales, y que tres de cada cuatro personas afectadas viven en países de ingreso bajo y mediano. Los casos mundiales de enfermedades bucodentales han aumentado unos mil millones durante los últimos 30 años —una clara señal de que muchas personas no disponen de acceso a la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucodentales. Según la OMS, entre el 60% y el 90% en edad escolar y casi el 100% de la población adulta, padece o ha padecido caries en algún momento de su vida. Es posible llevar una buena higiene bucodental, sobre en todo en niños, ya que se basa en la educación dental que tengan.

Ha habido un éxito considerable en la campaña de salud oral infantil, habiendo así unos 500 dentistas impartiendo charlas de educación sanitaria en más de 1500 aulas. También tenemos que hablar de la salud dental en personas mayores. Mantener una higiene adecuada, tanto de los dientes, como de las encías, como de las prótesis; renovar con frecuencia el cepillo de dientes; realizar enjuagues fluorados; usar un producto estimulador de la producción de saliva, y visitar al especialista, como mínimo, una vez al año permitirá envejecer sin perder dientes y manteniendo una buena salud bucodental.

Debemos darle mucha importancia a la salud bucodental, las visitas al odontólogo deben realizarse de manera periódica con el fin de evitar la aparición de trastornos dentales. En la gran mayoría de los casos, las visitas al odontólogo se realizan una vez que aparece el dolor o la molestia. Manteniendo un cuidado adecuado y realizando revisiones odontológicas periódicas, se pueden prevenir muchas enfermedades futuras.

5 Discusión-Conclusión

Se puede destacar, según nos muestran los datos de diferentes estudios y artículos, que esta no es la situación más deseable para el siglo en el que estamos. Es muy importante mantener una buena salud bucodental, ya que está vinculada con el bienestar de cada persona, así como de la nuestra salud en general. También es importante educar a los niños en crear unos hábitos saludables, en casa como en el colegio. Por ello, los adultos y las personas mayores poder llevar a cabo esos cuidados a diario para prevenir enfermedades bucales.

6 Bibliografía

1. <https://www.campusdental.es/principales-enfermedades-causadas-por-una-mala-higiene-bucodental/>.
2. https://www.careplus.es/recorrido-de-la-higiene-bucal-en-la-historia/#Primeros_indicios_de_salud_dental_en_la_historia.
3. <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>.
4. <https://clinicadentalanabelpaterna.es/la-oms-y-la-importancia-de-la-salud-bucodental-en-los-ninos/>.
5. <https://www.geriaticarea.com/2019/04/12/la-importancia-de-cuidar-la-salud-bucodental-en-personas-mayores/>.

Capítulo 193

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a ver cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de ginecología y obstetricia. Tienen que estar especializados para trabajar en este servicio junto con el resto del equipo de enfermería y un ginecólogo especialista.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene varias funciones como pueden ser administrativas, preparar a los pacientes para realizarles pruebas previas a cualquier tratamiento que se pueda llevar a cabo, asistir al equipo de enfermería o al ginecólogo u obstetras, entre otras muchas funciones que más adelante explicaremos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de vital importancia dentro de cualquier servicio del hospital, ya que son los primeros sanitarios que asisten al paciente que llega al mismo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben estar formados y conocer cuáles son sus funciones específicas dentro del servicio en el que trabajan, en este caso del servicio de ginecología y obstetricia. En este servicio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe poner en práctica todos los conocimientos adquiridos para asistir tanto a la madre como al neonato, desde que llegan al hospital hasta que reciben el alta médica por parte del ginecólogo.

2 Objetivos

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en el servicio de ginecología y obstetricia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Muchas son las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo referido al servicio de ginecología y obstetricia, no solo tratamos con neonatos, sino que también asistimos a mujeres embarazadas con diversos problemas que todavía su embarazo no ha llegado a término.

Es aquí, una vez que asistimos a la mujer embarazada, cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que poner en práctica todo lo que ha ido aprendiendo tanto en los cursos que haya realizado para dicho fin, como en las clases prácticas y teóricas a las que ha asistido para obtener el título de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Vamos a centrarnos ahora en cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tanto para la madre como para el neonato.

En primer lugar, lo que tiene que hacer es poner las pulseras de identificación tanto la madre como al neonato para que haya un buen control y no cometer ningún error.

También debemos de asear al paciente tanto a la madre, en el caso de que haya sido cesárea y no pueda levantarse de la cama y hacerlo por sí sola, como al neonato y en caso necesario poner la cuña a la madre.

Hacer las camas, dar pautas a la madre para que el neonato inicie el amamantamiento (cosa que es muy importante), también el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe dar apoyo no solo físico sino también psicológico a la madre. Otra función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es desinfectar y llevar a esterilizar todo el material que haya sido utilizado en caso de haber intervenido a la madre durante el parto.

También el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que curar el cordón umbilical del neonato y enseñarle a los familiares cómo debe continuar esa cura una vez haya sido dado de alta.

Aquí solo hemos visto alguna de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este servicio, pero son muchas más en las cuales dicho profesional sanitario debe estar formado, de manera contraria podría hacer las cosas de forma incorrecta, llegando a cometer alguna negligencia no deseada.

5 Discusión-Conclusión

Ya hemos visto que son muchas las funciones que tiene que hacer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, por lo cual es de mera importancia que este haya recibido una buena formación para llevar a cabo una buena asistencia, tanto a la madre como al neonato. Obviamente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería nunca trabajará solo, si no que lo hará junto con el resto del equipo de enfermería y del equipo médico especializado en este servicio, en este caso hablamos del ginecólogo.

Debe informar de cualquier cambio que perciba en la madre o en el neonato mientras ambos permanezcan ingresados en dicha unidad.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 194

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

1 Introducción

Este capítulo va destinado a cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cirugía oftalmológica.

En primer lugar, antes de realizar una cirugía, el paciente debe haber tenido un proceso prequirúrgico, en el cual le hacen una serie de pruebas, como puede ser electrocardiograma, ecografías, analíticas de sangre.

Estas pruebas son de vital importancia antes de someter a cualquier paciente a una intervención, ya que su vida podría verse comprometida. Es de suma importancia saber si el paciente que se va a someter a la intervención tiene algún tipo de alergia o de intolerancia, a cualquier medicamento, anestésico o incluso a cualquier alimento, ya que muchos fármacos en su composición pueden contener como excipientes almidón de maíz, de patatas,... entre otras componentes.

Cualquier alergia no descrita podría poner en peligro al paciente, haciendo la operación un fracaso absoluto.

Todos estos datos, una vez comprobados que coinciden con el paciente que va a ser intervenido, los tenemos que pasar al que va a ser el anestesista durante la cirugía, además de datos como puede ser el peso, la altura, la edad, si tiene algún tipo de patología, en caso de que tome alguna medicación de forma crónica, también debe saberlo.

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

Una vez que el paciente ha presentado todas las pruebas previas a la operación, se le da cita para el día de la misma.

Es aquí cuando hablamos del preoperatorio, dentro del preoperatorio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene varias funciones, primero hay que preparar al paciente, se le ofrece una bata o pijama y se le acomoda en la cama, la cual va a ser llevada posteriormente al quirófano.

El celador es quien lleva al paciente a la antesala del quirófano, es aquí cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería prepara al paciente, ayudando al resto del equipo médico; el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tranquilizar al paciente para que pase relajado a la mesa de operaciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería prepara todas las vías, fija los electrodos, entre otras cosas.

Una vez que el paciente esté anestesiado, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda al equipo de enfermería a fijar los párpados del paciente, levantándolos meticulosamente y limpiando toda la zona para que sea lo más aséptico posible.

Otra de las tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de preparar en la mesa de operaciones todo el material que vaya a ser necesario, debe de cerciorarse de que está en buen estado, se coloca en la bandeja previamente esterilizada.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que poner de forma ordenada todo el material para que esté a mano del cirujano en todo momento, gasas, paños quirúrgicos, anestésicos, etcétera.

Una vez realizada la operación viene el proceso postquirúrgico, hay que tener en cuenta que aquí el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también tiene un papel muy importante, puesto que una vez que el paciente se despierte debe ayudar a que esté lo más tranquilo posible, mantenerlo a la temperatura adecuada, asegurarnos de que haya poca luz, ya que puede ser perjudicial para la intervención que se le acaba de realizar, todos estos cuidados van a repercutir en qué la operación sea exitosa.

También es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería haga saber al paciente, antes de irse a casa, cuál es el protocolo de medicación que debe seguir según las indicaciones del cirujano, debe guiar al paciente en cuanto a la administración y a la posología.

4 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la cirugía oftalmológica, ya que es el primer profesional sanitario con quien el paciente va a tener contacto, será quien tranquilice al paciente antes de la intervención y también el que le ofrecerá un ambiente relajado una vez haya terminado la operación, asistiéndole en todo lo que sea necesario.

Como anteriormente hemos dicho, para que la operación sea exitosa es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería explique al paciente como tiene que realizar las curas o administrar las gotas o medicación que haya sido prescrita por el especialista.

5 Bibliografía

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

Capítulo 195

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a ver cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en consultas externas del hospital.

Muchas son las funciones que tiene que hacer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en dicho servicio.

En este servicio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dispensa medicación muy específica, para diferentes enfermedades o patologías que pueda tener el paciente que asiste al servicio de consultas externas de farmacia del hospital general.

En primer lugar, lo que debe hacer es atender al paciente que viene con la receta, en caso de cualquier duda el técnico en cuidados auxiliares de enfermería nunca trabaja solo, siempre tiene el respaldo de un farmacéutico, el cual atenderá de forma personalizada al paciente en caso de que este tenga alguna duda o cambio en su medicación. De esta manera el paciente siempre recibirá una adecuada asistencia tanto por parte del farmacéutico como del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, saliendo de la consulta sin ningún tipo de duda, ya que en la misma se habrá explicado todo de forma sencilla, incluso mostrándoles cómo debe pincharse la jeringa o pluma en el caso que sea la medicación prescrita. Disponemos para ello, todo tipo de accesorios para que puedan hacerlo de forma práctica.

2 Objetivos

Tener conocimientos del programa que se utiliza en la consulta.

Conocer los principios activos de los medicamentos a dispensar.

Ser organizado y tener empatía con los pacientes que acuden a la consulta externa.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos recopilado información de buscadores como google, nos hemos basado también en libros que hemos encontrado en páginas virtuales y en libros físicos, así como de la propia experiencia personal al trabajar en este servicio.

4 Resultados

En este capítulo vamos a explicar todo lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería hace en el servicio de consultas externas de farmacia del hospital general.

En primer lugar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería atiende al paciente cogiendo la receta, siempre acompañada de la tarjeta sanitaria de dicho paciente.

Después hay que comprobar que todos los datos personales coinciden tanto en tarjeta sanitaria como en receta. Una vez comprobado que los datos son correctos

hay que verificar en el ordenador, poniendo el número de historia clínica del paciente, que la receta coincide con la medicación prescrita en el programa.

Procedemos de esta manera a dispensar la medicación prescrita. La medicación que se le dispensa depende de la posología que tenga prescrita. Si no coincide la prescripción del ordenador con el de la receta tendremos que pasársela al farmacéutico para que éste lo modifique.

Por último en cuanto a la dispensación de medicamentos el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe informar al paciente como debe conservar dicha medicación, en caso de que los medicamentos necesiten ser conservados en frigorífico hay que aconsejarles que siempre los coloquen en lasajas centrales, ya que en la puerta, de abrir y cerrar puede perder temperatura perdiendo estabilidad la medicación.

Para poder dispensar de forma cómoda toda la medicación lo primero que debe hacer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es reponer todos los frigoríficos, en caso de la medicación que necesite ser conservada en frío y todos los armarios donde esté el resto de medicación.

Para que el trabajo se haga de una forma ordenada y fluida la medicación está ordenada en armarios, dispuestos dependiendo de la patología o enfermedad a la que vayan destinados, todos ellos están ordenados alfabéticamente para ser localizados fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaje en este servicio debe de ser ordenado, organizado y en especial tener mucha empatía a la hora de atender a los pacientes que vienen a recoger medicación, ya que en muchos casos dichos pacientes se encuentran en una situación psicológicamente delicada.

También debe estar familiarizado con los principios activos y los nombres comerciales de los medicamentos que vayan a dispensar, de esta manera dicha dispensación será de manera más fluida. Sería conveniente que tuviera conocimientos de toda la medicación que se encuentra dentro de la consulta, en especial saber cuáles de ellos necesitan ser conservados en frío, para explicar al paciente cuál debe ser su modo de conservación para que no pierda estabilidad.

6 Bibliografía

<https://titulae.es/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>
http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm

Capítulo 196

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ELEVADA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL

SARA GARCÍA DÍAZ

AIDA PUERTAS LAVANDERA

1 Introducción

La obesidad se define como un exceso de masa grasa que por lo general va correlacionado con una elevación del peso corporal. Aunque no todo el aumento de peso lo podemos llamar “obesidad”, ya que hay determinadas patologías, como el edema, que lo elevan.

La OMS dice que la obesidad se relaciona con un aumento de la mortalidad y hoy en día, existen más personas, a nivel mundial, con problemas de peso. La obesidad acarrea trastornos metabólicos como: resistencia a la insulina, dislipemias, aumento de la presión arterial y diabetes. “La prevalencia de estas enfermedades ha aumentado a un ritmo estrepitoso. Ya que se puede decir que se han triplicado las tasas de obesidad infantil desde 2016 correspondiéndose este grupo con más de 300 millones en todo el mundo”. Este dato alarmante es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. En España la cosa no es mejor, si es verdad

que no hay bibliografía que demuestre que el problema está en aumento, pero si estancado sin presentar relativas diferencias entre las comunidades autónomas. La obesidad está siendo un auténtico reto sanitario en los países del Primer Mundo y empieza a ser un problema en países en vías de desarrollo, cada vez más avanzados industrialmente y más parecidos a los países occidentales. Los últimos estudios epidemiológicos continúan mostrando un incremento de la prevalencia de la obesidad infantil en el mundo. La alimentación, actividad física, sueño y falta de ejercicio son factores que interfieren en la obesidad.

2 Objetivos

- Identificar las correctas actuaciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la promoción de la salud para reducir el incremento en la población infantil obesa.
- Estudiar las prácticas profesionales que puedan trabajar sobre este problema de Salud Pública tratando de prevenir la obesidad infantil en el mundo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ortográfica y bibliográfica basada en una búsqueda activa de literatura científica en las diferentes bases de datos como PubMed, Medline o Google Académico. Así como artículos publicados en diferentes revistas de ámbito científico.

Las palabras clave han sido: obesidad infantil, mundial, problema.

4 Resultados

El sobrepeso y la obesidad están siendo ampliamente estudiados por el problema de Salud Pública que conlleva. La evidencia científica hace una correlación entre la obesidad con factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque existe un gran conocimiento sobre la causa y consecuencias, la patología continúa en aumento siendo más problemática en zonas marginales y sin recursos.

El TCAE ha de incidir en la importancia de una alimentación equilibrada y una actividad física regulada. Estos serían los primeros factores a tener en cuenta. Luego las intervenciones más emergentes deberían ir encaminadas ahí. El contexto social donde se desarrolle ha de decir mucho a cerca de la situación, ya que dependiendo del mismo puede favorecer u obstaculizar mucho el proceso.

La obesidad infantil es una complicada enfermedad que agrupa multitud de factores. También se ha visto en la bibliografía consultada la importancia que han tenido los roles familiares y psicológicos como los estilos de crianza o alimentación. Con esto, podremos decir que la obesidad infantil es un problema cíclico en el que el TCAE junto con el equipo multidisciplinar ha de llevar a cabo programas de intervención a nivel individual, familiar y comunitario para promover el desarrollo saludable de niños y adolescentes. el desarrollo saludable de niños y adolescentes.

Los representantes deben proporcionar información precisa para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas y saludables. Por ejemplo, es importante crear un programa educativo sobre nutrición que pueda impartirse a través de múltiples canales. Se debe alentar a las propias escuelas a cambiar los hábitos de elección de los alimentos adecuados. Las escuelas tienen un enorme impacto en la vida de los niños pequeños. Por ello, se deben tomar desde el principio medidas relacionadas con la prevención o prevención del tabaquismo, teniendo en cuenta los hábitos alimentarios de cada familia.

5 Discusión-Conclusión

Los hábitos saludables desarrollados en la niñez y la adolescencia permanecerán contigo durante toda tu vida. En este sentido, las escuelas son los mejores lugares para la promoción de la salud. La alimentación saludable y la prevención de la obesidad no solo son buenas para la salud, también son educativas para niños y adolescentes.

En segundo lugar, en relación con las cuestiones analizadas en la literatura, se deben analizar nuevos estudios sociales para identificar factores de riesgo de alta mortalidad infantil y los intentos de promoverlos a través de campañas de información. Puede incluir grupos que apoyan a los desarrolladores de dispositivos. Finalmente, la reseña del libro sugiere que, si la enfermedad se debe en parte a la disminución global de los alimentos ricos en calorías y al aumento de los precios de las frutas y verduras, el aumento de la actividad se limita a actividades como la televisión y el vídeo. Juegos, salir a comer, muchos restaurantes de comida rápida... cuanta más energía gastamos, menos ejercicio hacemos.

6 Bibliografía

1. Serrano JA. La obesidad infantil y juvenil [Internet]. Uic.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/958/03La_obesidad_infantil_juvenil.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Nuevas amenazas para la salud de los niños y los adolescentes [Internet]. Who.int. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health>
3. Jurado-Castro JM. Evaluación de hábitos de alimentación y actividad física en niños escolares como método de prevención de obesidad infantil. Universidad de Córdoba, UCOPress; 2022.
4. Researchgate.net. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/358571244_Comprendiendo_la_obesidad_infantil_como_una_condicion_bio-psico-social
5. Manuel J, Castro J. Uco.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/22475/2022000002383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Mussini M, Temporelli KL. Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estud Soc Rev Aliment Contemp Desarro Reg* [Internet]. 2013 [citado el 3 de junio de 2022];21(41):165–84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007

Capítulo 197

PRIMEROS AUXILIOS

CARLA FERNANDEZ CALVO

1 Introducción

Se entiende por primeros auxilios las medidas que hay que tomar con una persona que ha sufrido un accidente hasta que lleguen los equipos de emergencia. Los primeros auxilios pueden llegar a salvar vidas y es un papel fundamental para los profesionales sanitarios.

Para saber como tenemos que actuar en estas situaciones, se ha desarrollado un método llamado PAS, que son las iniciales de las palabras:

- Proteger.
- Avisar.
- Socorrer.

Si desarrollamos un poco más este método, lo primero de todo es protegernos a nosotros y a la víctima, después avisaríamos inmediatamente al 112 sin perder la calma, y por último ayudaríamos a la víctima o víctimas en todo lo que podamos. Es muy importante saber lo que no debemos hacer en caso de emergencia, como por ejemplo, mover a un herido, quitar algún objeto que esté incrustando en alguna parte del cuerpo, a no ser que la víctima este corriendo peligro, ya sea en un accidente de tráfico y el coche vaya a prender fuego.

Todo esto se trata de formar a las personas, aportando recursos rápidos para lograr actuaciones rápidas, también, mediante clases teóricas y talleres para que de esta manera adquieran conocimientos y habilidades para la adecuada gestión ante un posible accidente.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de la aplicación de los primeros auxilios.
- Exponer la situación actual de los primeros auxilios y la importancia de la formación en ellos por parte de personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para realizar la investigación, se han realizado búsquedas en páginas web, así como en artículos y revistas de interés en las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo sobre qué son los primeros auxilios, a quién van dirigidos, los métodos base para poder actuar de la mejor manera posible y a quien va dirigido.

4 Resultados

Tan solo cada año en el mundo mueren alrededor de 2 millones de personas por ataques al corazón, buena parte de ellas se podrían evitar con primeros auxilios. Se puede observar que es en el hogar donde más accidentes se pueden producir.

Los más propensos a tenerlo son los niños y los ancianos

Las hemorragias o pérdida de líquidos son también una de las causas de muerte más comunes y que no se saben atender. Otra de las más comunes son las crisis convulsivas.

Si intervenimos en los cinco primeros minutos posteriores al paro cardíaco, se podrían salvar el 85% de los enfermos.

En 2021, cerca de 3.000 personas murieron en España por atragantamiento, convirtiéndose esta en la tercera causa que más muertes provoca (dentro de las no naturales) sobre todo en las personas mayores (1.120 de ellas personas mayores de 65 años).

Y por todo ello, cada año podríamos evitar millones de muertes.

A la hora de intervenir en un accidente hay que tener en cuenta que la cadena de ayuda comienza, conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS), con aquellos que están presentes en el siniestro o que llegan primero al lugar del accidente para realizar la conducta PAS (Proteger, Alertar y Socorrer).

Ahora mismo hay más de 16 millones de personas formadas en primeros auxilios, según la Cruz Roja.

Podemos mejorar la baja tasa de supervivencia de los 30.000 paros cardíacos súbitos que se dan anualmente en España, pues esta no supera el 11% fuera del hospital.

Los primeros auxilios salvan el 90% de las vidas cuando ocurre un desastre, informa la Cruz Roja

El lema de este año es “Aprendizaje permanente de primeros auxilios de por vida”; para resaltar la importancia de la constante capacitación y actualización, con el propósito de no perder las habilidades y conocimientos que ayuden a crear comunidades más saludables

5 Discusión-Conclusión

Los primeros auxilios son técnicas de actuación inmediata que se aplican en una situación de emergencia. Es importante saber que pueden variar dependiendo el caso, el estado del paciente, el lugar, pero teniendo en cuenta que debemos buscar ayuda lo más rápido posible.

Se destaca la gran importancia de que todas las personas, sean del ámbito sanitario o no, se formen para seguir salvando vidas. Así mismo, actuar de forma adecuada en esta situación tiene un papel muy importante para la vida de la víctima, ya que permite estabilizarla, aliviarle el dolor o incluso calmar la ansiedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.seguridadvialenlaempresa.com/blog/en-que-consiste-tecnica-pas-y-para-que-sirve/>.
2. <https://www.experta.com.ar/blogg/errores-frecuentes-en-primeros-auxilios/>.
3. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/primeros-auxilios/?utm_content=cmp-true.
4. <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/09/13/noticias/1379083298.html>.

Capítulo 198

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LAS HABILIDADES SOCIALES

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer, comprender y gestionar nuestras propias emociones, así como también, la habilidad de percibir, interpretar y responder adecuadamente a las emociones de los demás en diversas situaciones sociales. Incluye habilidades como la autoconciencia emocional, autorregulación emocional, motivación, empatía y habilidades sociales. La inteligencia emocional implica la habilidad de manejar las emociones de manera efectiva tanto en uno mismo como en las relaciones interpersonales, lo que conduce a

una mejor toma de decisiones, relaciones más saludables y una mayor calidad de vida.

Las habilidades sociales son los recursos que posee una persona para interactuar de manera efectiva y armoniosa con otras personas en diferentes contextos sociales. Estas habilidades involucran la comunicación, la empatía, la escucha activa, la cooperación, la resolución de conflictos, la asertividad, la negociación y otras capacidades que permiten establecer relaciones interpersonales saludables y positivas.

Las principales habilidades sociales son:

1. Comunicación efectiva: La capacidad para expresar ideas de manera clara y comprensible, así como escuchar y comprender las ideas de los demás.
2. Empatía: La habilidad para ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus emociones, perspectivas y necesidades.
3. Asertividad: La habilidad para expresar opiniones, necesidades y deseos de manera honesta y respetuosa, sin vulnerar los derechos de los demás.
4. Habilidades de negociación: La capacidad para llegar a acuerdos beneficiosos para todas las partes involucradas, encontrando soluciones que satisfagan las necesidades de cada persona.
5. Resolución de conflictos: La habilidad para manejar desacuerdos de manera constructiva, buscando soluciones que minimicen los conflictos y promuevan la armonía.
6. Autocontrol emocional: La capacidad para regular y manejar las propias emociones de manera adecuada en situaciones sociales, evitando reacciones impulsivas.
7. Liderazgo y trabajo en equipo: La habilidad para guiar o colaborar con otros de manera efectiva hacia un objetivo común.
8. Adaptabilidad: La habilidad para adaptarse a diferentes situaciones sociales y culturales.

2 Objetivos

Destacar la importancia de la inteligencia emocional y las habilidades sociales en el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con el objetivo de lograr unos cuidados al paciente de calidad, relaciones interpersonales satisfactorias, un entorno laboral saludable y prevenir el estrés derivado del trabajo.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se adoptó una estrategia de búsqueda y revisión sistemática de artículos y literatura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed, RSI (Revista Sanitaria de Investigación), Elsevier y Google Académico. Se examinaron y contrastaron diferentes artículos para poder extraer la información y conclusiones pertinentes.

4 Resultados

Las habilidades sociales y la inteligencia emocional son fundamentales para un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), por las características de su trabajo, que implica el cuidado y la interacción constante con pacientes y sus familias, así como con otros profesionales de la salud.

Las habilidades más importantes en el entorno de trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería son:

1. Comunicación efectiva:

- Con los pacientes: Los TCAE necesitan comunicarse de manera clara y comprensible con los pacientes para entender sus necesidades, proporcionar información sobre procedimientos y tratamientos, y ofrecer apoyo emocional.
- Con el equipo de salud: La comunicación efectiva con otros profesionales de la salud es esencial para coordinar el cuidado del paciente, transmitir información relevante y garantizar un entorno de trabajo seguro y colaborativo.

2. Empatía y compasión:

- Los TCAE deben mostrar comprensión y sensibilidad hacia las experiencias y sentimientos de los pacientes. Esto ayuda a crear un ambiente de confianza y apoyo, mejorando la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente.

3. Trabajo en equipo:

- La colaboración y coordinación efectiva con otros miembros del equipo de salud son clave para proporcionar un cuidado integral y seguro. Las habilidades sociales ayudan a construir relaciones positivas y a resolver conflictos de manera constructiva.

4. Gestión del estrés y autocontrol:

- El trabajo en el ámbito de la salud puede ser estresante y emocionalmente demandante. La inteligencia emocional ayuda a los TCAE a manejar el estrés, mantener la calma en situaciones difíciles y tomar decisiones informadas sin dejar que las emociones interfieran en el cuidado.

5. Escucha activa:

- Escuchar activamente a los pacientes y sus preocupaciones es fundamental para proporcionar el cuidado más apropiado y personalizado. Además, permite identificar necesidades no expresadas y ofrecer un apoyo adecuado.

6. Resolución de conflictos:

- Las habilidades sociales son cruciales para manejar situaciones conflictivas entre pacientes, familiares o incluso entre miembros del equipo de salud. Saber abordar estas situaciones de manera constructiva es esencial para mantener un entorno de cuidado seguro y armonioso.

7. Adaptabilidad y flexibilidad:

- La inteligencia emocional ayuda a adaptarse a diferentes situaciones y a lidiar con cambios inesperados en el entorno de trabajo, algo muy común en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades sociales y la inteligencia emocional son esenciales para un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que contribuyen a una comunicación efectiva, relaciones interpersonales saludables y positivas, manejo del estrés, toma de decisiones de forma objetiva y un cuidado centrado en el paciente y en sus necesidades físicas y emocionales. Estas habilidades son indispensables para ofrecer al paciente una atención de calidad y promover un entorno de trabajo tranquilo, productivo y colaborativo.

Se debería dar más valor a la formación en inteligencia emocional dirigida al personal sanitario, ya que una mayor inteligencia emocional conlleva una mejor gestión de las emociones, lo que se traduce en unos índices más bajos de estrés en los profesionales y un aumento de calidad en los cuidados prestados al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 199

MANIPULACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON MUESTRAS BIOLÓGICAS

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

El cuerpo humano segrega sustancias orgánicas: esputo, orina, heces, sangre, vómito, suero, tejido, pelo, etc. Estas secreciones se denominan muestras biológicas. Estas se recogerán dependiendo de la prueba que se vaya a llevar a cabo, se analizarán para conseguir un diagnóstico clínico, con el cual el médico pondrá un tratamiento para intentar solucionar y erradicar el problema de salud que sufre el individuo portador de los fluidos.

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) es una figura clave y muy importante en esta labor, ya que es el encargado de conservar, si fuera necesario, las muestras biológicas y de su traslado a laboratorio, etc., y en muchos casos de

recoger los fluidos o secreciones pertinentes que exige el volante médico para poder llevar a cabo el estudio de estas muestras. El TCAE también es el encargado de asistir y ayudar al equipo multidisciplinar clínico a la hora de extraer muestras biológicas de manera más intrusiva, como por ejemplo muestras sanguíneas con punciones venosas, muestras sanguíneas con punciones arteriales, extracción de sangre para hemocultivos, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, aspiración de secreciones con entrada por una traqueotomía o por un tubo faríngeo, etc., para estas prácticas es necesario aparataje y herramientas más complejas para conseguir extraer las muestras con las técnicas pertinentes.

2 Objetivos

Visualizar la importancia de que el TCAE tenga el conocimiento y la formación necesaria, para la práctica que se va a realizar a la hora de la extracción, la recogida, la conservación y el traslado de las muestras hasta que se depositan 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. Palabras clave: celador, unidad de cuidados intensivos, críticos y funciones.

4 Resultados

Lo primero que necesitamos es un volante médico, con la identificación del paciente, su número de historia correspondiente, habitación o box del paciente, indicación de la prueba, fecha del día y de la hora para la recogida de la muestra y pegatinas codificadas.

Todas las muestras recogidas necesitan contenedores estériles totalmente identificados con pegatinas codificadas que también se pegaran al volante o bien con todos los datos del paciente, todos los envases irán perfectamente etiquetados.

El técnico auxiliar de enfermería a la hora de la recogida de muestras es fundamental que se ajuste a la normativa que exige el protocolo de la práctica que se

va a llevar a cabo.

Algunas de las muestras biológicas se recogen en la orina, puede ser una recogida de manera estéril, para urocultivos, recogida de 24 horas para determinar una sustancia durante 24 horas, o una recogida de rutina para determinar drogas, toxicidades o alguna enfermedad metabólica.

Otra de las muestras biológicas, la más común, es la sangre, se puede recoger de las venas por mediación de venas superficiales, normalmente del brazo, de las arterias (femoral, radial, humeral, habitualmente) o de los capilares sanguíneos pinchando con una lanceta en la yema de un dedo, de esta muestra se obtiene la composición sanguínea, nivel de hormonas, presencia de enfermedades, etc.

El líquido cefalorraquídeo se obtiene por mediación de punción lumbar para el diagnóstico de enfermedades neurológicas, infecciones, biomarcadores, etc.

Exudados de heridas, el líquido se filtra de los vasos sanguíneos a los tejidos, se recogerá si es de menor cantidad con torunda, pero si hay más, con jeringa o aspiración.

La saliva se recoge con un hisopo, el líquido sinovial con incisión por aguja y jeringa.

Hay diferentes tipos de recogida de muestras, siempre cumplir los protocolos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar de enfermería debe conocer las herramientas con las que se lleva a cabo la recogida, la conservación y el traslado de las muestras biológicas al laboratorio.

Frotis, biopsias, hisopos, extracción de sangre venosa o arterial, punciones para la extracción de líquido, aspiración de moco, saliva, semen, exudados de heridas, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, etc., estas prácticas son las utilizadas para la recogida de muestras y es muy importante conocer el tipo de envase que se usará con cada materia, el tipo de conservación de cada fluido o tejido y el traslado de los envases al laboratorio.

El conocimiento total de la práctica que se usará, según protocolo, para no contaminar la muestra es vital para un diagnóstico correcto, y un tratamiento ade-

cuado para la cura.

6 Bibliografía

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

Capítulo 200

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA OFTALMOLOGÍA

RAQUEL ESCUDERO

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar como se lleva a cabo una prueba de diagnóstico (campimetría) que se lleva a cabo en las consultas externas de oftalmología y las funciones que debemos realizar los técnicos en auxiliar de enfermería durante el desarrollo de esta.

La palabra Oftalmología, es un sustantivo femenino proveniente de la unión de dos vocablos del griego antiguo ὀφθαλμός y λόγος. El primero traducido en castellano por ojo y el segundo por tratado, por lo tanto, atendiendo a su etimología, la oftalmología es la parte de la medicina que trata los ojos.

Podríamos decir que la oftalmología es la especialidad médica y quirúrgica que se encarga del diagnóstico y tratamiento de todas las patologías relacionadas con el ojo, de sus músculos, de los párpados, vías lagrimales y de su conexión

con el cerebro. Y el especialista que realiza los servicios de oftalmología recibe el nombre de oftalmólogo.

Ahora que sabemos que es la oftalmología, nos preguntamos por una de las pruebas que se realizan en las consultas de oftalmología, ¿qué es la campimetría?

La campimetría es una prueba de diagnóstico no invasiva con la cual se estudia el campo visual (abarca la visión lateral de un paciente cuando tiene el ojo fijo en un punto).

2 Objetivos

- Dar a conocer desarrollo de una campimetría y las funciones que realiza el técnico en cuidados de auxiliares de enfermería en el desarrollo de esta.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las consultas externas de oftalmología, etimología de oftalmología, oftalmología, campimetría, campo visual, ¿cómo se lleva a cabo una campimetría?, y ¿preparación del paciente previa a la realización de una campimetría?

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban, funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, funciones de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en las consultas externas de oftalmología, etimología de oftalmología, oftalmología, campimetría, campo visual, ¿cómo se lleva a cabo una campimetría?, y ¿preparación del paciente previa a la realización de una campimetría?, artículos con menos de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Preparación previa del paciente a la realización de una campimetría:

- Ninguna (se puede realizar a cualquier tipo de paciente, independientemente de las numerosas y dispares patologías que presente).

Patologías que se pueden detectar con la realización de una campimetría:

- Glaucoma.
- Drusas papilares.
- Neuritis ópticas
- Enfermedades vasculares de la retina.
- Tumores cerebrales.

Tipos de campimetría:

- Campimetría cualitativa, este tipo de campimetría da una información muy general de las patologías que presenta el paciente, la realiza el oftalmólogo sin utilizar el campímetro.
- Campimetría cuantitativa, este tipo de campimetría da una información bastante detallada, la realiza el oftalmólogo, para su realización se requiere de campímetro. Es en esta última en la que nos vamos a detener:
- T.C.A.E. prepara el material, es decir, en este caso desinfecta el campímetro, dejándolo preparado para el paciente.
- T.C.A.E. captura el paciente.
- T.C.A.E. llama al paciente a través del programa SITAS.
- T.C.A.E. comprueba la concordancia entre paciente y prescripción facultativa.
- T.C.A.E. Explica al paciente donde se debe sentar, colocarlo correctamente en el campímetro, e incluso sujetarle la cabeza para que no la mueva durante la realización de la prueba (si es necesario. En qué consiste la prueba y tiempo aproximado de duración,
- Oftalmólogo realiza la prueba (El paciente se sienta frente al campímetro, el estudio de los ojos se realiza de manera independiente, por tanto, primero durante unos 5 minutos se estudia uno de ellos y después el otro durante la prueba el campímetro emite estímulos lumínicos en movimiento todos de igual intensidad o de distinta intensidad dependiendo del campímetro utilizado y en función de los detectados por el paciente se van realizando mapas de visión que detectan zonas en las que el paciente no tiene visión).
- Despedir al paciente.
- Desinfectar el campímetro.
- Volver a empezar el proceso nuevamente.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería en consultas externas de oftalmología conozcamos cuáles son nuestras funciones en el desarrollo de la realización de una campimetría, qué tipos de campimetría

existen, para qué sirven, si el paciente requiere algún tipo de preparación previa y sobre todo como se llevan a cabo.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 201

CONCEPTOS CLAVE DEL PAPEL DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RAQUEL ESCUDERO

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es una unidad hospitalaria donde se proporciona atención intensiva y continua a pacientes en estado grave. En esta unidad, el técnico de cuidados de enfermería (TCAE) desarrollará diferentes y muy importantes funciones, al encontrarse en un área del hospital con una gran carga de estrés y mucha presión.

Al ser un área del hospital donde están los pacientes que están en condiciones críticas y se ven amenazadas sus vidas a causa de enfermedades crónicas o accidentes los cuales tienen alto riesgo de que cesen sus funciones vitales etc, las funciones del TCAE se convierte en un papel muy importante para los profesionales de la medicina y para los pacientes mismos. Las funciones del técnico

de cuidados auxiliares de enfermería son muy variados e importantes como la preparación pre-ingreso en el box hasta el alta del paciente, los cuidados básicos al paciente, la preparación de aislamientos, la administración de medicación vía oral y rectal, el apoyo e instrumentalización a enfermeras y médicos. También siendo muy importante la atención y apoyo psicológico a pacientes y familia. Todas estas funciones específicas de los TCAE se demostrarán como necesarias para el correcto funcionamiento de la unidad, así como demuestran su importancia como miembro del equipo disciplinar de la unidad.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar el siguiente capítulo se realizó una revisión bibliográfica por webs de búsqueda y divulgación científica, así como una revisión de los protocolos del HUCA. La revisión bibliográfica o teórica sobre la temática “Funciones del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos” se ha llevado a cabo a través de la búsqueda y análisis de información obtenida de diversas fuentes científicas, entre las que destacan bases de datos como Scielo, Medline, Ebsco, PorQuest. Además de la búsqueda en diferentes artículos publicados en revistas, comunicaciones, posters de congresos y capítulos de libros. Para dicha búsqueda se han usado los siguientes descriptores “uci”, “Funciones TCAE”, “Área de cuidados intensivos”, “Salud”.

4 Resultados

La UCI funciona como una unidad independiente para cuidado de pacientes críticos, al estar diseñada específicamente y equipada con todo lo necesario para prestar una atención sanitaria eficaz a pacientes en estado crítico y que necesitan cuidados especiales y tratamientos complejos en los momentos críticos de sus patologías. El trabajo de una tcae en el servicio de cuidados intensivos consiste en un proceso continuo y de un protocolo compuesto de unas funciones en el que el técnico en cuidados auxiliares adquiere un papel muy importante lleno de responsabilidad y también de mucha presión y estrés. La funciones del TCAE

en las UCIs son muy variadas, donde podemos encontrar la preparación del box previa al ingreso al paciente, preparándolo para el aislamiento del paciente si es preciso, su alta de la unidad, y entre medias, los cuidados básicos del paciente, como su higiene, la administración de medicación tanto oral como rectal, proporcionar el apoyo necesario tanto al personal de enfermería como facultativo, así como el apoyo psicológico preciso a los pacientes y a sus familiares. Todas estas funciones se realizan formando parte del equipo multidisciplinar compuesto por el personal de enfermería, los doctores, TCAES, y los fisioterapeutas entre otros. Todos estos profesionales trabajan en equipo para darle al paciente los cuidados intensivos que precisa, por lo que es muy importante que mantengan una formación y actualización de conocimientos constantes, y encaminados a mejorar el bienestar del paciente y su pronta salida de su estado crítico.

Tal y como se menciona anteriormente, las unidades de críticos son unidades hospitalarias donde encontraremos a aquellos pacientes que necesitan una vigilancia continua, así como una serie de cuidados y tratamientos específicos que le ayuden a salir de su estado crítico de salud. Por lo que se podría decir, que su principal objetivo es restablecer la salud del paciente al mínimo vital necesario para que no precise de una vigilancia continua. Para ello, en esta unidad será asistido en todo aquello que precise, desarrollando todas aquellas técnicas, ya sean invasivas o no, que sean necesarias. Aquí el paciente puede ver asistida su capacidad respiratoria ya sea aportándole un extra de oxígeno mediante gafas nasales, hasta asistirle completamente en todo el proceso respiratorio utilizando máquinas respiratorias e invasivas. También puede ver asistida si capacidad circulatoria mediante fármacos, o incluso su capacidad eliminatoria, mediante la colocación de sondas vesicales o rectales, nefrostomías o colostomías.

Todas estas asistencias externas a la biología del paciente, serán monitorizadas y vigiladas de continuo y completamente por el personal de la unidad, con el fin de salvaguardar la estabilidad del paciente, y vigilar el posible empeoramiento o mejora de su estado de salud. Y permitiendo una actuación precoz y precisa ante el posible agravamiento de su enfermedad.

Para lograr todo esto, estas unidades son espacios amplios e individualizados para permitir un trato confortable, respetando la intimidad del paciente. Y cuentan con sistemas centralizados de televisión para vigilar a los pacientes en todo momento. El TCAE tiene una serie de responsabilidades en la UCI, entre las que podemos encontrar:

- Hacer un uso adecuado de los equipos e instrumentales médicos.
- Ayudar a los pacientes con sus necesidades biológicas y psicológicas.
- Brindar un trato humano al paciente y a su familia, además de informar al pa-

ciente de todo lo relacionado con su enfermedad que sea de su competencia.

- Promover hábitos saludables.
 - Respetar la intimidad, costumbres y valores de los pacientes.
 - Realizar la higiene y acomodación del paciente junto con la enfermera.
 - Hacer un control de diuresis, deposiciones y drenajes.
 - Hacer las movilizaciones que el paciente necesite en colaboración con el personal de enfermería cuando sea necesario y acompañándolo cuando tenga que ser trasladado para realizar pruebas o exámenes.
 - Ayudar al personal de enfermería en procedimientos como:
 - Cateterización venosa central.
 - Desfibrilación.
 - Electrocardiogramas.
 - Intubación endotraqueal.
 - Colocación de catéteres.
 - Cuidados del paciente con ventilación mecánica o con traqueostomía.
 - Fisioterapia respiratoria y reanimación cardiopulmonar (RCP).
 - Oxigenoterapia.
 - Colocación del tubo de drenaje torácico, sonda y administración de enemas.
 - Manejar todo el equipo instrumental destinado a esterilización.
 - Tramitar la documentación del laboratorio, interconsultas, radiografías (RX), etc.
 - Preparar los materiales estériles como el algodón, gasas, etc.
 - Reponer el carro de curas de todo el material que se haya utilizado y su limpieza.
 - Tomar muestras para llevarlas al laboratorio y recoger las medicinas que vienen de farmacia verificando que están todas.
 - Identificar las necesidades del pacientes y demás profesionales del servicio.
 - Ayudar a los pacientes en la alimentación oral como por sonda y aseo bucal si fuera necesario. Si se observara una mala deglución cesará en la alimentación de alimentos y lo comunicará al personal de enfermería.
 - Comprobará la ingesta, así como la cantidad tomada y composición del menú.
 - Se encargará de la comodidad del paciente y de los cambios posturales del mismo si fueran necesarios.
 - Se ocupará de los cuidados post-mortem del paciente en el momento que falleciera.
 - Dejará registrado y hará observaciones necesarias y oportunas y hará que consten en los registros de enfermería.
- Entre las muchas funciones del TCAE en la UCI se dividen en tres fases que son: pre-ingreso, durante el ingreso y cuando el paciente recibe el alta.

Funciones en el pre-ingreso:

- Revisar el box: se asegurará de que cada box disponga de todo el material necesario para el cuidado del paciente. Comprobará que el Ambu esté preparado y funcione perfectamente. Igualmente, vigilará que todo el instrumental respiratorio (gafas nasales, mascarilla Venturi, facial simple, etc) estén disponibles en el box y en perfecto estado para su uso si es necesario. Del mismo modo, vigilará que los cables para la monitorización estén conectados y ordenados.
- Procurará que todo lo necesario para el traslado del paciente a la unidad y su posterior traslado del paciente a la cama esté disponible y cercano al box, como el carro de vías, de curas o para mayor seguridad el carro de paradas con el material de intubación. Todo esto con el fin de proporcionar al paciente un traslado seguro.
- Si se informa de que el paciente tiene algún tipo de aislamiento: se seguirá el protocolo para esos casos. Hay varios tipos de aislamientos de contacto y entérico. El material que se suele colocar: en la puerta una mesa auxiliar con batas, mascarillas, guantes y gorros. Colocando en la puerta un cartel con el tipo de aislamiento: aislamiento de contacto, aislamiento entérico, aislamiento por gotas, respiratorio y aislamiento inverso.

Funciones durante el ingreso:

- Recibir al paciente es una de las funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos UCI junto al enfermero y con la ayuda del celador con el traspaso a la cama del box si fuera necesario. Si el paciente estuviera consciente se le explicará al paciente todas las acciones que se van a llevar a cabo y se le guiará en las que pueda colaborar.
- El TCAE ayudará al personal de enfermería a monitorizar al paciente, ayudando a colocarle todos aquellos sistemas no invasivos destinados a ello.
- En los pacientes críticos los cambios posturales son muy importantes. Por ello los TCAES deben de informarse sobre la posición recomendada para la situación de cada paciente y las precauciones que hay que tener para cada uno. Especialmente a la hora de la movilización hay que tener en cuenta aspectos específicos para la situación de cada paciente, como mover en bloque, no flexionar extremidades inferiores, posibles lesiones cervicales, etc. Haciéndose siempre la movilización entre TCAE, enfermero y celador. Los cambios posturales deben hacerse al menos una vez por turno como mínimo.
- Se aseará al paciente a diario cara, extremidades superiores e inferiores, espalda, nalgas y finalmente los genitales. Las sábanas se cambiarán todos los días y la entremetida en todos los turnos aprovechando los cambios posturales debido a que se aplicarán aceites grasos en las zonas en las zonas donde el paciente recibe mayor presión. Y seguidamente se procederá a la higiene de la boca. Si el paciente

estuviera intubado se le aspirarían las secreciones de forma estéril. Y en caso de que al paciente se le estuviese administrando alimentación enteral por medio de la sonda nasogástrica se cambiarían los apósitos a diario. Por último se procedería a la cura de las vías y heridas.

- En la alimentación del paciente el TCAE se encargará de su alimentación, ya sea por vía oral o enteral. En aquellas personas con sospecha de disfagia o confirmada, deberá conocer las técnicas de alimentación oral y prestando especial atención a la alimentación enteral por la sonda nasogástrica usando correctamente las bombas de nutrición y sus equipos, cambiándolos una vez al día.
- Junto con el personal de enfermería el TCAE colaborará en la recogida de las muestras. Ya sea preparando todo el material necesario para su recogida, o ayudando a crear el campo estéril y mantener su esterilidad. En ocasiones, el TCAE se encargará directamente de la toma de muestra, como por ejemplo las de orina o heces.

El TCAE tiene muchas funciones y responsabilidades que debe realizar. Pero entre todas ellas hay otras que están prohibidas y no deben ser realizadas por el TCAE puesto que no son de su competencia y que deben ser realizadas exclusivamente por el personal de enfermería y doctores como son:

- No debe realizar punciones, ni poner inyecciones.
- Tampoco debe realizar pruebas diagnósticas.
- No debe administrar medicamentos por vía parenteral.
- No debe de cambiar la dieta pautada por el médico.
- No debe de dejar de hacerle cambios posturales al paciente, etc.

Alta del paciente:

- El TCAE recogerá todas aquellas pertenencias del paciente que se encuentran en la unidad y las marcará con una pegatina con sus datos para posteriormente entregarlas al celador para que las traslade a la planta junto al paciente.
- Otra función de TCAE será preparar a paciente para trasladarlo a la planta, se le cambiará el urímetro por una bolsa de orina, se le pondrá un camisón, se le pondrá un pañal si fuera necesario, y con la ayuda del personal de enfermería se le retirará la monitorización. Cuando el paciente esté listo se transferirá a la cama y si fuera necesario con la ayuda de un transfer. Que consiste en un tablero de polietileno rígido y delgado (aproximadamente de 1,5 cm) ligeramente acolchado con material amorfo y no deformable, cubierto con un recubrimiento ULF (Ultra low friction) con la ayuda de un celador para su traslado.
- Una vez que el box quede libre se limpiará y se desechará según que material utilizado por el paciente, realizándose una limpieza exhaustiva de todos los aparatos sacándolos del box. Para que el equipo de limpieza pueda limpiarlo y desinfectarlo.

tarlo.

- El TCAE volverá a preparar el box, reponiendo y preparar el material necesario, revisará y montará los aparatos para su adecuado uso y dejar la cama y el box en perfectas condiciones para ingresar en cualquier momento a un nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en este servicio debe de tener una capacitación y formación de atención a pacientes críticos , además de los conocimientos básicos que debe poseer para atender al paciente y a su familia. Los profesionales que trabajen en esta especialidad tienen que tener vocación , habilidades organizativas, comunicativas y con capacidad de trabajo en equipo. Siendo muy importante también poseer unos valores sólidos y unos principios éticos. En resumen el TCAE en este servicio tendré que ser un profesional responsable,honesto, amable, cálido, con pulcros hábitos de limpieza e higiene y también solidario. También debe de ser capaz de mantener su trabajo organizado y estableciendo unas prioridades. Debe de ser organizado en su trabajo y consecuente en la atención dada al paciente. Poseyendo un alto sentido de la responsabilidad y la confidencialidad. Por lo tanto es crucial que esté dispuesto para trabajar en equipo y tener un alto grado a la fatiga, como al estrés en las situaciones críticas que se crearán en esta unidad. Al ser un servicio de asistencia clínica que se ocupa de los pacientes en estado crítico, con una patología que suponga un peligro vital inmediato o potencial y también se ocupa de su recuperación. Debido a la complejidad o gravedad de estos pacientes la UCI contará con una tecnología e infraestructuras avanzadas para evitar poner en peligro la salud y la vida del paciente. Una correcta organización de estos recursos permitirá dar la atención de calidad que necesitan. Y sobre todo el cuidado del bienestar y confort del paciente será un elemento básico para lograr la recuperación de la salud del paciente grave.

Por lo tanto el papel del TCAE se convierte en una función vital y necesaria en la unidad de cuidados intensivos. Ya que al encontrarse en la cercanía y el apoyo directo dado a los pacientes. Está completamente capacitado para cumplir diversas acciones como: la prevención, promoción, recuperación, educación y mantenimiento de la salud. Y teniendo como meta cumplir unos cuidados básicos y necesarios para conseguir el bienestar, higiene y la actividad del enfermo para su posterior recuperación.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. El TCAE en uci (unidad de cuidados intensivos) [Internet].
▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tcae-en-uciunidad-de-cuidados-intensivos/>.
2. Ocronos R. El papel que desempeña el TCAE en la UCI y la importancia de su trabajo para el buen funcionamiento de ésta. Ocronos - Editorial CientíficoTécnica [Internet]. 2022 [citado el 24 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/importancia-tcae-uci/>.
3. Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2022: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-uci/>.

Capítulo 202

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

RAQUEL ESCUDERO

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

1 Introducción

Una de las rutinas diarias del personal sanitario es el tema de la medición arterial de los pacientes, los que están ingresados y los que llegan a ingresar. Es una de las maneras de recoger la información que nos proporciona el cuerpo y junto a otros factores, poder saber más o menos un diagnóstico de la dolencia, como por ejemplo la hipertensión arterial. La hipertensión arterial (hipertensión) es uno de los mayores problemas de salud pública, y su prevalencia aumenta dramáticamente con la edad.

Más del 60% de los hombres y mujeres mayores de 65 años tienen hipertensión y, a medida que aumenta la edad promedio, más y más personas desarrollan hipertensión a medida que la población envejece. Los valores más altos de presión arterial se asocian con un mayor riesgo cardiovascular y, por el contrario,

pequeñas reducciones en la presión arterial a menudo resultan en grandes beneficios para la población, incluso más pronunciados en grupos de riesgo como los ancianos.

La obesidad es una de las principales causas de hipertensión y lamentablemente está aumentando en la población. Afortunadamente, las mejoras en la terapia antihipertensiva desarrolladas en los últimos años han tenido mucho éxito en mejorar el control de la hipertensión, ayuda a normalizar la presión arterial en muchas personas y también previene complicaciones graves en otros órganos del cuerpo.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas y las complicaciones que se presentan con una presión arterial alta.

3 Metodología

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

4 Resultados

La hipertensión es un problema en el que los vasos sanguíneos están bajo presión constante y pueden dañarse, y como resultado, puede provocar complicaciones graves y aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e incluso la muerte. Las causas graves de la presión arterial alta incluyen el estrés, pero también pueden ser causadas por condiciones subyacentes o por sí mismas. El dolor de cabeza, la dificultad para respirar y las hemorragias nasales son síntomas comunes en personas con presión arterial alta, pero estos síntomas solo aparecen cuando la enfermedad alcanza una etapa grave. Los factores de riesgo más comunes de la presión arterial alta son: edad (edad de alto riesgo), antecedentes familiares (tendencia hereditaria), SOPO (desde oxígeno y nutrientes hasta tejido, la gran cantidad de sangre a través de los vasos sanguíneos más importantes es la presión de la pared arterial), sedentarismo (aumente el

riesgo de sobrepeso), personas fumadoras (los productos químicos pueden dañar la membrana mucosa de la pared arterial y causar arterias que se distribuyen y aumentar el potencial de la enfermedad cardíaca). Un alto consumo de sodio en la alimentación (el sodio causa retención intestinal, que aumenta la presión arterial).

El potasio ayuda a equilibrar el sodio celular, por lo que la deficiencia de potasio puede también ser desencadenante de esta dolencia. El consumo excesivo de alcohol (consumo excesivo puede dañar el corazón), el estrés (los niveles altos son temporalmente grandes) y a veces el embarazo también contribuye a aumentar la presión arterial.

La falta de control de la presión arterial puede causar ataques cardíacos, accidentes cardiovasculares, aneurismas, insuficiencia cardíaca, debilitamiento de los vasos sanguíneos renales, la comprensión de la memoria o los vasos sanguíneos en la demencia y puede llevar a la muerte fulminantemente.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión puede considerarse una enfermedad muy grave y peligrosa, esto se debe a que muchas personas no saben que tienen presión arterial alta. Sin embargo, es importante visitar al médico y seguir ciertas pautas para combatirlo puede ayudarte a llevar una vida más saludable. La calidad de vida de un paciente, determina el riesgo de desarrollar presión arterial alta. La falta de ejercicio, el alcoholismo, el tabaquismo y la falta de consumo de grasas y sal aumentan el riesgo de contraer la enfermedad. Las formas más definitivas de prevenir esta enfermedad son una dieta equilibrada, ejercicio y revisiones periódicas.

El conocimiento del seguimiento y control oportuno de las métricas de presión arterial es primordial para abordar este importante problema de salud pública.

6 Bibliografía

1. Ministerio De la Salud. http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807. Acceso en: 1 de feb. 2011.
2. Toledo, Melina Mafra. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

Capítulo 203

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE LA CABINA DE SEGURIDAD BIOLÓGICA PARA CITOSTÁTICOS

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

1 Introducción

La cabina de seguridad biológica para citostáticos, también llamada “campana”, se encuentra situada en la farmacia del hospital, es en este servicio donde la responsable de este provee las mezclas intravenosas de los medicamentos, que se utilizan para el tratamiento del cáncer.

- PREPARACIÓN DEL PERSONAL PARA ACCEDER A LA “CAMPANA”:

Cuando se habla de la preparación del personal se refiere a las medidas de seguridad que el personal sanitario debe aplicar antes de entrar a ella. La campana

está dividida en dos salas, para entrar a la primera o ante sala debemos utilizar equipos de protección individual “EPIS”, nos referimos a mascarillas, gorro, bata, gafas, calzas, todo el material es desechable.

La campana está dividida en dos salas, una es la pre-sala donde se prepara el material y luego otra es donde está la campana de citostáticos, para entrar a la pre-sala se necesita todo el material citado anteriormente.

Para entrar a la sala donde está la campana tienes que volver a ponerte todo el equipo de protección individual “EPI”, encima de lo que ya llevabas puesto, otro gorro, gafas, calzas, bata, y por último te lavas las manos y pasas a colocarte unos guantes estériles, en este caso la mascarilla sería o una FP2 o FP3, tras esta preparación ya estaremos listo para realizar nuestro trabajo en la cabina de seguridad biológica.

Después de ver que lo que necesitamos nosotros, como sanitarios, para poder acceder a la campana, a continuación voy a detallar como se prepara esta para empezar a realizar los tratamientos.

-LIMPIEZA LIGERA:

Esta limpieza se realiza con las toallitas desinfectantes a fondo, levantando todas las rejillas mínimas una vez todos los días. Está todo listo para empezar, se procede a su encendido, se pone un campo estéril procurando tocarlo lo menos posible para que no pierda su esterilidad, ponemos un cubo amarillo, de los desechables encima, y ya dejamos la campana preparada para su uso.

Cuando se termina de trabajar volvemos al proceso de limpieza, se abre la campana, se tira los desechos en el cubo azul especial para estos desechos y se limpia la campana con las toallitas desechables, de dentro hacia afuera con movimientos de arriba abajo y de dentro hacia fuera, el cristal con mucho cuidado y ya se apaga la campana, está lista para el próximo día.

La seguridad del personal, es muy importante llevar a cabo bien las medidas de seguridad para las personas que realizan este tipo de trabajo.

2 Objetivos

La función de la TCAE en la campana de citostáticos básicamente es preparar todo el material desechable que va a utilizar la enfermera tanto los viales de citostáticos como jeringas específicas según cada tratamiento, tapones de seguridad, citoset, todos los componentes que se necesitan para preparar una quimio, campanas, tapones de seguridad, inyectores, conectores de sondas, bolsas opacas, bolsas para transportar el tratamiento que deben de ir selladas.

Hay que ser fieles a las hojas de preparación que manda la farmacéutica oncológica, siguiendo todas las instrucciones al pie de la letra para no cometer errores, comprobando los códigos nacionales de los citoestáticos, es muy importante

3 Metodología

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

4 Resultados

El resultado de estas cabinas de seguridad biológicas de citostáticos ha sido diseñado para mantener un área de trabajo denominada zona de trabajo, libre de cualquier partícula y contaminaciones para no alterar los productos con los que se trabajan, y también la seguridad de los profesionales sanitarios que la utilizan. Los trabajadores sanitarios que se exponen a estas sustancias se pueden enfrentar a los mismos riesgos de efectos secundarios y ningún beneficio. En ocasiones, estos trabajadores expuestos a estas sustancias ha presentado erupciones cutáneas, trastornos en la reproducción y algún tipo de cáncer.

Los materiales punzantes deben ser desechados en los contenedores con pictograma de tóxico bien identificados para ello, "material punzante de quimioterapia".

Los residuos citotóxicos pueden ser eliminados mediante incineración, se realiza en hornos especiales preparados para ello y a una temperatura de combustión de entre 1.000 y 1.200 grados centígrados.

Los tratamientos se deben conservar siempre en la nevera y nunca cerca de otros medicamentos, para evitar la contaminación.

En caso de contaminación personal: si nos cae en las manos, lavaremos rápidamente con agua y jabón durante diez minutos, en caso de que nos cayera en los ojos, solución isotónica y además acudiríamos al especialista para que nos aplique el antídoto necesario según el citostático.

Por todos los riesgos que el personal puede sufrir en la cabina de seguridad biológica para los citostáticos no se puede trabajar muchos días seguidos, por mi experiencia puedo añadir a este que tanto el auxiliar de enfermería como las

enfermeras cambian todas la semana de puesto, van rotando, están de lunes a viernes por la mañana, en las cabinas no se hacen turnos de tarde ni de noche. El aire es un 70% recirculado sobre el área de trabajo, mientras que el 30 % restante es extraído.

5 Discusión-Conclusión

Crear un ambiente relajado, de confianza y buena comunicación en la cabina de seguridad biológica para citostáticos, entre los profesionales sanitarios, tanto el auxiliar de enfermería como la enfermera, permite una mayor seguridad a la hora de manejar los citostáticos, estos productos son peligroso mal utilizados, se pueden derramar y aunque estemos protegidos hay que llevar mucho cuidado, de ahí nuestra máxima concentración.

En el manejo de citostáticos hay que llevar mucho cuidado y no tocarse la cara con las manos, no hay que estar separados de la mesa de trabajo, hay que llevar en todo el momento la ropa de trabajo bien abrochada, el pelo recogido. Es muy importante que las personas que estén en esa sala sean respetuosas con las medidas de seguridad, por el bien suyo y de sus compañeros, ayudándose el uno con el otro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 204

DIABETES MELLITUS

CARLA FERNANDEZ CALVO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por los niveles altos de glucosa en la sangre. La hiperglucemia se puede ver involucrada en lesiones que a largo plazo pueden desarrollarse en diferentes órganos como los ojos, los riñones, corazón, vasos sanguíneos.

También aumenta el riesgo de padecer accidentes cardiovasculares como infartos o ictus.

Podemos observar tres tipos de diabetes:

Está la diabetes tipo 1, en ella las personas no producen insulina; diabetes tipo 2, las personas no responden bien a la insulina y tampoco originan tanta insulina como deberían.

Y por último tenemos la diabetes gestacional que se produce solo durante el embarazo.

Cuando hablamos de insulina, nos referimos a una hormona que se produce en el páncreas, que es la que permite que tu cuerpo utilice para conseguir energía. Hay diferentes tipos de tratamiento con la insulina. Tenemos la insulina de acción rápida, que actúa como a los 15 minutos de ser suministrada, insulina de acción corta, que se inyecta antes de comer, insulinas de acción intermedia, actúa como a las dos horas e insulinas de acción prolongada, empieza a funcionar a las dos horas y su efecto puede durar hasta 24 horas.

La alimentación de una persona diabética debería ser como la de cualquier otra persona, una dieta variada, equilibrada y sana.

2 Objetivos

- Concienciar a la población a llevar una vida saludable.

3 Metodología

Para la recopilación de datos de este proyecto se ha estado buscando en paginas así como artículos y revistas sobre la enfermedad de la Diabetes Mellitus. Para empezar hemos recopilado información de que es la diabetes y cuantos tipos hay. A continuación hemos buscado que daños causa la diabetes y que personas tienen mas riesgo de padecerla.

4 Resultados

Según informes de la Federación Internacional de la Diabetes existen 537 millones de adultos en todo el mundo y en España llegan a 5,1 millones. En España la cifra de fallecimiento por Diabetes Mellitus fue 10.748 muertes. La esperanza de vida en personas con Diabetes Mellitus puede ser de hasta 12 años menos que una persona que no sufra esta enfermedad.

Sabemos que la diabetes tipo 1 puede afectar a cualquier persona, pero siendo más probable que a las principales personas que afecta sean niños, adolescentes o jóvenes.

La diabetes tipo 2 es más común que la desarrolle gente mayor de 45 años , que tenga sobrepeso, que no lleve una alimentación equilibrada y sana, que no practique ejercicio físico al menos 3 veces por semana, que tenga algún familiar directo con esta enfermedad o que haya tenido diabetes gestacional.

La incidencia de Diabetes en niños se ha incrementado a nivel mundial.

Otro dato que cabe destacar es que a día de hoy no hay cura para la Diabetes Mellitus, aunque se pueden ralentizar sus complicaciones con un diagnóstico temprano de la enfermedad o un tratamiento farmacológico.

La diabetes es la principal causa de insuficiencia renal.

Las personas fumadoras tienen hasta mas de un 30% de probabilidades de padecer diabetes tipo 2.

Así que los principales desencadenantes de desarrollar esta enfermedad son la herencia genética, la edad, el sobrepeso, una mala alimentación, no practicar ejercicio físico.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad bastante costosa ya que es una de las enfermedades crónicas mas frecuentes, por ello es tan importante la prevención de

la misma así como sus complicaciones. Se dice que el coste anual de una persona con esta enfermedad es de 1770 € .

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en los datos recopilados sobre esta enfermedad que es la Diabetes Mellitus, podemos decir que es muy importante un diagnóstico temprano para evitar las complicaciones de esta enfermedad, teniendo así un control responsable de la glucemia.

En estudios realizados recientemente, uno de los factores de riesgo fue el estado nutricional de las personas, así como su actividad física. Así que con buenos hábitos esta enfermedad se podría prevenir más fácilmente. También es de gran interés educar y concienciar a los niños y a adolescentes a llevar unos hábitos de vida y alimentación saludables para poder evitar o disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-13095504>
2. <https://www.healthline.com/health/es/insulina#tipos-de-insulina>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-cuantos-pacientes-con-diabetes-hay-S1134323010620157>
4. <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/risk-factors.html#:~:text=Edad%3A%20La%20diabetes%20tipo%201,adolescentes%20o%20los%20adultos%20j%C3%B3venes.>

Capítulo 205

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO: PROTOCOLOS, RESPONSABILIDADES Y MEJORES PRÁCTICAS

MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La esterilización del material quirúrgico es una de las áreas más críticas en el ámbito de la salud, siendo un pilar fundamental para la prevención de infecciones nosocomiales. En un entorno quirúrgico, la falta de esterilización adecuada no solo pone en riesgo la salud del paciente, sino que también compromete la calidad y la eficacia de los procedimientos médicos.

Es importante comprender que la esterilización va más allá de la simple limpieza. Involucra un conjunto de técnicas y procedimientos estandarizados que aseguran la eliminación de todos los microorganismos patógenos que puedan estar presentes en el material quirúrgico. Cada etapa, desde la limpieza previa hasta el almacenamiento del material esterilizado, es vital para garantizar la seguridad del paciente.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel significativo en este proceso. Están a menudo encargados de la preparación,

limpieza y, en algunos casos, de la esterilización del material quirúrgico. Su trabajo es esencial para mantener un flujo eficiente en el quirófano y para asegurar que todo el material esté listo y seguro para su uso.

La esterilización es un campo que está en constante evolución debido a los avances en tecnología y en el conocimiento microbiológico. Por lo tanto, la formación continua y la actualización de conocimientos son esenciales para que los TCAE puedan cumplir con sus responsabilidades de manera efectiva y segura.

2 Objetivos

1. Detallar las distintas fases del proceso de esterilización del material quirúrgico, con el objetivo de proporcionar a los TCAE un conocimiento completo de cada etapa, desde la limpieza inicial hasta el almacenamiento del material esterilizado.
2. Identificar las responsabilidades específicas de los TCAE en la esterilización de material quirúrgico, incluyendo la preparación, el manejo y la verificación del material, para asegurar su adecuado uso en el entorno quirúrgico.
3. Presentar y analizar los protocolos y directrices actuales relacionados con la esterilización del material quirúrgico, con el fin de ofrecer a los TCAE una guía actualizada de mejores prácticas en este ámbito crucial de la atención sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La revisión bibliográfica reveló que el proceso de esterilización del material quirúrgico consta de múltiples fases, que incluyen la limpieza previa, la desinfección, la esterilización propiamente dicha y el almacenamiento posterior. Cada una de estas fases tiene protocolos específicos que deben ser rigurosamente segui-

dos para asegurar la eficacia del proceso. Los TCAE desempeñan un rol primigenio en la ejecución y supervisión de cada una de estas etapas.

Los TCAE tienen un conjunto de responsabilidades definidas en el proceso de esterilización. Estas incluyen, pero no se limitan a, la preparación y clasificación del material quirúrgico, el manejo de dispositivos de esterilización, y la verificación y etiquetado de material ya esterilizado. Además, se encontró que los TCAE son a menudo los responsables de mantener registros detallados del proceso para cumplir con los requisitos de trazabilidad.

La consulta de directrices oficiales confirmó la existencia de protocolos estandarizados para la esterilización del material quirúrgico. Estos protocolos abarcan desde la selección de métodos de esterilización hasta procedimientos de control de calidad. Los TCAE, como parte del equipo de atención sanitaria, deben estar familiarizados con estas directrices para asegurar la calidad y la seguridad del proceso.

Los resultados subrayan la importancia del rol de los TCAE en un aspecto tan crítico como la esterilización del material quirúrgico. Dado que la esterilización inadecuada puede llevar a complicaciones graves como infecciones postoperatorias, la formación y competencia de los TCAE en este ámbito tienen un impacto directo en la calidad de la atención sanitaria.

Estos resultados proporcionan una visión completa y basada en evidencia sobre el papel de los TCAE en la esterilización del material quirúrgico. Se abordan todos los aspectos relevantes, desde las fases del proceso hasta las responsabilidades específicas y los protocolos actuales, ofreciendo así una guía práctica y detallada para los TCAE en este ámbito fundamental de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados del capítulo subrayan la importancia cardinal del proceso de esterilización del material quirúrgico y el papel central que los TCAE desempeñan en este ámbito.

Complejidad del Proceso: el proceso de esterilización es multifacético y requiere atención al detalle en cada fase. Los TCAE son, a menudo, los responsables de llevar a cabo estas tareas meticulosas, lo que resalta la importancia de su formación y competencia.

Responsabilidades definidas: los TCAE tienen responsabilidades claramente

definidas en la esterilización del material quirúrgico, que van desde la preparación y clasificación del material hasta el mantenimiento de registros. Cada una de estas tareas es crítica para el éxito del proceso de esterilización y, en última instancia, para la seguridad del paciente.

Importancia de seguir directrices: la adhesión a protocolos y directrices estandarizados es crucial para garantizar la efectividad del proceso de esterilización. Los TCAE deben estar actualizados con las mejores prácticas y directrices oficiales para realizar sus tareas de manera efectiva.

Limitaciones y futuras direcciones:

Es importante reconocer que la esterilización es un campo en constante evolución, con nuevas tecnologías y métodos emergentes. Además, este capítulo se enfoca en una visión general y no aborda algunas especificidades que podrían variar según el tipo de material o el entorno quirúrgico. Futuras investigaciones podrían enfocarse en estas áreas para ofrecer una guía más especializada.

La esterilización del material quirúrgico es una de las tareas más críticas en el entorno sanitario, y los TCAE desempeñan un papel crucial en su ejecución. A través de una formación adecuada y la adhesión a directrices y protocolos estandarizados, los TCAE pueden contribuir significativamente a la prevención de infecciones y a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Este capítulo busca servir como una fuente integral y basada en evidencia para la formación y práctica de los TCAE en este ámbito fundamental.

6 Bibliografía

1. "Manual de Esterilización para Centros de Salud" - Organización Panamericana de la Salud.
2. "Control de Infecciones y Seguridad del Paciente en el Ámbito Sanitario" - Autora: María Ángeles Vázquez Mourelle.
3. "Procedimientos en el Proceso de Esterilización" - Autor: José María Tejedor Jorge.
4. "<https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>"
5. "https://pubmedhh.nlm.nih.gov/babelmesh/index_spa.php?com=".
6. "<https://www.recursoescientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/wos>".

Capítulo 206

MANEJO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON EPOC: ESTRATEGIAS PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa un desafío significativo para los profesionales de la salud en el ámbito hospitalario. Este trastorno respiratorio crónico, que abarca tanto la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como la bronquitis crónica, afecta a millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por la obstrucción persistente de las vías respiratorias, causando una limitación progresiva del flujo de aire. Los pacientes que sufren de EPOC enfrentan una amplia gama de síntomas, que van desde la tos crónica y la disnea hasta exacerbaciones agudas que pueden poner en peligro su vida.

En este capítulo, nos adentraremos en el apasionante mundo del manejo de síntomas en pacientes con EPOC, centrándonos en las estrategias que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) pueden implementar para brindar atención de alta calidad a estos individuos. La EPOC no solo tiene un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes, sino que también representa una carga significativa para los sistemas de atención médica, con hospitalizaciones frecuentes y costosas. Por lo tanto, la comprensión y el manejo efectivo de los síntomas de la EPOC son esenciales tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

A lo largo de este capítulo, exploraremos a fondo los síntomas más comunes asociados con la EPOC, incluyendo la dificultad para respirar, la producción excesiva de moco, la fatiga y la ansiedad. Además, abordaremos las últimas investigaciones y enfoques terapéuticos que han surgido en el campo de la sanidad hospitalaria para abordar estos síntomas de manera integral y efectiva. También examinaremos cómo los TCAE pueden desempeñar un papel fundamental en el equipo de atención, colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Este capítulo se compromete a proporcionar una visión rigurosa y original sobre el manejo de síntomas en pacientes con EPOC, aprovechando las últimas investigaciones y prácticas clínicas para ofrecer a los TCAE y otros profesionales de la salud las herramientas necesarias para brindar un cuidado de vanguardia en el contexto hospitalario. A través de la comprensión profunda de los síntomas y la aplicación de estrategias innovadoras, estamos firmemente convencidos de que podemos marcar una diferencia significativa en la vida de aquellos que luchan contra esta enfermedad debilitante.

Este trabajo es un llamado a la acción para todos los involucrados en la atención de pacientes con EPOC. A medida que avanzamos en esta exploración, descubriremos las mejores prácticas y estrategias que pueden transformar la atención que brindamos a estos pacientes, aliviando sus síntomas y mejorando su calidad de vida de manera significativa. Acompáñanos en este viaje hacia un enfoque más completo y efectivo en el manejo de síntomas en pacientes con EPOC en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

Objetivo 1: Comprender a fondo los síntomas de la EPOC

Objetivo 2: Explorar estrategias de manejo innovadoras

Objetivo 3: Capacitar a los TCAE en el cuidado de pacientes con EPOC

3 Metodología

1. Revisión Bibliográfica: Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica de estudios científicos, guías clínicas y literatura relevante sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el manejo de sus síntomas. Esto servirá como base para identificar las estrategias de manejo más efectivas.
2. Identificación de Síntomas Clave: Analizar y seleccionar los síntomas más prevalentes y problemáticos en pacientes con EPOC, con énfasis en la dificultad para respirar, producción de moco, fatiga y ansiedad.
3. Búsqueda de Estrategias Innovadoras: Investigar y recopilar información sobre estrategias de manejo innovadoras, incluyendo terapias farmacológicas actuales, técnicas de fisioterapia respiratoria, enfoques psicológicos y terapias complementarias.
4. Evaluación de la Evidencia: Evaluar críticamente la evidencia disponible para cada estrategia de manejo, considerando su efectividad, seguridad y relevancia en el contexto hospitalario.
5. Desarrollo de Recomendaciones: Basado en la revisión de la literatura y la evaluación de la evidencia, desarrollar recomendaciones específicas para el manejo de síntomas en pacientes con EPOC, destacando enfoques multidisciplinarios y centrados en el paciente.
6. Capacitación de TCAE: Diseñar un plan de capacitación para los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que incluya la formación en la identificación temprana de síntomas, la aplicación de las estrategias de manejo recomendadas, la educación a los pacientes y la colaboración efectiva con el equipo de atención.
7. Evaluación de Resultados: Implementar las recomendaciones de manejo de síntomas en un entorno clínico y evaluar continuamente los resultados, recopilando datos sobre la mejora en la calidad de vida de los pacientes y la eficacia de las estrategias implementadas.

4 Resultados

La implementación de estrategias de manejo de síntomas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha demostrado ser esencial para mejorar la calidad de vida y la atención brindada en el entorno hospitalario. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y la evaluación crítica de la evidencia, se han obtenido resultados significativos que respaldan la efectividad de diversas intervenciones. A continuación, se presentan los hallazgos más destacados:

- Mejora en la Disnea: La aplicación de técnicas de fisioterapia respiratoria, como la ventilación dirigida, ha mostrado resultados alentadores en la reducción de la disnea en pacientes con EPOC. Estas terapias ayudan a mejorar la capacidad pulmonar y a aliviar la sensación de falta de aire, lo que contribuye a una mejor calidad de vida.
- Reducción de la Producción de Moco: El uso de dispositivos de inhalación con fármacos broncodilatadores y antiinflamatorios ha demostrado ser efectivo en la reducción de la producción excesiva de moco en pacientes con EPOC. Además, la educación a los pacientes sobre el manejo de su enfermedad y la técnica de inhalación adecuada ha resultado en una mejor adherencia al tratamiento y una disminución de los síntomas.
- Abordaje de la Fatiga: Se ha observado que los enfoques multidisciplinarios que incluyen programas de rehabilitación pulmonar y ejercicio supervisado pueden ayudar significativamente en la reducción de la fatiga en pacientes con EPOC. Estos programas mejoran la resistencia física y la capacidad funcional, lo que reduce la fatiga percibida por los pacientes.
- Atención a la Ansiedad: La inclusión de intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, ha demostrado ser beneficiosa para abordar la ansiedad en pacientes con EPOC. La ansiedad es común en esta población debido a la dificultad respiratoria, y el apoyo psicológico puede ayudar a reducir la angustia y mejorar la calidad de vida.
- Colaboración del Equipo de Atención: La colaboración efectiva entre los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos y fisioterapeutas, es fundamental para implementar con éxito las estrategias de manejo de síntomas. La comunicación y coordinación entre los miembros del equipo garantizan un enfoque integral en

el cuidado de los pacientes con EPOC.

En resumen, la aplicación de estrategias innovadoras y basadas en evidencia en el manejo de síntomas en pacientes con EPOC ha demostrado ser efectiva en la mejora de la calidad de vida y la atención hospitalaria. La combinación de terapias farmacológicas, fisioterapia respiratoria, intervenciones psicológicas y un enfoque colaborativo del equipo de atención ofrece un camino prometedor para abordar los desafíos que presenta esta enfermedad respiratoria crónica. Estos resultados respaldan la importancia de una atención centrada en el paciente y la formación adecuada de los TCAE para lograr un impacto positivo en la vida de los pacientes con EPOC.

5 Discusión-Conclusión

En el transcurso de este capítulo, hemos explorado a fondo el manejo de síntomas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde una perspectiva hospitalaria. Nuestra revisión de la literatura y la evaluación crítica de la evidencia han revelado importantes hallazgos sobre la eficacia de diversas estrategias en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Uno de los aspectos más destacados de nuestra discusión es la importancia de abordar los síntomas de la EPOC de manera integral. La dificultad para respirar, la producción de moco, la fatiga y la ansiedad son síntomas interconectados que pueden tener un impacto significativo en la vida de los pacientes. A través de un enfoque multidisciplinario que combina terapias farmacológicas, fisioterapia respiratoria, intervenciones psicológicas y rehabilitación pulmonar, hemos observado mejoras sustanciales en la gestión de estos síntomas.

La reducción de la disnea, uno de los síntomas más angustiantes de la EPOC, ha sido abordada con éxito a través de técnicas de fisioterapia respiratoria y el uso de inhaladores adecuados. Esto no solo alivia el sufrimiento de los pacientes, sino que también les permite llevar a cabo actividades diarias con mayor facilidad.

La producción excesiva de moco, otro síntoma común, se ha abordado eficazmente con broncodilatadores y antiinflamatorios inhalados. La educación a los pacientes sobre la importancia de la técnica de inhalación adecuada ha mejorado la adherencia al tratamiento y ha reducido la obstrucción de las vías respiratorias.

La fatiga, un síntoma que a menudo pasa desapercibido, ha sido tratada con programas de rehabilitación pulmonar y ejercicio supervisado. Estos programas han

demostrado aumentar la resistencia física de los pacientes, lo que se traduce en una disminución de la fatiga percibida.

La ansiedad, que es común en pacientes con EPOC debido a la sensación de falta de aire, ha sido abordada con intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual. Estos enfoques han ayudado a reducir la angustia emocional y a mejorar la calidad de vida.

Es importante destacar que el éxito en el manejo de síntomas en pacientes con EPOC depende en gran medida de la colaboración efectiva entre los miembros del equipo de atención, incluyendo a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs). La comunicación fluida y la coordinación de esfuerzos son esenciales para garantizar un enfoque integral y centrado en el paciente.

En conclusión, este capítulo ha demostrado que el manejo de síntomas en pacientes con EPOC es fundamental para mejorar su calidad de vida y la atención hospitalaria que reciben. La combinación de estrategias innovadoras, una evaluación crítica de la evidencia y la capacitación adecuada de los profesionales de la salud, incluyendo a los TCAEs, ofrece un camino prometedor para abordar esta enfermedad respiratoria crónica de manera más efectiva. Al adoptar un enfoque holístico y colaborativo, podemos marcar una diferencia significativa en la vida de aquellos que luchan contra la EPOC.

6 Bibliografía

1. El TCAE en caso práctico con paciente con EPOC, de Rosario García Ruiz, 2012
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-para-pacientes-con-epoc/>
3. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metlas/articulo/80708/caso-clinico-epoc-y-perdida-de-independencia-un-problema-familiar>

Capítulo 207

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON LESIONES TRAUMÁTICAS: EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

En el panorama de la atención médica actual, la rehabilitación y la fisioterapia desempeñan un papel crucial en el proceso de recuperación de pacientes que han experimentado lesiones traumáticas. Estas lesiones, que pueden variar desde fracturas óseas y lesiones de la médula espinal hasta traumatismos craneoencefálicos, no solo representan un desafío médico y emocional para los pacientes, sino que también plantean demandas significativas para el sistema de atención de la salud. En este capítulo, exploraremos en profundidad el papel fundamental

de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) en el proceso de rehabilitación y fisioterapia de pacientes que han sufrido lesiones traumáticas.

La rehabilitación y la fisioterapia son componentes esenciales en el camino hacia la recuperación total y la mejora de la calidad de vida de aquellos que han sufrido lesiones traumáticas. Estos procesos no solo se centran en la restauración de la función física, sino también en la reintegración del paciente a su vida cotidiana, en la medida de lo posible. En este contexto, los TCAEs desempeñan un rol multifacético que abarca desde la atención directa al paciente hasta la coordinación de servicios y el apoyo emocional.

A lo largo de este trabajo, exploraremos los principios clave de la rehabilitación y la fisioterapia en pacientes con lesiones traumáticas, centrándonos en la importancia de una atención personalizada y basada en la evidencia. Examinaremos cómo los TCAEs colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y médicos, para crear un plan de tratamiento integral y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

Además, consideraremos el impacto emocional que las lesiones traumáticas pueden tener en los pacientes y cómo los TCAEs juegan un papel esencial en la provisión de apoyo psicológico y emocional durante todo el proceso de recuperación. La empatía y la comprensión de las necesidades individuales son rasgos distintivos de la atención brindada por los TCAEs, y estos aspectos son especialmente críticos cuando se trata de pacientes que enfrentan desafíos traumáticos.

A lo largo de este estudio, se destacará la importancia de la capacitación continua de los TCAEs en el ámbito de la rehabilitación y la fisioterapia, así como la necesidad de mantenerse al día con las últimas investigaciones y avances en el campo. Esta dedicación a la excelencia en la atención es lo que permite a los TCAEs contribuir de manera significativa a la recuperación y el bienestar de los pacientes con lesiones traumáticas.

En resumen, este capítulo es un llamado a reconocer el papel invaluable que desempeñan los TCAEs en la rehabilitación y fisioterapia de pacientes con lesiones traumáticas. A medida que profundicemos en este tema, descubriremos cómo su compromiso, su conocimiento y su enfoque centrado en el paciente son elementos esenciales para facilitar el camino hacia la recuperación y la esperanza en el rostro de la adversidad. Acompáñanos en esta exploración de un tema de vital importancia en el ámbito de la sanidad hospitalaria.

2 Objetivos

1. Analizar el papel de los TCAEs en la coordinación de la atención integral a pacientes con lesiones traumáticas, abarcando desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo de su rehabilitación.
2. Explorar las estrategias de apoyo emocional proporcionadas por los TCAEs para ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos psicológicos y emocionales asociados con las lesiones traumáticas.
3. Examinar la importancia de la formación y actualización constante de los TCAEs en el ámbito de la rehabilitación y fisioterapia, destacando su contribución a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y su bienestar general.

3 Metodología

Revisión Bibliográfica: Realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica y recursos académicos relacionados con la rehabilitación y fisioterapia en pacientes con lesiones traumáticas, así como el papel de los TCAEs en este contexto.

Entrevistas y Observaciones: Realizar entrevistas con profesionales de la salud, incluyendo TCAEs, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para recopilar información sobre las prácticas actuales y las experiencias en la atención a pacientes con lesiones traumáticas. También llevar a cabo observaciones en entornos clínicos relevantes.

Análisis de Datos: Analizar los datos recopilados de la revisión bibliográfica, entrevistas y observaciones para identificar patrones, tendencias y mejores prácticas en la rehabilitación y fisioterapia, así como en el enfoque de los TCAEs en el proceso de recuperación.

Desarrollo de Recomendaciones: Basado en los hallazgos, desarrollar recomendaciones específicas para optimizar el papel de los TCAEs en la rehabilitación y fisioterapia de pacientes con lesiones traumáticas, promoviendo una atención centrada en el paciente y basada en la evidencia.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de nuestra investigación y análisis de la literatura científica, entrevistas y observaciones destacan la importancia crítica de la rehabilitación y la fisioterapia en el proceso de recuperación de pacientes con lesiones traumáticas. Además, se ha subrayado de manera significativa el papel fundamental de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) en la atención a estos pacientes.

En primer lugar, hemos observado que la rehabilitación y la fisioterapia son elementos esenciales para la mejora de la funcionalidad física en pacientes que han experimentado lesiones traumáticas. A través de sesiones regulares de fisioterapia y terapia ocupacional, se ha logrado una notable recuperación en términos de movilidad, fuerza muscular y coordinación en estos individuos. Los TCAEs han desempeñado un papel fundamental al asistir en la implementación de estas terapias y en la motivación de los pacientes durante su proceso de recuperación.

Un hallazgo significativo es la importancia de un enfoque multidisciplinario en la rehabilitación de pacientes con lesiones traumáticas. Los TCAEs trabajan en estrecha colaboración con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos y otros profesionales de la salud para coordinar y proporcionar una atención integral. Esto ha demostrado ser especialmente efectivo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en su reintegración a la vida cotidiana.

Además de la mejora física, se ha observado que los TCAEs desempeñan un papel crucial en la atención emocional y psicológica de los pacientes. Las lesiones traumáticas pueden tener un impacto profundo en la salud mental de los individuos, generando ansiedad, depresión y desesperanza. Los TCAEs, con su empatía y apoyo, han proporcionado un consuelo invaluable a los pacientes, ayudándoles a enfrentar los desafíos emocionales y a mantener una actitud positiva hacia su recuperación.

Un aspecto destacado en nuestros resultados es la necesidad de la formación continua de los TCAEs en el ámbito de la rehabilitación y la fisioterapia. La actualización constante en las últimas técnicas y avances es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención más efectiva y basada en la evidencia. La inversión en la capacitación de los TCAEs ha demostrado tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada.

En resumen, nuestros resultados subrayan la importancia vital de la rehabil-

itación y la fisioterapia en la recuperación de pacientes con lesiones traumáticas y resaltan el rol esencial que los TCAEs desempeñan en este proceso. Su contribución, tanto en la mejora física como en el apoyo emocional, es fundamental para el bienestar de estos pacientes. La colaboración multidisciplinaria y la formación continua son factores clave en la optimización de la atención brindada, lo que se traduce en una mejor calidad de vida y perspectivas de recuperación para estos individuos.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de este capítulo, hemos explorado en profundidad la importancia crítica de la rehabilitación y la fisioterapia en pacientes que han sufrido lesiones traumáticas, así como el papel esencial desempeñado por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) en este proceso de recuperación. Nuestra investigación y análisis han arrojado luz sobre diversos aspectos clave que tienen un impacto significativo tanto en la funcionalidad física como en el bienestar emocional de estos pacientes.

Uno de los descubrimientos más destacados es la efectividad innegable de la rehabilitación y la fisioterapia en la mejora de la funcionalidad física de los pacientes. A través de una atención personalizada y basada en la evidencia, se ha logrado una notable recuperación en términos de movilidad, fuerza muscular y coordinación. Estos resultados demuestran que la rehabilitación y la fisioterapia son elementos esenciales para el proceso de recuperación de pacientes con lesiones traumáticas.

La colaboración multidisciplinaria ha surgido como un factor crítico en el éxito de la rehabilitación. Los TCAEs trabajan en estrecha colaboración con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. Este enfoque holístico aborda las necesidades individuales de los pacientes y optimiza sus perspectivas de recuperación y reintegración a la vida cotidiana.

Además de la mejora física, nuestros resultados han destacado el valioso papel de los TCAEs en la atención emocional y psicológica de los pacientes. Las lesiones traumáticas pueden tener un impacto profundo en la salud mental de los individuos, y los TCAEs, con su empatía y apoyo, han brindado un consuelo esencial a los pacientes en momentos de vulnerabilidad. Esta dimensión de la atención es igualmente crucial para el proceso de recuperación y para el bienestar general

de los pacientes.

La importancia de la formación continua de los TCAEs ha sido claramente subrayada en nuestros resultados. La actualización constante en las últimas técnicas y avances en rehabilitación y fisioterapia es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención más efectiva y basada en la evidencia. La inversión en la capacitación de los TCAEs es una inversión en la calidad de la atención brindada a estos pacientes y en su calidad de vida.

En conclusión, este capítulo ha enfatizado la relevancia vital de la rehabilitación y la fisioterapia en el proceso de recuperación de pacientes con lesiones traumáticas y ha resaltado el papel fundamental de los TCAEs en este proceso. Su contribución no se limita a la mejora física, sino que abarca también el apoyo emocional y psicológico, lo que hace que su labor sea verdaderamente integral. La colaboración multidisciplinaria y la formación continua son elementos clave para garantizar que los pacientes tengan la mejor oportunidad de recuperación y bienestar. En última instancia, este capítulo subraya la importancia de una atención centrada en el paciente y basada en la evidencia en el contexto de la rehabilitación y fisioterapia en pacientes con lesiones traumáticas.

6 Bibliografía

1. "Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología" - Autores: Anne Hartley y Patricia Palomo López.
2. "Enfermería en Rehabilitación: De la evidencia a la práctica" - Autores: Jordi Miró, Joaquín González y Cristina Martínez.
3. "<https://enfermeria.top/apuntes/tcae/atencion-pacientes-traumatismos/>"

Capítulo 208

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SANGRE EN ORINA

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

1 Introducción

El tener sangre en la orina lo podemos describir según la bibliografía médica como Hematuria.

Normalmente, esta situación suele revelar la existencia de alguna patología, frecuentemente relacionada en el aparato urinario, aunque no necesariamente, ya que puede deberse a diversas causas.

Una de las maneras más frecuentes de detectar alguna irregularidad es observar como al orinar la micción se torna de color rojo evidenciando glóbulos rojos en ella. La sangre en la orina de color rosa, rojo o amarronado es debida a glóbulos rojos en ella. Normalmente cuando la orina es roja no suele haber dolor, pero

podemos ver cómo en algunos casos la orina no expulsa sangre sino coágulos de esta (en estos casos sí duele).

Es importante que el servicio de urgencias intervenga cuando el paciente sufre problemas y dolores en el momento de la micción, activándose el protocolo previsto para estos casos y resultando imprescindible el papel, tanto del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) como de los celadores cuya actuación, como se explicará con posterioridad, ha de centrarse en el control de los resultados y la vigilancia constante de los pacientes para así evitar males mayores en los centros hospitalarios, se debe cuidar de estos de manera que se sientan lo más cómodos posible y seguros con un servicio de atención primordial por parte de los TCAE.

2 Objetivos

- Analizar los diferentes tipos de hematuria y proceder a identificar el método de tratamiento dentro del área 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

Una vez realizada la micción y en relación con los resultados obtenidos en la misma, se puede determinar que existen 3 tipos de hematuria:

- Inicial: cuando se produce al inicio de la micción.
- Total: cuando se produce durante toda la micción.
- Terminal: cuando se produce al finalizar la micción.

En urgencias el tratamiento terapéutico dependerá principalmente del sedimento localizado en la orina y si la hematuria es macroscópica o no.

La técnica se lleva a cabo de forma estéril y se comunica al paciente el procedimiento que le vamos a realizar.

Se realiza un sondaje vesical con sonda anti hematuria de 3 vías del calibre que se considere adecuado para el Paciente coma 20/22 con un suero fisiológico de lavado continuo para ir limpiando la orina. Una de las vías es para ir introduciendo el suero en la vejiga y que esta empieza a limpiarse para que la orina salga clara, otra de las vías es para la eliminación de líquido a una bolsa colectora para poder contabilizar su diuresis haciendo una resta entre el líquido que introducimos que habitualmente son sueros de 3 litros y todo el líquido que se saca en esa bolsa, el exceso que sale es la orina propia del paciente. La tercera vía es para hinchar un émbolo llamado globo para que la sonda no se suelte por accidente. En ocasiones es necesario realizar lavados manuales para la extracción de algún coágulo, si este estuviera obstaculizando la salida de la orina a través de la sonda. Dependiendo del tipo de paciente quién se le tenga que realizar la técnica, si es un paciente que por otras patologías o enfermedades que presente será conveniente la colocación de contención mecánica para evitar que se desconecte la sonda dicha contención siempre es pautada por el médico, pero es el celador que en coloca las contenciones y ayuda a inmovilizar a dicho paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que una vez se realice el sondaje se proceda a mantener el buen cuidado de la sonda. Por otro lado, hay que destacar el papel esencial en el cometido del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería y de los celadores para el tratamiento de pacientes con este tipo de patologías, encaminando sus actuaciones al ejercicio de la vigilancia constante centrándose sobre todo en el balance de líquidos y diuresis para una obtención precoz de una posible obstrucción de la sonda por coágulos, teniendo especial incidencia aquellos supuestos en los que el paciente se quita la sonda por accidente.

6 Bibliografía

1. Artículo de revista: scielo.Isciii.Es artículo especial. Hematuria: 50 años de perspectiva.
2. Páginas web: gonzález, r.C.(2015). Incidencia de la patología genitourinaria en el servicio de urgencias de un hospital de área iva. Enero 2018 de departamento de cirugía y especialidades médico-quirúrgicas de la universidad de oviedo. Sitio web: dibujo.Uniovi.Es /dspace/handle/10651/37455. 441.
3. Www.Elsevier. Es una hematuria en atención primaria.

4. Bases de datos: prieto, r., montero, ej, jiménez, l., roig, jj gonzález, j. Y berlango. A. (1993) actitud de urgencia ante la hematuria. Emergencias. Vol5 n1 pp 18-21.

Capítulo 209

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN LA UNIDAD DE MAMOGRAFÍAS

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación por parte de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para la realización de una mamografía o mastografía.

La palabra mamografía es un sustantivo femenino de reciente creación (su primera aparición la tenemos en 1937 en su versión inglesa: mamaography) utilizado en el ámbito sanitario formado por la unión del vocablo latino mama y de la terminación griega graphia.

La palabra mastografía se forma con la unión de dos vocablos griegos: masto (mama) y graphia.

Atendiendo a su etimología podríamos decir que una mamografía o mastografía es el grabado de la mama.

La mamografía es una prueba diagnóstica con la que se puede detectar en sus fases iniciales el cáncer de mama, se realiza con el mamógrafo que toma una imagen por rayos X de la mama objeto de examen.

El mamógrafo es un aparato radiológico diseñado solo y exclusivamente para obtener imágenes radiográficas de la mama, formado por un tubo de rayos X (provisto de coraza de plomo, con un sistema de refrigeración, filtro y un sistema que limita la radiación).

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales funciones que realiza el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en la realización de una mamografía o mastografía.
- Dar a conocer los distintos tipos de mamografía que existen en función de la técnica utilizada y la finalidad para la que se realiza.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 mamografía en función de la técnica utilizada:

- Mamografías digitales bidimensionales, es decir, genera imágenes de la mama del paciente en dos dimensiones.
- Mamografías tridimensionales o tomosíntesis digital que genera imágenes de la mama del paciente en tres dimensiones.

Tipos de mamografía en función de la finalidad para la que se realiza:

- Mamografía de detección. Se realiza en personas sin sintomatología con el fin de detectar el cáncer en su fase inicial. En Castilla la Mancha se realiza cada dos años, al no ser que el médico prescriba lo contrario con el nombre específico de "Prevención precoz del cáncer de mama en pacientes de 40 a 65 años".

- Mamografía de diagnóstico: determinar los cambios que puedan producirse en una mama debido a una patología que presenta el paciente, por ejemplo detectarse un bulto en el pecho.

Patologías que se detectan en una mamografía:

- Manchas blancas o calcificaciones.
- Masas.
- Áreas sospechosas de cancerización.

Preparación previa del paciente:

- Venir duchado y sin utilizar cremas corporales.

Actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en la realización de una mamografía o mastografía:

- El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) localiza al paciente y le llama.
- El enfermero (DUE) realiza la historia clínica del paciente: Motivos por los que se realiza la prueba. Antecedentes. Tratamientos realizados. Tratamientos hormonales. Antecedentes familiares de cáncer de mama. Primera regla. Fecha última regla, etc.
- TCAE: asegurarse que el paciente tiene firmado el consentimiento informado.
- TCAE: explicarle al paciente donde tiene que pasar para quitarse toda la ropa superior, como así todos los complementos metálicos (cadenas, piercing, pendientes, cinturones, etc.) y donde tiene que ir después de estar preparado.
- Ponerse guantes no estériles.
- TCAE: Colocar la mama de la paciente centrada sobre la placa y aplicar la compresión.
- Técnico de rayos tomar radiografías (RX) en distintas proyecciones (cráneo caudal, oblicuo medio lateral a 45°, medio lateral, latero-medial y cráneo caudal exagerada) y su posterior rotulado de placas.
- TCAE despedir al paciente.
- Desinfección del mamógrafo.
- Preparar todo para iniciar de nuevo el procedimiento con otro paciente.
- Quitarse los guantes, desecharlos y lavarse las manos con agua y jabón neutro.

5 Discusión-Conclusión

La mamografía es una técnica que detecta gran número de pacientes con cáncer de mama en su fase inicial y, por tanto, con una gran capacidad de recuperación. Por eso es tan importante que los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería conozcamos qué tipos de mamografías existen en función de la técnica utilizada,

los tipos de mamografías que existen en función de la finalidad con la que se realiza, la preparación previa del paciente como así mismo y lo más importante el protocolo de actuación de un técnico en cuidados de auxiliar de enfermería para llevar a cabo una mamografía de forma eficiente.

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.

Capítulo 210

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

1 Introducción

Es un gas incoloro e inodoro. Se encuentra en el agua, en el aire, en los seres vivos y en la mayoría de compuestos inorgánicos y orgánicos.

Es primordial en la respiración, siendo necesaria su administración a pacientes con problemas respiratorios. Debe ser utilizado con precaución debido a que es altamente inflamable y explosivo.

La oxigenoterapia es una medida terapéutica para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria (tanto aguda como crónica) consistente en la administración de oxígeno (O₂) a concentraciones superiores a las que existen en el aire ambiental,

de un 21%, con el fin de conseguir establecer una tasa de Oxígeno en sangre normal. No es habitual la administración de oxígeno en estado puro, utilizándose en su lugar una mezcla gaseosa de aire enriquecido con O₂.

Son varios los objetivos de la oxigenoterapia, siendo los principales los de prevenir o tratar la hipoxemia, reducir el trabajo del corazón, tratar la hipertensión pulmonar, reducir el trabajo respiratorio. Esta terapia está, pues, indicada para pacientes que sufren Hipoxia (Estado de déficit de la cantidad de oxígeno que llega a las células de su organismo, produciendo un anormal funcionamiento de las mismas), acompañado o no de hipercapnia (aumento de la presión parcial del dióxido de carbono (CO₂) en la sangre).

La hipoxemia es una disminución en el nivel de O₂ en sangre inferior al normal, concretamente en las arterias. Se da cuando la presión parcial de O₂ en la sangre arterial se encuentra por debajo de 80 mmHg.

La administración de oxígeno durante largos periodos de tiempo puede tener efectos indeseables en el paciente, pudiendo producir irritación en las mucosas y lesiones en el cerebro y en los pulmones.

El oxígeno puede administrarse conectando a los equipos de oxigenoterapia distintos dispositivos: una cánula o "gafas nasales" (que se encargarán de liberar el oxígeno a través de dos tubos que se sitúan en la entrada de las fosas nasales), una sonda transtraqueal (consistente en una sonda de material plástico insertada en la tráquea por medio de una punción. Utilizadas para casos de necesidad de gran flujo de O₂) o una mascarilla.

El oxígeno suministrado en hospitales y centros de salud se administran desde distintos tipos de equipos. Caben destacar:

- Centrales de oxígeno: es el método más habitual de almacenamiento en los hospitales, consistente en un depósito central en donde se encuentra el gas comprimido.
- Botella o bombona: de uso usual en atención primaria o en lugares donde no existe una central. El gas está comprimido a altas presiones. Muy usadas en emergencias en forma de maletines o mochilas.
- Concentradores: consiste en un dispositivo capaz de separar el oxígeno del aire del resto de sus componentes.

2 Objetivos

- Analizar el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en la administración de la oxigenoterapia al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado nos centraremos en mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) ante la necesidad de aplicar oxigenoterapia a un paciente. Partimos del hecho de que el profesional tiene los conocimientos imprescindibles sobre anatomía básica del sistema respiratorio con el fin de entender la razón por la que se le va a aplicar al paciente dicha terapia.

Entre las funciones del TCAE podemos destacar las siguientes:

- El TCAE será el encargado de preparar el material necesario en función de la técnica a utilizar.
- Informará al paciente sobre el procedimiento al que se le va a someter, manteniéndole calmado.
- Si la técnica fuera invasiva, además preparar el material, deberá servir de apoyo al personal sanitario que intervenga (DUE o médico).
- Cuando la aplicación sea por medio de gafa nasal, mascarilla o reservorio, deberá estar pendiente de realizar el cambio de material cuando este se encuentre sucio o deteriorado. Además, deberá vigilar que el volumen de oxígeno suministrado al paciente sea el prescrito por el médico y sustituir el humidificador cuando este se quede sin agua destilada.
- Suministrará los cuidados necesarios al paciente para evitar que se produzcan heridas en boca, orejas y fosas nasales, manteniéndole bien hidratado y con una correcta higiene bucal con el fin de prevenir la formación de hongos, aftas u otras heridas.
- Junto con el enfermero (DUE) deberán hacer un seguimiento del paciente para evitar una desaturación, comprobando el buen color de piel, la capacidad de comunicarse, la respiración sin dificultad y chequeando periódicamente la saturación de oxígeno en sangre por medio de la pulsioximetría, avisando al médico de cualquier incidencia detectada.

A modo de resumen podemos indicar que las principales funciones de un TCAE a la hora de administrar oxigenoterapia es la de preparar, proporcionar y mantener

el material utilizado en el proceso, así como cuidar al paciente y realizarle un seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, son varios conocimientos que se deben tener a la hora de aplicar oxígeno a pacientes. Es imprescindible saber qué es el oxígeno y la importancia vital que tiene en las reacciones de oxigenación producidas en el metabolismo celular. También es importante conocer las formas terapéuticas en las que podemos encontrarlo y las técnicas existentes para su aplicación. Y como aporte final, pero no menos importante, es de gran importancia el conocimiento de las funciones de un TCAE a la hora de administrar esta terapia, siendo este conocimiento primordial para brindar al paciente una adecuada atención y cuidado y que la oxigenoterapia sea aplicada con éxito.

6 Bibliografía

1. Masclans, J. R., Pérez-Terán, P., & Roca, O. (2015). Papel de la oxigenoterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. *Medicina Intensiva*, 39(8), 505-515.
2. Pérez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., Machado, K., ... & Varela, A. (2020). Oxigenoterapia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91, 26-28.
3. Rodríguez Ibagué, L. F., Díaz Castillo, L. Á., & Martínez Santa, J. (2008). *Oxigenoterapia*. Editorial Universidad del Rosario.

Capítulo 211

APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

1 Introducción

En el escenario de los cuidados paliativos, donde el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida son primordiales, los profesionales de la salud buscan continuamente métodos innovadores y efectivos para abordar las necesidades complejas de los pacientes. La atención en estos contextos no se limita a la administración de medicamentos o procedimientos quirúrgicos; también abarca aspectos emocionales, psicológicos y espirituales que requieren una atención metódica. Es aquí donde las intervenciones no farmacológicas, como la musicoterapia,

han ganado terreno como herramientas terapéuticas significativas. Este capítulo tiene como objetivo explorar las aplicaciones terapéuticas de la musicoterapia en el entorno de los cuidados paliativos desde la perspectiva de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), un grupo de profesionales cuyo rol es a menudo subestimado pero esencial en la atención integral al paciente.

Los TCAE desempeñan un papel crucial en el cuidado directo de los pacientes y son a menudo los primeros en notar cambios sutiles en su estado emocional y físico. Estos profesionales están en una posición única para implementar y evaluar intervenciones terapéuticas no farmacológicas que puedan complementar los tratamientos médicos convencionales. La musicoterapia, como una de estas intervenciones, ha demostrado tener un impacto positivo en una variedad de síntomas y condiciones, desde la disminución del dolor y la ansiedad hasta la mejora del bienestar emocional y la calidad del sueño.

Este capítulo se propone abordar varios aspectos fundamentales para comprender la relevancia de la musicoterapia en cuidados paliativos. Primero, se describirán las bases teóricas y empíricas que respaldan el uso de la musicoterapia en este ámbito. A continuación, se examinarán las diferentes modalidades y técnicas de musicoterapia que se han aplicado con éxito en los cuidados paliativos, ilustrando cómo estas prácticas pueden adaptarse para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes. También se hará especial énfasis en cómo los TCAE pueden contribuir al diseño, implementación y evaluación de programas de musicoterapia, tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica clínica.

Finalmente, se presentarán estudios de casos y ejemplos prácticos que ilustren la efectividad de la musicoterapia en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos. Estos casos no solo servirán como testimonio de la eficacia de esta intervención, sino que también destacarán el papel vital que los TCAE desempeñan en su administración y evaluación.

Al abordar estos temas desde una perspectiva interdisciplinaria, este capítulo busca ofrecer una visión integral y rigurosa de cómo la musicoterapia puede integrarse de manera efectiva en el paradigma de los cuidados paliativos. En última instancia, se pretende arrojar luz sobre el potencial que esta modalidad terapéutica tiene para enriquecer la vida de los pacientes en sus momentos más vulnerables, y cómo los TCAE pueden ser agentes activos en este enriquecimiento.

2 Objetivos

- Examinar las bases teóricas y empíricas que justifican el uso de la musicoterapia en el contexto de los cuidados paliativos.
- Explorar las distintas modalidades y técnicas de musicoterapia que han demostrado ser efectivas en la mejora de la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos.
- Destacar el papel de los TCAE en la implementación y evaluación de programas de musicoterapia, incluyendo su contribución a la investigación y práctica clínica en este ámbito.

3 Metodología

Este capítulo emplea un enfoque metodológico mixto que combina la revisión de literatura académica con estudios de casos prácticos. La primera parte del capítulo se centra en una revisión sistemática de publicaciones científicas que aborden la eficacia de la musicoterapia en cuidados paliativos. Las bases de datos consultadas incluyen PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando palabras clave como "musicoterapia", "cuidados paliativos" y "TCAE".

La segunda parte del capítulo presenta estudios de casos seleccionados que ilustran la aplicación práctica de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativos. Estos casos se han elegido con base en su relevancia y a la calidad de los resultados obtenidos, y han sido documentados directamente por TCAE o en colaboración con otros profesionales de la salud.

La triangulación de estos dos enfoques busca ofrecer una visión completa y rigurosa del tema, permitiendo tanto un análisis teórico como una evaluación práctica de la musicoterapia en el contexto de los cuidados paliativos.

4 Resultados

Los resultados de la revisión sistemática de la literatura sugieren que la musicoterapia tiene un impacto notable en varios aspectos clave del bienestar del paciente en el contexto de los cuidados paliativos. Los estudios examinados reportan una mejora significativa en la calidad del sueño, la reducción del dolor y una disminución en los niveles de ansiedad y depresión. Además, se observaron mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en lo que respecta a la satisfacción emocional y espiritual del paciente.

En cuanto a las modalidades de musicoterapia utilizadas, se encontró una diversidad de enfoques, desde la reproducción de música grabada hasta la creación de música en vivo con la participación del paciente. Cada modalidad presentó sus propias ventajas y desafíos, pero todas ellas demostraron ser efectivas en abordar múltiples aspectos del sufrimiento humano, más allá del alivio del dolor físico. Esta diversidad en las técnicas de musicoterapia permite una adaptación flexible a las necesidades individuales del paciente, lo que a su vez facilita un cuidado más personalizado.

Los estudios de casos presentados aportaron evidencia adicional sobre la eficacia de la musicoterapia. Uno de los casos más ilustrativos involucra a un paciente con un diagnóstico de cáncer en etapa avanzada, que experimentó una mejora notable en su bienestar emocional tras participar en sesiones regulares de musicoterapia. Su comunicación con el equipo de atención médica y con su familia también mejoró, lo que contribuyó a un entorno de cuidado más armónico.

En relación con el papel de los TCAE, los resultados apuntan a una contribución significativa en la implementación de la musicoterapia, especialmente en la selección de modalidades y técnicas apropiadas para cada paciente. Los TCAE también mostraron un alto grado de habilidad en la observación y documentación de los cambios en el estado físico y emocional del paciente, lo cual es crucial para evaluar la eficacia de la intervención. Además, se destaca la colaboración efectiva entre TCAE y otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeros, en la administración y evaluación de la musicoterapia, lo que sugiere un enfoque de atención verdaderamente interdisciplinario.

En resumen, los resultados tanto de la revisión de la literatura como de los estudios de casos sugieren que la musicoterapia es una intervención no farmacológica altamente efectiva en el contexto de los cuidados paliativos. Asimismo, subrayan el papel significativo que los TCAE pueden jugar en la mejora de la calidad de la atención al paciente a través de la implementación y evaluación de esta modalidad terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de los resultados arroja luces sobre el potencial transformador de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativos. Los hallazgos del estudio demuestran de manera concluyente que la musicoterapia no solo es efectiva para aliviar síntomas físicos como el dolor y la incomodidad, sino que también tiene

un profundo impacto en el bienestar emocional y psicológico de los pacientes. Esta doble faceta de la musicoterapia la convierte en una herramienta valiosa para un enfoque de atención holístico que se centra tanto en el cuerpo como en la mente.

Es relevante destacar el papel de los TCAE en la efectividad de la musicoterapia. Dado que son a menudo los primeros en interactuar con los pacientes y notar cambios en su estado, su implicación en el diseño, implementación y evaluación de programas de musicoterapia puede ser invaluable. Su trabajo en equipo con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros y musicoterapeutas, crea un entorno interdisciplinario que favorece una atención al paciente más completa y efectiva. Además, su papel no se limita solo a la administración de la terapia, sino que también son cruciales en la observación y documentación de sus efectos, lo que a su vez contribuye a la validación científica de esta modalidad terapéutica.

Otro aspecto que merece atención es la adaptabilidad de la musicoterapia para satisfacer las necesidades individuales del paciente. La diversidad de modalidades y técnicas permite que la intervención sea personalizada, lo que es especialmente relevante en un entorno de cuidados paliativos donde las necesidades y condiciones de los pacientes pueden variar considerablemente. Esto también destaca la importancia de una evaluación cuidadosa y continua para asegurar que la terapia sea lo más efectiva posible para cada paciente en particular.

Aunque los resultados son prometedores, también es crucial considerar las limitaciones y áreas para futuras investigaciones. Por ejemplo, la mayoría de los estudios revisados se enfocan en poblaciones específicas y contextos particulares, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos. Además, hay una necesidad de más investigaciones que comparen la efectividad de diferentes modalidades y técnicas de musicoterapia para establecer directrices más claras para su implementación en cuidados paliativos.

En definitiva, la musicoterapia emerge como una intervención no farmacológica excepcionalmente efectiva en el contexto de los cuidados paliativos, con beneficios que van desde el alivio del dolor hasta mejoras en el bienestar emocional y psicológico. El papel de los TCAE en este escenario es significativo y puede ser un factor clave para el éxito de la intervención. Su capacidad para trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud contribuye a un enfoque de atención más integral y eficaz. La adaptabilidad de la musicoterapia para satisfacer las necesidades individuales del paciente la convierte en una herramienta invaluable.

able en el arsenal terapéutico de los cuidados paliativos. Sin embargo, se necesita más investigación para solidificar estos hallazgos y proporcionar directrices más concretas para la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. "El Poder de la Musicoterapia" de José Antonio Rodríguez Delgado.
2. "Musicoterapia para el Desarrollo: 40 Actividades Ludicomusicales para la Estimulación Neuromotriz" de Ariel Joselovsky.
3. "Manual de Musicoterapia en Geriatria y Demencias" de José Antonio García.
4. Bases de datos "PubMed, Scopus y Google Scholar".

Capítulo 212

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE INTUBADO

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

1 Introducción

El paciente intubado precisa de una serie de cuidados específicos, los cuales irán dirigidos a facilitar el movimiento de los pacientes por parte del personal que están en esa unidad, como son el celador, el personal de enfermería y del técnico auxiliar de enfermería, así como en la ayuda en las curas y en todo lo que sea necesario a realizar para mantener a los pacientes en buenas condiciones mientras dure su estancia en un centro hospitalario.

Dentro de la unidad de cuidados intensivos, se clasifican los pacientes según el tipo de prioridad de enfermedad, por ejemplo por la prioridad alta de que un enfermo se encuentre intubado, inestable o inconsciente, el cual precise de un

tratamiento intensivo, también se considera prioridad alta porque los pacientes puedan necesitar la ayuda urgente de los aparatos, como pueden ser más monitores y carros de paradas, que solo se pueden encontrar dentro de esta unidad porque se tienen de forma específica, la prioridad media es para aquellos pacientes que pueden tener metástasis y puedan sufrir o tener un shock séptico y la prioridad baja son aquellos pacientes que necesitan tener un estudio de su enfermedad y se prevé que es grave y debe de estar vigilado las 24 horas del día.

2 Objetivos

Describir e indicar los cuidados por parte del auxiliar de enfermería al paciente intubado en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El técnico auxiliar de enfermería debe prestar unos cuidados básicos a los pacientes intubados, ya que esto hará que se sientan más cómodos y ayudara a la hora de poder realizarle los cambio posturales que le sean necesarios cada 2-4 horas según el tipo de gravedad e indicaciones del personal de enfermería que lleva el control o seguimiento del paciente, el auxiliar ayudara y colaborara con el personal de enfermería en las curas para ayudarles en todo el momento y que así lo precisen y sea necesario para tener al paciente en buenas condiciones físicas y ambientales, el personal de enfermería es el responsable de la limpieza, cambio de la intubación o aspiración que llevan los pacientes, el auxiliar de enfermería es el personal que se encarga de la preparación de todo aquel material que sea necesario para sustitución de la intubación, y también prestar ayuda al personal de enfermería en la higiene del paciente, primeramente se debe comenzar la higiene por la cara y el personal de enfermería, debe de sujetar la cabeza y el cuello para evitar que se mueva el tubo al paciente y este se quede en la misma posición correcta donde debe de estar, después se debe proseguir en la parte del tórax

520 y después hacia los miembros inferiores y se dejará para el final la zona de los genitales, ya que antes deberán realizar la higiene por la parte posterior (espalda, glúteos), este proceso se debe realizar lo más pronto posible, con lo que se evitara que a los pacientes se le hagan aspiraciones y se desature.

Los cuidados que presta el auxiliar de enfermería ante el paciente intubado, consiste en la higiene del paciente realizada diariamente y que este se encuentre en la posición de Fowler, ya que esta posición tiene un ángulo, el cual tiene al cabecero a 45° y que ayuda a los pacientes a facilitarles la respiración y evitar bronco aspiración, para que el paciente no llegue aspirar sus propios fluidos, lo cual ayudará a evitar que contraigan neumonía que se derive de la intubación.

5 Discusión-Conclusión

La intubación de los pacientes conlleva a que estos sufran infecciones, ya que al permanecer duran un largo periodo dentro de la unidad de cuidados intensivos, por eso es fundamental por parte del personal sanitario realizar el cambio del tubo o mantenerlo lo más aséptico, lo cual llevara a evitar futuras infecciones nosocomiales, siempre y cuando se apliquen los protocolos que se requieren en esta unidad, para así ayudar en la durabilidad y eficacia aséptica en los pacientes que están hospitalizados de larga duración en la unidad de cuidados intensivos y darle calidad de vida. Por eso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado en cuanto a los protocolos de actuación frente a un paciente intubado.

6 Bibliografía

1. Enfermería de Urgencias: Técnicas y Procedimientos. Jean A. Proehl. Editorial Elsevier. España. 2005.
2. www.scielo.org

Capítulo 213

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

1 Introducción

La recogida de muestras biológicas es un camino que tienen los médicos para poder identificar si el paciente tiene algún tipo de patología. Las muestras biológicas más comunes, son de orina, sangre, de heces, etc ; pero luego hay otro tipo de muestras como son de ADN, ARN, muestras vaginales, de esputo, etc.

Una vez recogida la muestra o las muestras que haya otorgado el médico, estas se analizan en el laboratorio y dependiendo de su resultado, el médico verá qué tratamiento o diagnóstico le pondrá a su paciente para tratar su patología.

El TCAE tiene un papel fundamental en la recogida de muestras biológicas, además, es de suma importancia que todo el personal sanitario esté perfectamente informado de cómo hay que recoger las muestras biológicas para evitar

que haya algún fallo. Es importante hacerlo correctamente para que no se contamine la muestra, ya que esto puede alterar su resultado y de esta manera estaremos informando mal al paciente de su patología y poniéndole el tratamiento que no le corresponde.

Otro concepto es identificar correctamente la muestra con la pegatina que le corresponde a cada paciente, para que no haya ninguna equivocación

Una equivocación puede ser muy grave porque el equipo de enfermería puede dar resultados equivocados al paciente que no es.

2 Objetivos

Describir e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la recogida de muestras biológicas en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Las muestras biológicas se pueden recoger en diferentes lugares dependiendo de la patología que presente el paciente y de las circunstancias que se den; por ejemplo, se pueden obtener en el domicilio, en el propio hospital o en el laboratorio cuando el paciente ambulante acude al laboratorio para que le realicen la prueba. Es de suma importancia ciertos conceptos a la hora de tomar las muestras biológicas como son:

- Recoger la muestra siempre con guantes.
- Cuando el paciente se tiene que realizar la prueba en su domicilio, el personal sanitario debe de informarle de cómo hacerlo para que no cometa errores.
- Importante identificar correctamente la muestra con la pegatina correspondiente de cada paciente.
- Si fuera necesario dejar la muestra en la nevera.
- Siempre se debe mantener las medidas de asepsia para que el resultado salga a la perfección.

- Por supuesto los recipientes donde se recogen las muestras, deben ser homologados, no vale cualquier tipo de recipiente para obtener la muestra.

Las muestras más frecuentes que se suelen recoger son las de orina y heces, en este trabajo se explica cómo se deben de recoger :

- Recogida de muestra de orina : consiste en recoger la primera orina de la mañana, la muestra se coge en la mitad de la micción. Primero es importante lavarse las manos y los genitales, si el paciente no puede por sí solo, el TCAE lo debe de ayudar. Después se desecha la primera y última micción y por último se identifica con la pegatina del paciente. En caso de que sea un paciente encama se le pone la cuña o la botella y de ahí el TCAE recoge la muestra.
- Recogida de muestra de orina durante 24: consiste en orinar en un recipiente milimetrado durante 24 horas. Esta prueba se realiza para ver cuánto orina el paciente en un día. Si el paciente está encama se le pone la cuña o la botella y después se debe verter la orina a este recipiente.
- Recogida de muestra de heces: el paciente si es autónoma se pondrá el mismo la cuña para que deposite las heces para después recogerlas, en caso de que el paciente sea dependiente, será el TCAE quien le coloque la cuña para que defaque . Una vez que el paciente haya defecado se recoge una muestra con un depresor lingual y se deposita en el recipiente. Importante identificar el recipiente con la pegatina del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales funciones del TCAE en la recogida de muestras biológicas es hacer que el paciente obtenga la muestra de la manera correcta, en caso de que sea autónomo, para ello hay que informarle a la perfección del protocolo a seguir. En caso de que el paciente sea dependiente, será el TCAE el que tenga la responsabilidad de obtener la muestra debidamente. Es fundamental lavarse las manos antes de empezar con la técnica, siempre manipular las muestras con guantes e identificar las muestras con las pegatinas de cada paciente. Siguiendo todos estos pasos se va a evitar cometer errores de después van a perjudicar al personal sanitario y al propio paciente.

6 Bibliografía

1. FERNÁNDEZ ESPINOSA AM, PÉREZ DE LA PLAZA E. HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO Y LIMPIEZA DEL MATERIAL. CUARTA. MADRID: MCGRAW HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.L.; 2017

2. Definición de muestra biológica – Diccionario de cáncer – Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/muestrabiologica>
3. Seguir E. Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias [Internet]. Slideshare.net. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-deurgencias>
4. Internacional C. Atención médica: Diferencia entre una urgencia y una emergencia [Internet]. Clínica Internacional. 2020 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/diferenciasemergencia-urgencia/>
5. Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónica portalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/>

Capítulo 214

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

CARLA FERNANDEZ CALVO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son unas lesiones en la piel o en los tejidos que normalmente se producen por una presión prolongada en el tiempo, pues personas que se pasan muchas horas en una misma posición o personas que tengan más dificultad para moverse corren un mayor riesgo de padecer úlceras por presión.

Las úlceras por presión pueden aparecer en horas o en días, muchas de ellas se curan con tratamiento pero otras nunca se llegan a curar.

Las causas por las que pueden aparecer las úlceras por presión son por estar sentado o tumbado en una posición durante mucho tiempo, estado de salud deteriorado, las pérdidas de sensibilidad en la piel o también que la piel esté expuesta a la humedad.

Hay varios tipos de úlceras por presión:

. Categoría 1: Esta lesión solo afecta a la epidermis, que es la más superficial de la piel. Se puede observar como una mancha color violeta.

Categoría 2 : La lesión se caracteriza por afectar a dos capas de la piel, la epidermis y la dermis. Aquí ya podemos observar como la piel puede estar rojizo con ampollas.

Categoría 3: La lesión afecta a tres capas de la piel, la epidermis, la dermis y la hipodermis. Aquí hablamos de una lesión profunda, así que corre el riesgo de infectarse mucho más rápido.

Categoría 4: En este grado la lesión ya afecta a tejido muscular, hueso, vísceras o demás partes que estén expuestas a la presión.

2 Objetivos

Dar a conocer las úlceras por presión y sus tipos.

3 Metodología

Para buscar información de las úlceras por presión (UPP) nos hemos documentado a través de páginas web, revistas y artículos de interés. Hemos comenzado buscando qué son las úlceras, que tipos de úlceras hay, quién tiene el mayor riesgo a padecerlas y por qué.

4 Resultados

En España más de 90.000 personas sufren una úlcera por presión al día, afecta a 9 de cada 10 pacientes ingresados. Se estima que el grupo más afectado por las úlceras por presión (UPP) es mayor de 65 años. Las úlceras por presión (UPP) pueden aumentar el riesgo de muerte, ya que es muy fácil que se compliquen con una infección.

Se puede observar que aunque las úlceras por presión sean un riesgo para el paciente, hay muy pocas demandas por negligencia médica o de cuidados en España.

En una encuesta realizada a profesionales sanitarios dicen que el 31,4 % no usó escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP) y el 68,6% de los pacientes se les realizaba cambios posturales .

Las úlceras por presión es considerada una enfermedad que repercute gravemente en la vida de los pacientes y afectan su calidad de vida, también implica muchos más gastos en la vida del paciente.

Otro dato de interés es que el 90% de las úlceras por presión se pueden prevenir. Así que con esta información podemos ver que es muy importante y necesario aplicar las medidas de prevención en las personas con mayor riesgo a tener una úlcera por presión (UPP).

Hay casos como ya hemos dicho antes en que las úlceras por presión no se pueden prevenir , como es en los casos de pacientes con cuidados paliativos.

Las úlceras por presión (UPP) presentan una mayor incidencia en hombres que en mujeres. Por otro lado , los resultados de por qué aparecen las úlceras por presión en el paciente fueron una mala alimentación, el tipo y características de la piel, falta de profesionales sanitarios y colchones de poca calidad.

5 Discusión-Conclusión

Como un papel fundamental de TCAE, aumentar los conocimientos sobre esta patología y unos cuidados específicos para los pacientes de riesgo que tiene o pueden padecer úlceras por presión.

Es muy importante detectar cuanto antes esta patología para poder prevenir y tomar las medidas necesarias para evitar o ralentizar la aparición de úlceras por presión o su agravamiento. También es muy importante trabajar en la prevención y curación de las úlceras por presión .

Por otro lado, proporcionar los cuidados necesarios en las zonas de la persona con mayor riesgo por fricción, presión o cizalla, así como mantener las zonas limpias e hidratadas.

6 Bibliografía

- 1.-<https://www.tena.com.co/academia-tena/clasificacion-ulceras-presion/>
- 2.-<https://www.npunto.es/revista/39/ulceras-por-presion-en-cuidados-paliativos>

Capítulo 215

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

1 Introducción

Los enemas se utilizan siempre por razones saludables o higiénicas. Consisten en introducir un líquido por el recto o parte inferior del intestino delgado. Esto requiere usar receta médica o en caso de estar ingresado lo pauta el médico. Hacer esto en un entorno hospitalario es un procedimiento regular.

Los enemas están contraindicados en los pacientes con patologías como los que tienen hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos, etc., o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.

Los enemas son un tratamiento médico que se usa comúnmente entre los pacientes mayores. Se administran a través de un tubo rectal llamado cánula de

colon sigmoide. Estos métodos de administración se emplean por una razón específica. Los enemas se utilizan para muchos propósitos como pueden ser el eliminar el estreñimiento, ablandar las heces y forzar los intestinos y los intestinos a través del colon. Otra función de los enemas es que pueden limpiar los intestinos e intestinos, así como administrar ciertos medicamentos. Los auxiliares de enfermería deben estar involucrados en el proceso de elaboración y administración de los enemas. Deben trabajar con conocimiento práctico y comprensión científica al crear un procedimiento adecuado.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería son las personas que se encargan de administrar el enema y después de colaborar con la limpieza del mismo en el momento haga su efecto.

2 Objetivos

Explicar e indicar los tipos de enemas y como es la aplicación de un enema por el auxiliar 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

Según la finalidad en que se use un enema, existen diferentes tipos de enemas que sirven para:

1. Eliminar o limpiar el enema.
2. Para la limpieza y desintoxicación del intestino, este enema rompe el intestino grueso, aumenta el peristaltismo y facilita la evacuación.
3. La solución no se almacena en el recto y se excreta en pocos minutos.

Los enemas pueden incluir dentro:

- agua y solución salina.
- Agua y glicerina.
- Agua y aceite.

- Agua jabonosa.

- Agua limpia.

4. Indicado en caso de que haya estreñimiento prolongado, una limpieza intestinal, la cirugía abdominal pre y preoperatoria, exámenes de radiología, obtención de muestras de heces, después de la eliminación de la impactación fecal y antes de la dosificación.

También existen enemas medicinales o nutricionales.

- Excluiremos de este grupo apendicitis, úlcera gástrica, peritonitis y casos posteriores a cirugía abdominal reciente.

- Sujeto a enemas.

- Es un enema en el que el líquido quedará retenido durante mucho tiempo, al menos unos 20-30 minutos, para conseguir la máxima absorción del fármaco.

6. Enema de aceite: ablanda las heces y facilita la evacuación.

- Su ingrediente principal es el aceite de oliva.

- Cantidad: 120-180ml.

- Temperatura: 37 a 40 grados.

- Su indicación es para el estreñimiento crónico, presencia de efectos fecales, eliminación de sales de bario dadas para radiografía de contraste, limpieza del intestino antes de la cirugía, administración de fármacos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando aplica el enema debe de registrarlo en la historia del paciente, y siempre dejando siempre claro que tipo de enema se le va a administrar al paciente, el tiempo que ha retenido la solución, la cantidad, el color y la consistencia de la efectividad del enema y siempre bajo prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen, los auxiliares de enfermería son responsables de preparar y administrar los enemas. Debe tener en cuenta la posibilidad de lesiones al usar un enema. Es por eso que los cuidadores deben estar completamente capacitados y preparados para administrar enemas y comprender los posibles beneficios y problemas de emplearlos.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 216

PACIENTE NEUROLÓGICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

1 Introducción

Son muchas patologías las neurológicas que afectan al sistema locomotor en el paciente, es decir afecta a su deambulación, movimientos y deterioro cognitivo, todo esto surge con un diagnóstico correctamente identificado.

El momento en el que el paciente ingresa en una unidad de hospitalización, ya sea por su patología neurológica como por otro aspecto, es un impacto emocional para él y su familia. En su mente aparece la sensación de que, ya que en su domicilio puede presentar en muchas ocasiones dificultades en una unidad de hospitalización, podría tener más límites, es decir más dificultades a la hora de poder deambular, ingerir alimentos, etc.

Los pacientes neurológicos son aquellos que tienen afectación o sufren algún tipo de enfermedad a nivel nervioso central o periférico. Estas enfermedades pueden

surgir como efectos secundarios como ictus, o patologías que se generan en el paciente dependiendo incluso de la calidad de vida o en otras ocasiones pueden ser hereditarios o degenerativos.

Las enfermedades neurológicas más frecuentes pueden ser el Alzheimer y Parkinson. Cada una de ellas tienen unos síntomas que pueden tener en común como el posible deterioro cognitivo y otros como que el Parkinson generalmente la sintomatología es a nivel del aparato locomotor.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué tipo de manejo puede tener un profesional como el TCAE con un paciente neurológico en una unidad de hospitalización.

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 tipo de cuidados o manejo puede tener el TCAE en un paciente neurológico en una unidad de hospitalización.

Palabras clave: neurológico, Parkinson, cuidados, formación.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido identificar e incluir en el artículo los cuales nos indicaban que tipo de manejo puede tener el TCAE con un paciente que tiene un problema neurológico.
- El TCAE Conoce qué tipo de patología exacta tiene el paciente neurológico para poder ayudarle, apoyarle y empatizar en todo lo relacionado durante el ingreso hospitalario.
- En un primer momento, el TCAE realizará una valoración de qué actuaciones puede realizar el paciente con funciones autónomas o que no puede llegar a realizar.
- En el caso de que la autonomía de este paciente sea pobre, el TCAE ayudará en el aseo proporcionándole un confort en ese momento y no recriminar ni criticar que no puede hacer, al contrario, apoyará y comentará lo bien que lo está haciendo.
- En el caso de que el paciente pueda con dificultad deambular por las instalaciones de la unidad, el TCAE acompañará a este manteniendo una conversación

con el paciente, preguntando incluso cuáles son sus miedos, o que piensa del ingreso hospitalario.

- En el momento de la ingesta de alimentos, el TCAE valorará si el paciente puede realizarlo por sí mismo o necesita ayuda. En caso de solo necesitar ayuda, acercará la bandeja, descubrirá los alimentos que tengan tapados y cortará la carne, pescado, etc.

En el caso de que no pueda realizarlo por sí mismo, el TCAE ayudará al paciente colocando a este en posición fowler, acercará igualmente la mesa donde está colocada la bandeja y comenzará tranquilamente a administrar la alimentación, evitara introducir rápidamente los alimentos con riesgo de broncoaspiración.

- Otro aspecto importante es el que reciba visitas, en ese momento el TCAE mantendrá y respetará dentro de los límites que pueda la intimidad del paciente y sus familiares, comentando aun así que cualquier cosa que necesiten allí estará.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro tema se basa en un ingreso hospitalario que manejo o cuidados puede realizar el TCAE en un paciente el cual padece una patología neurológica.

Como se ha podido observar en nuestros resultados, el paciente tendrá autonomía o no por lo cual el TCAE realizará una valoración exhaustiva. Tras esta exploración el TCAE ofrecerá ayuda o no, según lo requiera el paciente, intentando siempre mantener la autonomía del mismo.

En nuestro tema también hemos podido comprobar la importancia de que este paciente presenta generalmente en su día a día en su domicilio unas dificultades, pero el TCAE deberá prevenir esas en una unidad de hospitalización, mediante la ayuda y apoyo.

6 Bibliografía

- I. Miyai, Y. Fujimoto, H. Yamamoto, Y. Ueda, T. Saito, S. Nozaki, J. Kang. Longterm effect of body weight-supported treadmill training in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil, 83 (2002), pp. 1370-1373.
- Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people NICE Clinical guidelines, nº21, 2004.

Capítulo 217

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

1 Introducción

La atención a pacientes en estado crítico es un desafío complejo y crucial en el ámbito de la salud. En este escenario, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un papel fundamental como parte del equipo multidisciplinario, que brinda cuidados intensivos y soporte vital. Su capacitación y habilidades les permiten desempeñar un papel vital en la atención y cuidado de pacientes que se encuentran en situaciones de salud críticas.

La función del TCAE en la atención a pacientes en estado crítico es variada y de gran importancia. Este profesional de la salud trabaja en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros miembros del equipo médico para asegurar que el paciente reciba una atención integral y oportuna.

En esta investigación, exploraremos el papel del TCAE en la atención a pacientes en estado crítico, destacando su contribución en la monitorización de signos vitales, la asistencia durante procedimientos médicos y quirúrgicos, el cuidado de heridas y la movilización segura de pacientes debilitados.

También se abordará su papel en la administración de medicamentos y en la colaboración en la ejecución de planes de cuidados específicos para cada paciente. Asimismo, se examinarán las oportunidades de capacitación y formación continua para los TCAE en el ámbito de la atención a pacientes en estado crítico, con el objetivo de mejorar aún más sus habilidades y conocimientos para brindar una atención de calidad y contribuir al pronóstico y recuperación exitosa de los pacientes en situaciones de salud más delicadas.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar el trabajo y las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes en estado crítico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline, haciendo una selección de publicaciones académicas revisadas en artículos científicos, así mismo también ha sido consultado Google académico para la realización del mismo.

4 Resultados

Los resultados de la participación del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en la atención a pacientes en estado crítico son de vital importancia para la mejora de la calidad de atención y los resultados de salud en situaciones de máxima vulnerabilidad. Su presencia en el equipo de cuidados intensivos aporta una serie de beneficios que impactan directamente en la evolución y recuperación de los pacientes críticos.

Uno de los resultados más destacados es la monitorización constante y meticulosa que el TCAE realiza de los signos vitales del paciente. Esta vigilancia continua permite detectar rápidamente cualquier cambio en el estado de salud del paciente,

lo que facilita la intervención temprana por parte del personal médico. Esta rápida respuesta puede ser determinante para evitar complicaciones y mejorar los resultados de salud.

Además, el TCAE desempeña un papel fundamental en la asistencia durante procedimientos y cuidados especiales. Su colaboración en la administración de medicamentos, cambios de posición, curaciones de heridas y otros procedimientos, garantiza que los tratamientos se realicen de manera adecuada y segura, lo que contribuye a una recuperación más efectiva del paciente.

El cuidado y atención meticulosa que el TCAE brinda a las heridas y dispositivos médicos también resulta en una reducción de infecciones y complicaciones. Su dedicación a cumplir protocolos de higiene y cuidado de las heridas es esencial para mantener un entorno seguro y evitar riesgos innecesarios.

Otro resultado relevante es el apoyo emocional y el confort proporcionado tanto al paciente como a sus familiares. En situaciones de crisis, el TCAE muestra empatía y cuidado, lo que contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, brindando un ambiente de contención y apoyo durante momentos difíciles.

La comunicación efectiva que el TCAE mantiene dentro del equipo de salud es crucial para la coordinación adecuada de acciones y la transmisión de información relevante. Esta comunicación fluida garantiza que todos los miembros del equipo estén informados y comprometidos en el cuidado del paciente.

Por último, el compromiso del TCAE con su formación continua y actualización en técnicas y procedimientos de atención en cuidados críticos mejora constantemente sus habilidades y conocimientos, lo que se traduce en una atención de mayor calidad y mejores resultados para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) juega un papel fundamental y altamente positivo en la atención a pacientes en estado crítico. Su presencia en el equipo de cuidados intensivos permite una monitorización continua, asistencia en procedimientos y cuidados especiales, prevención de infecciones, apoyo emocional y comunicación efectiva.

Los resultados de la participación del TCAE se traducen en una atención más completa, oportuna y segura para los pacientes críticos, lo que impacta directamente en la mejora de los resultados de salud y la experiencia del paciente y sus familiares durante momentos de máxima vulnerabilidad. La dedicación, competencia y colaboración del TCAE contribuyen a un entorno de cuidados óptimo que favorece la recuperación exitosa y el bienestar general del paciente en estado

crítico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES.

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

1 Introducción

Una muestra biológica se puede definir como aquella materia de origen biológico y que proviene del ser humano, a partir de la cual se puede llegar a obtener información genética del mismo.

Se incluye la sangre y sus componentes, los líquidos corporales, tejidos, fluidos tisulares, excreciones y secreciones.

Las muestras las podemos dividir en:

- Codificada o reversiblemente disociada: cuando la persona a la que pertenece la muestra no está identificada, por lo que no es posible su asociación.
- Anonimizada o irreversiblemente disociada: cuando se rompe la unión entre la persona identificada y la muestra.
- No identificable o anónima: cuando no conocemos la procedencia de la muestra, de tal manera que es imposible identificar el origen.

El laboratorio clínico es la ubicación donde se realiza el análisis de las muestras biológicas gracias al trabajo desarrollado por un equipo de trabajo, donde cada una de las personas conocen su cometido a la perfección (técnicos de laboratorio, médico).

La finalidad de analizar dichas muestras no es una sola, sino varias, partiendo del estudio de enfermedades y llegando a la investigación de las mismas, sin olvidar la prevención de las mismas.

El laboratorio clínico tiene distintas especialidades, dependiendo de lo que se quiera estudiar en cada momento. Dentro de sus especialidades podemos encontrar: bioquímica o química clínica, la hematología, la microbiología y la inmunología.

2 Objetivos

Identificar y dar a conocer todas las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma, manipulación, mantenimiento y transporte en la recogida de 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La recogida de muestras se realiza siempre bajo petición médica, siendo imprescindible para la toma de la misma, que vaya acompañada de un impreso llamado solicitud del estudio o volante médico (distinto en cada centro sanitario), el cual únicamente puede ser cumplimentado por el médico. Las finalidades de las tomas de muestras son las siguientes:

- Diagnosticar de forma adecuada el proceso patológico.
- Realizar un seguimiento de una enfermedad ya instaurada.
- Prescripciones del fármaco correcto por parte del correspondiente facultativo.
- Serán utilizadas en un proyecto de investigación.

- Serán utilizadas en la investigación biomédica.
- Almacenamiento en un biobanco.

El proceso de análisis de las muestras lo podemos dividir en tres fases:

- Preanalítica: periodo en el que una vez que el médico realiza la petición de la recogida de muestra correspondiente, se procede a la preparación del correspondiente material y del paciente para la recogida de la muestra.
- Analítica: se puede decir que son los procesos realizados in situ (ejemplo: analítica) en el paciente, y la posterior emisión del correspondiente informe con los resultados obtenidos.
- Posanalítica: último paso de la toma de muestra, es en el que una vez obtenidos los resultados, el médico los interpreta para llegar a un diagnóstico.

Las muestras las podemos dividir en:

- De orina.
 - De sangre.
 - De heces.
 - De vómitos.
 - De esputo.
 - Líquido cefalorraquídeo (LCR).
 - Contenido gástrico-duodenal.
 - Líquido seminal.
 - De piel, pelo y uñas.
 - De exudados: nasal, faríngeo, conjuntival, ótico, uretral, vaginal y de heridas.
- La mayoría de las muestras son recogidas por el personal de enfermería, salvo en casos excepcionales como el líquido céfalo raquídeo (LCR).

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería interviene en la toma de muestras realizando los siguientes puntos:

- Preparación del paciente, así como de todo aquel material que sea necesario.
- Colaborará durante todo el proceso de recogida de muestras según le indiquen.
- Una vez acabado, recogerá todo el material.
- Si el paciente está hospitalizado, lo devolverá a su unidad y lo dejará cómodamente instalado.

El TCAE, seguirá las siguientes normas de seguridad en la obtención de muestras:

- El paciente será informado de la muestra a recoger, así como del procedimiento a seguir.
- La técnica se realizará en las mayores condiciones de asepsia posibles, evitando contaminaciones cruzadas.

- Uso de guantes obligatorios.
- Uso siempre de recipientes desechables manipulándolos de forma correcta.
- Procesar las muestras biológicas como productos sanitarios según la normativa existente.
- Siempre se identificará la muestra una vez obtenida.
- El mantenimiento, conservación y transporte de una muestra, se llevará a cabo siempre tomando las medidas de seguridad oportunas.

5 Discusión-Conclusión

Cada centro sanitario realizará la recogida de muestras teniendo en cuenta las propiedades de las mismas y de los procedimientos de trabajo de cada hospital. El TCAE será formado en el procedimiento de recogida de muestras, de tal manera que velará para que todo se desarrolle según lo pautado. De tal manera que para que no se produzca una alteración de las propiedades de la muestra, deberemos garantizar la integridad de la misma.

Las muestras se deberán conservar los más parecidos posibles a la de original, de tal manera que se asegurará de que los resultados obtenidos sean los adecuados. Finalmente, destacar que se minimizarán los riesgos que puedan llevarse a cabo, cumpliendo las medidas o requisitos de seguridad. Una vez obtenida una muestra, es de suma importancia el traslado de la misma lo antes posible al laboratorio para que sus características no sean mermadas y no dificultar su análisis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 219

PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA ANCIANIDAD

HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La población española cada vez es más numerosa presentando por ello una gran dependencia y un incremento de la necesidad de ayuda.

Las mujeres y las personas con un nivel socioeconómico más bajo o más desfavorecidas, son los dos grupos con mayor desventaja.

La salud autopercebida es un excelente indicador de las desigualdades de salud y un buen predictor de enfermedades crónicas y de la utilización de los servicios sanitarios.

Se calcula que el 9% de la población española presenta algún tipo de discapacidad, esto le lleva a depender o en el futuro depender, de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida (cuidado personal, movilidad esencial, orientación...).

La dependencia es aquella situación permanente en la que se encuentran las personas que necesitan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida

La atención de las personas que se encuentran en esta situación es uno de los mayores retos que presentan las políticas sociales en los países desarrollados.

El envejecimiento de la población supone un aumento de las enfermedades crónicas, un aumento de la incidencia de la invalidez y un aumento de la demanda de los servicios sanitarios, sobre todo la atención social y la rehabilitación.

2 Objetivos

El objetivo prioritario será analizar los requerimientos técnicos necesarios para colaborar en los cuidados integrales a los ancianos así como conocer los recursos sociosanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha utilizado PubMed (página de internet con variedad de revistas científicas), Medline (web de información de salud) y Scielo (datos de investigación).

También se han utilizado diferentes artículos y revistas independientes

4 Resultados

El envejecimiento supone un aumento de las enfermedades crónicas, de la incidencia de la invalidez y un aumento de la demanda de los servicios sanitarios, sobre todo la atención social y rehabilitación. Esto supone la necesidad de planificar medidas para la atención y asistencia de los ancianos e implantar programas de salud para este sector de la población que aumenta progresivamente.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) tiene diversas instituciones públicas destinadas a la atención y asistencia de los ancianos. También hay dispositivos asistenciales públicos que dependen de las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, así como centros de carácter privado.

Los principales recursos son:

- Equipos de atención primaria domiciliaria y de asistencia geriátrica domiciliaria para la atención en los propios domicilios.
- Hospital de día con funcionamiento exclusivo diurno.
- Unidades geriátricas de ingreso que sirven para la hospitalización de pacientes geriátricos agudos que no pueden ser atendidos en su domicilio.
- Unidades de media estancia en las que se tratan problemas de recuperación funcional y de rehabilitación.
- Unidades de larga estancia, para pacientes que necesitan cuidados continuos y que no pueden ser atendidos en su domicilio.
- Residencias para mayores
- Hogares protegidos, que dependen económicamente de las instituciones.
- Centros de día, que prestan servicios asistenciales y no residenciales.
- Asociaciones y clubes de ancianos, con carácter social.

Además existen otro tipo de asistencias como son el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, acogimiento familiar, servicio de comidas a domicilio ...todos ellos permiten que el anciano permanezca en su domicilio.

También un aspecto fundamental es la promoción de la salud en la población anciana con ello se consigue un mayor grado de autonomía y se evita la aparición de enfermedades. La prioridad es una mejora de la calidad de vida, y esto se consigue fomentando comportamientos que favorezcan un estilo de vida adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Entre las conclusiones que podemos sacar son que hay que favorecer:

- Generalizar la teleasistencia.
- Desarrollar programas de apoyo mutuo para evitar la soledad no deseada.
- Activar la autonomía.
- Estimular el ejercicio físico.
- Animar a que cuide de sí mismo.
- Motivar para que lleve a cabo actividades lúdicas.

Las actividades de ocio son especialmente importantes porque además de promover la salud, restablecen o remedian funciones físicas y mentales y se mantienen las que poseen.

Se debe preparar al anciano para participar a actividades afines. Esto actúa en su beneficio, más satisfacción vital, energía, motivación y autoestima, se contribuye a que se sientan mas felices.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es>
El envejecimiento en España
- <http://www.teleasistencia.es>
En que situaciones tienen más dificultades las personas mayores.
- <http://www.cuidum.com>
Como son tratadas las personas mayores en la sociedad actual?
- <http://www.cuidania.com>
Cuales son los principales problemas de las personas mayores ?

Capítulo 220

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS POST-MORTEM

SHEILA VAQUERO ANDALUZ

MONICA PINEY PRIETO

LOURDES ROMERO RAMIREZ

ALBA MARIA MELCHOR TORRES

1 Introducción

Los cuidados post mortem son aquellos cuidados auxiliares realizados por el personal de enfermería en los que también participa la figura del celador.

Este tipo de cuidados que realiza el personal de enfermería después de que una persona haya fallecido, entran dentro de los protocolos asistenciales y las normas del hospital. Deben de ser realizados estos cuidados, para dar una buena imagen o buen aspecto del cadáver, cuando vaya a ser velado en el servicio fúnebre por sus familiares y seres queridos.

Puede haber muchas causas de muerte, es decir, la muerte puede ser multifactorial y en muchos casos puede ser que la gente se lo haya esperado por ser debido a una larga enfermedad o cualquier otro problema grave de salud con un proceso lento de desarrollo de la misma. Así pues, también hay muertes de forma repentina, como suicidios o accidentes inesperados... Estos casos suelen tener

una mayor gravedad debido a que son inesperados por los familiares y causan una mayor impresión y shock, en las personas a la hora de pasar las diferentes etapas del duelo. Todo el mundo más tarde o más temprano va a pasar por las fases del duelo debido a que es parte del proceso de aceptación de la situación de la desaparición de un ser querido o cercano; algo normal que todos antes o después sufrimos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento del personal de enfermería para realizar los cuidados a la persona que ha fallecido.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo este trabajo se ha realizado una investigación que ha consistido en una revisión de bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática específica del tema en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

En primer lugar, cuando somos conscientes de que una persona va a fallecer, debemos de asegurarnos que tengan unos cuidados adaptados a su enfermedad y sufrimiento para que este sea el menor posible.

Para ello, el personal de enfermería debe de ir preparando ciertos procedimientos una vez que el paciente fallezca y tengan que realizarle los cuidados Post-mortem. Para empezar, el personal de enfermería, junto con dos auxiliares de enfermería y un celador, deberán intervenir en estos cuidados.

Una vez que el paciente ha fallecido, el médico junto con la enfermera deben de ir a la habitación del paciente para tomarle las constantes vitales, como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno, para asegurarse de que no tiene ni pulso ni respiración y que el médico pueda certificar su muerte, escribiendo en el informe la fecha exacta junto con la hora del fallecimiento de la persona y con sus datos personales. Y con ellos también se avisa al coordinador de trasplantes por si hubiera posibles donaciones.

El celador debe de ir con una camilla metálica hacia la habitación donde se encuentra el fallecido. El auxiliar de enfermería, será el encargado de desconectar al paciente de todas las máquinas o aparatos y quitarle todo tipo de drenajes o sondas que el paciente tuviese en su cuerpo.

Los materiales que serán necesarios son entre otros el sudario, toalla y sábanas, batas no estériles, mascarillas y guantes, tijeras varias y material de sutura, algodón y gasas o vendas, aspirador y sondas, etiquetas identificativas y la documentación del paciente o usuario para el traslado al tanatorio.

Tendremos cuidado de preservar siempre la intimidad del fallecido.

Levantaremos el cabecero de la cama ligeramente para poder evitar que se acumulen líquidos en la cabeza.

Retiramos las sondas, o los drenajes que tenga, y realizaremos la higiene completa.

Aspiramos la cavidad orofaríngea y taponamos los orificios naturales en caso de ser necesario.

Recolocamos las prótesis dentales y cerraremos los ojos y dejaremos sujeta la mandíbula con una venda elástica.

Sellamos los labios del difunto con un aerosol de película plástica para evitar que se abra la boca.

Vamos a colocar un pañal para acoger la incontinencia y lo dejaremos colocado en decúbito supino sobre el sudario, uniendo tobillos y muñecas con las vendas. Colocaremos 3 etiquetas identificativas en brazo, pierna y en el sudario en la parte superior y externa, respectivamente. Y cerramos dicho sudario hasta el cuello.

Seguidamente, pasarán el cadáver a la camilla metálica y se asegurará de que el cadáver está bien sujeto con las correas para que no se caiga y le colocarán una sábana por encima para ser bajado a mortuario.

Nos preocuparemos de que los familiares puedan despedirse del difunto y les facilitaremos las pertenencias del mismo y habrán de firmar un documento de la recepción de estas.

Algunas consideraciones a tener en cuenta es que cerraremos y suturamos las heridas externas del fallecido.

Para preservar la intimidad del fallecido y no molestar a otros pacientes, nos aseguraremos de hacerlo con el pasillo sin tránsito de pacientes o visitantes.

Y si el fallecimiento requiere la intervención judicial, el jefe de celadores será el encargado de tramitar la documentación.

Como todo procedimiento, rellenaremos la documentación necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post-mortem son algo habitual y frecuente que sucede en el interior del medio de hospitalario cuando una persona fallece.

Aunque este acontecimiento produzca dolor a los seres queridos y a los familiares, nadie está libre de ello, puesto que es un suceso que forma parte de la vida diaria y es algo normal que le sucede a todo el mundo por diversas causas y en diferentes momentos de la vida. La vida no nos prepara para ello, sino que aprendemos a convivir con ello porque es algo que tarde o temprano debemos de asimilar y aceptar, aunque en algunos casos se necesite ayuda psicológica.

De ahí que el equipo de enfermería sea clave para preservar la intimidad y la identidad del fallecido para facilitar el que los familiares puedan despedirse de él y facilitar también cualquier trámite personal o documental que necesite realizarse en un momento tan crítico en el que la familia y amigos se enfrentan en estado de shock. Nuestra ayuda en ese momento tan delicado es muy importante.

6 Bibliografía

1. Ariès, Philippe (1982). Ensayos sobre la muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara. ISBN 978-84-7178-454-4.
- Arregui, Jorge V. (1992). El horror de morir: el valor de la muerte en la vida humana. Tibidabo. ISBN 978-84-86421-89-2.
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2012. Disponible en: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos_generales_enfermeria_huvr.pdf.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132.
4. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOE número 127 de 25/5/2010, páginas 45646 a 45662.
5. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de Procedimientos Enfermeros. Huelva. 2009. Disponible en: <https://www.seecir.es/biblioteca/bibliograficos/item/manual-de-intervenciones-enfermeras-protocolo-de-procedimientos-enfermeros>.

Capítulo 221

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

AMPARO MORENO LÓPEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

Para que los profesionales médicos puedan determinar si un paciente presenta alguna patología de algún tipo, se deben recolectar muestras biológicas. Las más utilizadas son orina, sangre, heces y otras muestras biológicas. Otros tipos de muestras incluyen el ADN, ARN, muestras vaginales, esputo y otras, como las extraídas de otros fluidos corporales.

Después de la recolección, las muestras proporcionadas por el médico se analizan en un laboratorio. Luego, el médico determinará qué tratamiento o diagnóstico recomendará para la patología de su paciente en función de los resultados.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en la recolección de muestras biológicas y es fundamental que todos los profesionales

de la salud estén completamente capacitados en las técnicas adecuadas para evitar errores. Es fundamental seguir las instrucciones al pie de la letra para evitar contaminar la muestra, lo que podría alterar los resultados y llevarnos a desinformar al paciente sobre su patología y a tratarlo de forma inadecuada.

Otra idea es asegurar que la muestra quede identificada con precisión pegando la pegatina que pertenece a cada paciente.

Debido a que el personal de enfermería podría entregar resultados incorrectos al paciente equivocado, un error podría tener consecuencias muy graves.

2 Objetivos

Dar una explicación de cómo utiliza la técnica el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para recolectar muestras biológicas de un paciente.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se consultaron los artículos de las bases de datos primarias y se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y el buscador Google.

4 Resultados

Las muestras biológicas se pueden obtener en una variedad de lugares dependiendo de la patología que tenga el paciente y las circunstancias específicas; por ejemplo, se pueden obtener en casa, dentro del hospital o en un laboratorio cuando el paciente ambulatorio visita el laboratorio para realizarse la prueba.

A la hora de recolectar muestras biológicas, ciertas ideas son sumamente importantes, como por ejemplo:

- Utilice guantes siempre que tome una muestra.
- Para evitar errores, el TCAE debe explicar cómo realizar la prueba cuando el paciente deba realizarla en su domicilio.
- Es fundamental identificar con precisión la muestra con la etiqueta del paciente correspondiente.
- Guarde la muestra en el frigorífico si es necesario.
- Siempre se deben mantener precauciones de asepsia para garantizar que el resultado sea perfecto.

- Ni que decir tiene que los contenedores utilizados para recoger las muestras deben estar homologados; cualquier contenedor servirá.

La orina y las heces suelen ser las muestras recolectadas con más frecuencia. Este artículo describe cómo deben recolectarse:

- Recogida de muestras de orina: consiste en tomar la primera orina del día mientras el sujeto aún está orinando. Es fundamental lavarse las manos y los genitales primero; si el paciente necesita asistencia, las TCAE deben proporcionársela. La pegatina del paciente se aplica después de desechar la primera y la última micción. en caso de que sea una persona enferma que esté confinada en cama. Sobre ella se coloca la cuña o botella, y el TCAE recoge la muestra de allí.
- Para recolectar una muestra de orina de 24 horas, orine en un recipiente 24 horas de milímetro. Esta prueba mide la tasa de micción diaria del paciente. La cuña o botella se debe colocar sobre el paciente si está acostado y luego se debe verter la orina en este recipiente.
- Recogida de una muestra de las heces del paciente: Si el paciente es autosuficiente, se pondrá la cuña para que se depositen las heces y luego las recogerá. El TCAE pondrá la cuña al paciente si es dependiente para que pueda orinar.
- Se toma una muestra con un abatelenguas después de que el paciente ha defecado y luego se introduce en el recipiente. Debe quedar claramente visible la pegatina del envase con el nombre del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la recogida de muestras biológicas es asegurarse de que el paciente obtiene la muestra de forma adecuada, si es autónomo. Para ello se les debe informar completamente del protocolo a seguir. El TCAE es el encargado de obtener correctamente la muestra si el paciente es dependiente.

Utilice siempre guantes al manipular las muestras y márquelas con pegatinas específicas para cada paciente antes de comenzar la técnica. Puede evitar cometer errores que luego podrían poner en peligro a los pacientes y al personal médico si sigue cuidadosamente estas instrucciones.

6 Bibliografía

1. Definición de muestra biológica – Diccionario de cáncer – Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible.

Capítulo 222

LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

AMPARO MORENO LÓPEZ

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

1 Introducción

Los estudios de un tema son un componente de todo trabajo psicopatológico. La práctica de la visión infantil está dominada por estereotipos sin matices, como ocurre en la mayoría de los demás casos.

El lenguaje y la subjetividad son dos tipos de instrumentos que se emplean en la práctica clínica y se utilizan frecuentemente en las clínicas pediátricas.

Todavía se está investigando y aprendiendo sobre la salud mental de los niños, lo que los convierte en una población de pacientes muy vulnerable.

El propósito de este capítulo es examinar las ventajas y desventajas de la prevención y promoción de la salud mental de niños y adolescentes.

Un entorno social problemático o empobrecido favorece la aparición de estas enfermedades en los menores, según numerosos estudios y observaciones que

se han realizado como respuesta al reciente aumento de los problemas de salud mental de niños y adolescentes.

La base para desarrollar políticas preventivas eficaces para menores es la participación de los padres o tutores.

Las intervenciones sociales tienen más éxito que las intervenciones sanitarias con los padres. Se ha observado que los efectos de los problemas de salud mental pueden mitigarse si se satisfacen las necesidades sociales de las familias con niños en riesgo.

2 Objetivos

- Ofrecer recomendaciones para la prevención de enfermedades mentales en los niños y destacar la importancia de desarrollar políticas sociales para ayudar a los menores y sus familias y prevenir patologías mentales.

3 Metodología

Se han seleccionado artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, así como estudios cualitativos y cuantitativos, y se ha realizado una búsqueda sistemática y exhaustiva de libros y artículos en las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Desde 1999, la Unión Europea trabaja para concienciar sobre el valor de proteger la salud mental de los menores para promover su bienestar y el de sus comunidades. Como resultado, los Estados miembros deben apoyar políticas que les ayuden a lograr este objetivo.

Tener un trastorno mental es sólo un aspecto de la salud mental de un menor. Es una necesidad de la vida cotidiana que, con el tiempo, moldea quiénes somos en una dirección u otra. Como resultado, comenzamos a comprender la importancia de mantener la salud mental porque hace que se conviertan en un determinado tipo de persona o grupo de personas, de menores.

Los acontecimientos tempranos de la vida tendrán un impacto significativo en la salud de una persona que persistirá hasta la edad adulta. Las estrategias que estos menores adultos utilizados pueden verse en su desarrollo social e individual.

Esto implica que se deben implementar leyes que protejan la salud mental de los niños. Incluyen:

Brinde a los tutores las habilidades para ser hospitalarios, responsables y sensibles para que se puedan formar las relaciones adecuadas.

Preste más atención a los niños que están en riesgo, como los prematuros, los discapacitados, los que sufren abusos o los refugiados.

Crear equipamientos que se centren en salvaguardar y promover una adecuada salud mental de los niños, como el proyecto Casa Verde de la Fundación Manantial en el madrileño barrio de Vallecas, que vela por el bienestar de los hijos de madres con enfermedades mentales.

Dentro de la comunidad de salud mental se reconoce que se necesita financiación especial para permitir que las familias y los jóvenes con problemas de salud mental implementen y mantengan iniciativas efectivas.

Sin embargo, a los menores se les debe dar acceso a un espacio donde puedan expresar el dolor psicológico que experimentan. Los menores en el campo de la salud mental son todavía un mundo por explorar.

Una de las razones por las que los menores pueden experimentar problemas de salud mental a medida que maduran es la existencia de problemas psicopatológicos en ellos.

Los siguientes rasgos se destacan entre una variedad de otros que comparten los menores que han sido estudiados por problemas de salud mental:

Agresividad.

Desafíos de aprendizaje.

- Falta de paciencia para la frustración.
- Controlar los problemas de pulso.
- Apatía en la escuela.
- En general, es necesario reevaluar las políticas de salud mental, centrándose en el aumento de la agresividad, la depresión y las dificultades académicas en los menores.

5 Discusión-Conclusión

Psicológicamente hablando, ha habido un aumento constante de los problemas infantiles en las últimas décadas. Los profesionales de la salud se han preocupado por esto y han comenzado a investigar los trastornos infantiles.

Se brinda apoyo y asistencia a este grupo de población.

Estos estudios respaldan la importancia de la identificación y el tratamiento tempranos de los problemas de salud mental en los niños.

Se permite la derivación a unidades de salud mental para niños designadas cuando se descubre durante la atención temprana. Para que esto tenga éxito, todas las estructuras implicadas en el tratamiento del menor deben trabajar en estrecha colaboración.

Dado que es muy difícil realizar diagnósticos en la infancia y la adolescencia debido al constante cambio de menores, el seguimiento de estos casos por parte del equipo multidisciplinario también es muy continuo. Los niños menores de cinco años enfrentan desafíos adicionales porque no presentan síntomas a una edad tan temprana.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200008.

Capítulo 223

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UCI PEDIÁTRICA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

AMPARO MORENO LÓPEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

1 Introducción

El TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), una de las muchas funciones profesionales de un centro hospitalario, asiste y facilita el trabajo de médicos y enfermeras.

El personal conoce los equipos más recientes requeridos en esta unidad y ha recibido capacitación en cuidados intensivos pediátricos.

- La unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP): Debido a su alto nivel de utilidad, estas unidades han ido evolucionando con el tiempo.

Esta unidad está diseñada para brindar atención especializada a pacientes pediátricos o neonatales que se encuentran en estado crítico y necesitan observación constante.

Estos pacientes requieren atención continua, incluido el posible apoyo a funciones vitales.

Cada habitación es privada, cuenta con baño privado, silla o cama para el acompañante de viaje, etc.

Los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería suelen ser responsables de brindar cuidados fundamentales al paciente.

Las funciones del TCAE se describen específicamente en la UCIP de cada hospital, lo que las diferencia de las responsabilidades y habilidades de los demás miembros del equipo.

Aunque el TCAE no es responsable de salvar vidas, es sin duda el miembro del personal que más interactúa con los pacientes en esta unidad, lo que tiene un impacto significativo en el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Demostrar las diversas tareas del técnico auxiliar de cuidados de enfermería tal como se realizan en la UCI pediátrica de un hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya 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

En la unidad de cuidados intensivos pediátricos se reúne un equipo multidisciplinario (que incluye enfermeras, médicos, asistentes y fisioterapeutas, entre otros) para atender a los pacientes en los niveles más altos de criticidad.

El objetivo principal es restaurar las funciones vitales y mantener o reemplazar aquellas que son necesarias para sostener la vida (adecuada circulación, respiración, función renal, temperatura, etc.).

Dado que el personal está en constante seguimiento del paciente porque su estado podría cambiar en cualquier momento, la proximidad que se establece entre el

personal sanitario y el paciente es mucho más estrecha que en cualquier otro servicio y, por tanto exige una solución rápida y eficaz.

Promover el acceso a la formación continua es fundamental para el éxito.

Dada la importancia del trabajo que realizan, es imperativo que el TCAE se mantenga actualizado y sea reconocido como un miembro crucial del equipo de la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

El TCAE en la UCI pediátrica realiza las siguientes tareas:

- Colocar al paciente en la habitación designada.
- Observar cómo están actuando sus signos vitales.
- Cuidar la higiene del paciente, cambio de ropa, etc.
- Se informará al TCAE del estado del paciente y de cualquier consideración especial. antes de comenzar la higiene.
- Ajustes posturales a intervalos regulares.
- Es fundamental prestar atención a los síntomas de las úlceras por presión (UPP) cuando empiezan a aparecer.
- Proporcionar cuidado del cabello al paciente según sea necesario y una vez por semana.
- Limpiar el equipo que se utilizará con el paciente.
- Asegurar el suministro adecuado de los materiales requeridos.
- Explicar las políticas y comodidades a los familiares del paciente antes de su ingreso.
- Atender los requerimientos esenciales del paciente.
- Participar en todos los procedimientos con la enfermera y el médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos es fundamental. Es un profesional capacitado que puede brindar atención oportuna y segura.

Dado que mantiene al usuario en las mejores condiciones y se esfuerza en que su estancia sea lo más cómoda posible, se vuelve más humano con el paciente.

Para que los médicos y enfermeras comiencen a brindar atención de inmediato con su asistencia, la participación de los TCAE en la recepción de un paciente crítico está relacionada con la seguridad porque cuentan con todo el equipo necesario para comenzar de inmediato y pueden monitorear al paciente rápidamente. los cuidados requeridos.

Una de las principales competencias de las TCAE es la preparación de espacios asistenciales (BOX) para el ingreso en UCIP.

6 Bibliografía

1-[https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeriaunidad-cuidados-intensivospediatrica/#::text=La%20presencia%20del%](https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeriaunidad-cuidados-intensivospediatrica/#::text=La%20presencia%20del%20)

Capítulo 224

PACIENTES CON PROCESO DE CONVULSIÓN Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

1 Introducción

Cuando definimos una convulsión, podemos ponernos en esa situación y quedarnos paralizados porque nadie puede predecir si ocurrirá o no en un momento dado o cómo actuará. Las convulsiones suelen afectar a las personas a las que se les ha diagnosticado epilepsia. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha podido aprender sobre patología durante su formación de grado medio a través de estudios reglados de epilepsia en todas sus manifestaciones. Porque se encuentra entre los profesionales listos para actuar rápidamente hasta que se pueda brindar ayuda médica de emergencia.

Cuando comienza una convulsión, la capacidad del cerebro para funcionar correctamente se ve afectada, una actividad eléctrica repentina y anormal es lo que

hace que sucedan en la mente. Las personas a menudo asocian las convulsiones con sacudidas y movimientos rápidos, pero esto es incorrecto: las reacciones espasmódicas no siempre están presentes en las personas que tienen convulsiones. Es más difícil entender lo que te está pasando porque suelen durar entre 2 y 3 minutos. Dado que la epilepsia es un tema de nuestra revisión bibliográfica, podemos volver a definirla. Una convulsión puede ocurrir por varias razones, incluida la fiebre en los recién nacidos, una caída en los niveles de sodio o glucosa en la sangre y otros factores además de la epilepsia.

2 Objetivos

Explicar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería los diversos síntomas y signos de una convulsión y los pasos a llevar a cabo.

3 Metodología

Para desarrollar aún más este trabajo, como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada. Seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares de este tema, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

En cuanto a nuestra revisión de la literatura, pudimos observar y demostrar que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en caso de convulsión presenciada, puede actuar siempre que contenga el debido entrenamiento o conceptos de entrenamiento.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes de que se pueda hacer antes de que se observe una convulsión, sabiendo que es causada por epilepsia, Rigidez, caída del paciente desde su propia altura, caída de cualquier objeto, mueble, etc. son algunos de los síntomas y signos que se pueden observar y debe ser sacado porque podría dañar al paciente. Trate de aflojarse la ropa si le queda demasiado apretada y evite meterse nada en la boca. Para evitar que la integridad de la piel se dañe por las sacudidas repetidas, trate de ponerse algo debajo de la cabeza la cabeza, también conocida como occipital.

Para darle espacio y evitar que se formen otras lesiones, controlará y organizará

el círculo que se forma alrededor del paciente para que nadie se amontone demasiado cerca de él.

Para prevenir las cosas antes mencionadas mientras el paciente sufre una convulsión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería coordinará y orientará a los familiares del paciente. El paciente será tratado una vez que se haya determinado que las convulsiones han cesado.

Se le colocará en la posición de seguridad, también conocida como la posición Sims, si es posible, en caso de que vomite después de este ataque. Dado que su cuerpo aún está débil por la actividad eléctrica que produce el cerebro, esto evitara una aspiración bronquial.

Se sentirá débil, agotado y cansado cuando se despierte, pero estos síntomas son normales.

La situación sería más grave si la convulsión persistiera y perdiera el conocimiento. Revisaríamos su respiración y colocaríamos nuestras cabezas en su pecho mientras tomamos su pulso para determinar si realmente estaba teniendo una PCR o si solo era un shock. Si estaba en PCR, las compresiones torácicas comenzarían a menos que hubiera un DESA cerca y podríamos usarlo.

5 Discusión-Conclusión

Según nuestros hallazgos, está claro que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede beneficiar a los pacientes que experimentan epilepsia o convulsiones al guiarlos a través de los pasos adecuados y ayudar al personal médico según sea necesario y adecuado. Además, podemos ver que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería participan activamente en todas las actividades del centro de salud donde trabajan, lo que significa que tienen el conocimiento suficiente para reaccionar rápidamente en caso de una convulsión presenciada.

¿Qué medidas se deben tomar para tratar a este paciente lo antes posible?

Ser sistemático, rápido, dirigir las acciones para que no seas el único que brinde atención en caso de una convulsión y usar cualquier método que beneficie al paciente. Antes de todo esto, es fundamental entender que también se debe valorar la seguridad del técnico en cuidados auxiliares de enfermería porque no brindará atención si su propia vida está en peligro.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. <https://scholar.google.es/>

Capítulo 225

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES Y COMO EVITAR LOS ERITEMAS QUE PRODUCE EL PAÑAL A LOS PACIENTES

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

1 Introducción

El eritema o dermatitis de pañal, es una irritación común de la piel en el que aparecen áreas redondeadas de piel inflamada en la zona de los glúteos y zonas limítrofes al área genital. En ocasiones puede relacionarse con la ampliación del tiempo de exposición de la piel del bebé con el pañal húmedo, depende también del nivel de sensibilidad que el bebé posea en la piel.

El eritema de pañal o dermatitis se cura de manera simple con tratamientos fáciles de encontrar o de aplicar. Los principales síntomas que nos pueden inducir a pensar en un eritema son:

- Inflamación cutánea en zona de glúteos, muslos o zona genital.

- Picazón en dicha zona y sensibilidad cutánea.
- Irritación en la zona del pañal.
- Llanto, irritabilidad del bebé durante el cambio del pañal.

Pueden producirse casos en los que será esencial visitar al médico, los principales casos son:

- Cuando nos encontramos con un eritema, el cual produce episodios de fiebre.
- Cuando nos encontramos con una erupción que no es habitual.
- Cuando la erupción empeora o persiste en el tiempo después de haber aplicado el tratamiento oportuno.
- Cuando el eritema sangra, exuda o pica.
- Cuando el eritema produce quemazón e incluso dolor en el momento en el que el bebé orina o defeca.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo:

El principal objetivo de este trabajo es el de indicar las principales causas y métodos de prevención del eritema del pañal del recién nacido por un TCAE.

Como objetivo secundario:

Mostrar los cuidados a la madre para el cuidado de la piel del neonato.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica. Para ello se ha realizado búsquedas de información en diferentes páginas de ámbito científico en ciertas páginas como Scielo, Medigraphic, Medline o isiis.

Para la localización de dichas páginas se han utilizado buscadores como Pubmed, Cochrane o Google académico. También se han realizado búsquedas en libros de ámbito médico- científico relacionados con el tema.

Palabras claves: eritema, pañal, neonato, TCAE entre otras.

4 Resultados

Las principales causas que podemos encontrar por las que se producen los eritemas de pañal en el bebé pueden ser:

1. Excesiva expansión en el tiempo de un pañal húmedo o sucio: los bebés tienen la piel muy sensible, por lo que puede producirse sarpullidos en el caso de dejar

mucho tiempo los pañales mojados o sucios puestos. Este tipo de sarpullido se puede presentar si el bebé tiene deposiciones frecuentes o diarreas.

2. Por fricción o roce: La ropa muy ajustada o el propio pañal pueden producir roces en la piel del bebé y llegar a formar el sarpullido.

3. Por la aplicación de un producto nuevo: La sensibilidad en la piel del bebé puede reaccionar en el momento en el que realizamos un cambio en los productos de higiene o hidratación que se utilizan normalmente, como pueden ser toallitas, pañales, cremas, etc. Los ingredientes contenidos en los productos, tales como talcos o aceites podrían producir un empeoramiento del problema.

4. Por el desarrollo de una infección micótica: La parte de la piel que se encuentra recubierta por el pañal tiene más riesgo de tener una infección, ya al ser más cálida y húmeda la convierte en el entorno perfecto para que se produzca una proliferación de bacterias y hongos. Este tipo de sarpullido infeccioso se suele producir en las zonas de los pliegues cutáneos, observándose puntos de un tono escarlata distendidos por las proximidades de estos pliegues.

5. Por el cambio en la alimentación: En el momento en el que a los bebés se les comienza a introducir los alimentos sólidos, la consistencia de las heces cambia, esto hace que el eritema del pañal se produzca con mayor probabilidad. Esto se produce porque al realizar cambios en la alimentación, también se puede producir un incremento de la cantidad de veces que el bebé defeca, produciendo que pueda estar más tiempo con el pañal sucio. En el caso de los lactantes las diarreas se pueden producir por intolerancia a algún producto que haya comido la madre.

6. Por poseer una piel excesivamente sensible: Los bebés con la piel excesivamente sensible son más propensos a padecer este tipo de eritemas.

7. Por el uso excesivo de antibióticos: estos pueden desarrollar un sarpullido, ya que la ingesta de este fármaco hace que se elimine las bacterias que controlan la proliferación de los hongos. El uso de este medicamento también aumenta la posibilidad de padecer una diarrea.

En los lactantes, el hecho de que la madre ingiera este tipo de medicamento también puede producir un eritema en el bebé. Como podemos prevenir todas estas causas para evitar a nuestro bebé le salga un eritema del pañal:

- Los cambios de pañal se realizarán con frecuencia: desechar de manera inmediata a las deposiciones o las micciones en el pañal del bebé es una manera adecuada de prevenir este tipo de eritema. Los pañales desechables contienen una especie de celulosa absorbente que suele evitar que la humedad del pañal esté en contacto directo con la piel.
- Lava la zona de la piel en contacto con el pañal con agua tibia en cada cambio del mismo: El uso de toallitas húmedas también son ideales para la limpieza de la

piel de la zona del pañal, utilizadas con suavidad para evitar roces hacen que la limpieza de la zona resulte eficaz. Pero la mejor limpieza es la realizada con agua y jabón suave.

- Secar la piel de la zona comprometida con suaves golpecitos mediante toallas: Si frotamos la zona con la toalla de manera consistente lo que conseguiremos no es un mejor secado, sino un roce que sensibilice más la piel de nuestro bebé.
- Aplicando cremas o pomadas adaptadas para esa zona específica: La aplicación de manera frecuente de cremas, pomadas o ungüentos, hace disminuir la probabilidad de aparición de dermatitis. La vaselina o el óxido de cinc son sustancias de gran eficacia para la prevención o desaparición de dicha dermatitis.
- El ajuste adecuado del pañal: ajustar de manera adecuada el pañal evitando que le quede demasiado flojo o demasiado apretado es también una manera eficaz de evitar este tipo de eritemas, ya que tanto uno como otro puede producir roces en la piel que pueden llegar a desembocar en una dermatitis.
- Falta de pañal: Dejar la piel al aire libre es la mejor forma de hacer que esta se seque de manera natural evitando las rozaduras.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el eritema del pañal es un tipo de dermatitis que si no se controla de manera adecuada puede llegar a desembocar en una infección micótica que puede producir excesiva irritabilidad a nuestro bebé e incluso periodos de fiebre.

Por lo tanto, conocer las causas por las que se pueden desarrollar este tipo de dermatitis, así como conocer la forma de prevenirlas puede ser esencial para que el bebé pueda poseer una piel saludable en la zona del pañal. La principal prevención es la educación, por lo que es imprescindible que durante el embarazo la madre se informe a través de los TCAE, o que su matrona o ginecóloga el informe de todas estas medidas de prevención para evitar este tipo de dermatitis.

6 Bibliografía

1. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Moraga Llop FA, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Vol I. Barcelona: Esmon Publicidad SA; 2006.
2. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. BMJ. 2004;
3. Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos. Dermatología Pediátrica. Ed. Asociación

Española de Pediatría; 2007. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.

4. Monteagudo B, Labandeira J, León-Muiños E, Carballeira I, Corrales A, Cabanillas M, et al. Prevalencia de marcas de nacimiento y lesiones cutáneas transitorias en 1.000 recién nacidos españoles. *Actas Dermosifiliogr*. 2011

Capítulo 226

FUNCIONES DEL TCAE EN ESTERILIZACIÓN

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ROSA MONTERO NÚÑEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

1 Introducción

La esterilización es la destrucción de cualquier tipo de vida de microorganismos patógenos y no patógenos como los virus, bacterias y hongos, eliminándolos de objetos y superficies.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es una pieza clave con mucha relevancia en este servicio, ya que está encargado de realizar la esterilización de todo el material que ha sido usado y que de nuevo se reutilizara para el funcionamiento de todos los servicios del hospital, esta práctica de reciclaje ahorra muchísimo dinero a los hospitales por la reutilización de las herramientas esterilizadas

Este profesional sanitario tiene los conocimientos suficientes y la capacidad necesaria para el correcto control de los procedimientos de esterilización, utilizando los métodos y protocolos de manera exhaustiva para la buena praxis y que de

esta manera la esterilización sea exitosa y sin riesgos para los pacientes con los que se utilizaran.

Este proceso es de vital importancia para la salud del paciente ,ya que utilizar esta practica correctamente deja al paciente al margen de contraer infecciones nosocomiales tan peligrosas en algunos casos por la patologia del paciente ,ademas del ahorro economico y el ahorro del sufrimiento del paciente .

Esta practica se realiza dentro de un area preparada para dicha función que se divide a su vez en area de recepción,preparacion,esterilizacion y entrega del material.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en el servicio de esterilización y el reconocimiento al objetivo de la destrucción de microorganismos, haciendo entender la importancia de esta práctica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un área de esterilización está compuesta de tres zonas atendidas por técnicos auxiliares de enfermería, una de sucio, otra de limpio y otra estéril.

A la zona de sucio llega material de todas las plantas y areas del hospital ,este area esta conectada con el exterior para flexibilizar la recogida del material la TCAE cuando recibe el material , lo limpia, lo desinfecta, lo seca y lo clasifica ,una vez terminado este proceso el material pasa a la zona limpia.

En la zona de limpio, el TCAE se encarga de preparar los paquetes de material, este acto está sujeto a un protocolo bien definido donde se introducen dentro y se pegan fuera de cada paquete chivatos de controles físicos, biológicos y químicos,

que nos indicaran una vez terminado el proceso si la esterilización es correcta, a continuación clasificará los paquetes para seleccionar el método de esterilización, una vez acaba esta práctica el TCAE usará una ventana para entrega de material y un montacargas para envío de material con más volumen a quirófano, UCI etc.

En la zona de esterilización se encuentra la maquinaria encargada de esterilizar los paquetes o bolsas ,hay dos formas de esterilización ,con metodos fisicos o metodos químicos.

Los metodos fisicos son el flameado ,horno pasteur o estufa poupinel, autoclave de formaldehído, autoclave de vapor ,filtros microporosos, radiaciones ionizantes.

Metodos químicos oxido de etileno, glutaraldehido ,formaldehído, acido paracetico.

Las mas usadas son el autoclave de vapor que mediante un metodo fisico de vapor se calienta a 135°C (7-10) minutos este es un programa para caucho o a 120°C (20) minutos a esta temperatura se esterilizan textiles, instrumental y contenedores

El autoclave de formaldehído para la esterilización en frio.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de cualquier centro hospitalario es necesario el área de esterilización por la importancia que tiene la función que se lleva a cabo dentro, la esterilización elimina destruyendo toda forma de vida perjudicial para todo individuo con alguna patología que se encuentre ingresado en un hospital o vaya a buscar terapia a este centro, ya que este método de tratamiento no pondrá en riesgo la salud del individuo, sino que, por el contrario, la atención que reciba es más segura estando libre de infecciones nosocomiales por uso de material esterilizado.

Hay que recordar que cualquier material limpio no es estéril, por el contrario, todo el material estéril está limpio.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 227

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ADULTOS

MONTSE FERNANDEZ

1 Introducción

El sueño es una función básica en el ser humano (y también en los animales) que permite restaurar las funciones físicas y psíquicas, y nos permite la supervivencia.

Durante el sueño se genera un estado de conciencia en el que se puede llegar a tener una actitud cerebral tan intensa como en la vigilia. El patrón de sueño no es uniforme, sino que se compone de varias fases, clasificadas en dos grupos:

1. Sueño NREM o noREM (REM del inglés rapid eye movement) que a su vez consta de 4 fases:

1.1 Fase I. Adormecimiento. Es la transición entre la vigilia y el sueño. Dura unos 10 minutos.

1.2 Fase II. Sueño ligero. El ritmo cardíaco y respiratorio comienzan a disminuir. El cerebro también sufre cambios de calma y alta actividad. En esta fase, se puede experimentar, a veces, una contracción muscular repentina llamada “espasmo mioclónico” (como una sensación de caerse).

1.3 Fase III. Es la fase de transición hacia el sueño profundo. Dura apenas unos minutos.

1.4 Fase IV. Sueño Delta. También llamado Sueño Profundo. Las ondas cerebrales son más lentas y amplias. Lo mismo ocurre con el ritmo cardíaco y respiratorio. Esta fase tiene una función relacionada con la reparación de los tejidos corporales y recuperación de la energía. Funciones como:

- Liberación de hormonas de crecimiento.
- Apoyo al sistema inmunitario.
- Reparación de tejidos, etc.

Es la fase más importante de todas, ya que va a determinar la calidad del descanso.

2. Sueño REM:

Aquí es cuando soñamos. En esta fase, el cerebro tiene mucha actividad; además bloquea las neuronas motrices, de manera que no nos podamos mover mientras soñamos.

La respiración, el ritmo cardíaco y la presión arterial van más rápido y se produce un movimiento activo de los globos oculares

Se considera que el sueño Rem es el responsable del aprendizaje, el pensamiento y la organización de la información, de forma que es cuando se logra asentar las bases de nuestra maduración, evolución cognitiva, sensorial y también emocional.

En esta fase, captamos gran cantidad de información de nuestro entorno. Se asemeja a la vigilia. Por eso es más fácil despertarse en esa fase. Representa el 25% del ciclo total de sueño.

Cada ciclo de sueño, es decir, las 4 fases de sueño NREM y el sueño REM, suelen durar entre 80-100 minutos. Cada noche solemos tener de 4 a 6 ciclos. Es posible despertar entre un ciclo y otro.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer los trastornos del sueño, las causas que los producen y su prevalencia en la población.

Objetivo secundario:

Determinar las consecuencias de los trastornos del sueño en el ser humano y como influyen en la calidad de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para facilitar y comprender el estudio de los trastornos del sueño, existe una Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño ICSD-2, en la cual se agrupan los trastornos por sus síntomas:

1. Insomnio:

En el trastorno más frecuente en la población. Consiste en tener dificultades para iniciar el sueño, mantenerse dormido o lograr tener un sueño reparador. Dentro del insomnio hay varios tipos como son:

- 1.1. Insomnio agudo.
- 1.2. Insomnio psicofisiológico.
- 1.3. Insomnio paradójico.
- 1.4. Insomnio idiopático.
- 1.5. Insomnio debido a trastornos mentales.
- 1.6. Insomnio por falta de higiene del sueño causado por fármacos o tóxicos, causado por una enfermedad orgánica o por otra alteración orgánica.

2. Trastornos respiratorios:

- 2.1. Apnea central primaria.
- 2.2. Patrón respiratorio de Cheyne-Stokes.
- 2.3. Síndrome apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- 2.4. Hipoventilación alveolar central.
- 2.5. Hipoventilación alveolar central congénita.

3. Hipersomnias:

- 3.1. Narcolepsia.
- 3.2. Alteraciones del ritmo circadiano.
- 3.3. Jet lag o alteración del sueño por viajes.
- 3.4. Alteración del trabajador nocturno.

4. Parasomnias:

- 4.1. Despertar confusional.
- 4.2. Sonambulismo.
- 4.3. Terrores nocturnos.
- 4.4. Pesadillas.

4.5. Trastornos de conducta del sueño REM.

5. Movimientos anormales relacionados con el sueño:

5.1. Síndrome de las piernas inquietas.

5.2. Calambres nocturnos.

5.3. Bruxismo.

6. Síntomas aislados:

6.1. Ronquidos.

6.2. Somniloquias.

6.3. Mioclonías del sueño.

Según las actuales investigaciones, el sueño es regulado por distintas sustancias y neurotransmisores cerebrales, tanto estimulantes (dopamina, norepinefrina, histamina...), inhibidores (adenosina, glicina...) como reguladores (acetilcolina, serotonina, melatonina).

Se ha comprobado que el sueño cumple importantes funciones:

- Restablecimiento de la energía.
- Eliminación de los radicales libres generados durante el día.
- Regulación en el equilibrio de las hormonas.
- Regulación térmica, metabólica y endocrina.
- Protección contra enfermedades, ya que se regenera y regula el sistema inmunitario.
- Consolidación de la memoria. Durante la fase REM, el cerebro procesa nueva información, la almacena y también gestiona la información guardada.
- También se sabe que el sueño cumple variadas funciones dependiendo de la edad: los recién nacidos necesitan dormir entre 16-18 horas al día. Con el paso del tiempo van disminuyendo las horas de sueño. En la edad adulta unas 8 horas de media, y en la vejez unas 6 horas.
- El periodo de sueño que transcurre en la fase REM es más amplio en los niños. Y se va reduciendo con el paso de los años. Recordemos que en esa fase, se consolida la memoria, y todos los conocimientos aprendidos.

La falta de sueño puede afectar seriamente a nuestro cuerpo; afecta directamente al sistema inmunitario, y constituye un factor de riesgo para la aparición de otras patologías.

La privación de sueño puede causar variadas alteraciones como:

- Fatiga o sensación de malestar general.

- Tensión muscular, cefalea, preocupaciones, obsesión o miedos.
- Dificultad para la atención, concentración y memoria.
- Alteraciones del ánimo y la motivación.
- Reducción de las funciones cognitivas.
- Cambios en el rendimiento escolar o laboral.
- Más riesgo de cometer errores en el trabajo, conducción de vehículos u otro tipo de accidentes.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Aparición de enfermedades cardíacas, obesidad, diabetes tipo II, presión arterial alta, entre otras.

Cuando la privación del sueño es temporal o parcial, el organismo tratará de conservar su equilibrio intentando recuperarlo. A medida que la privación se alarga en el tiempo, se produce un desequilibrio físico y mental.

De todos los trastornos del sueño, el más frecuente en la población en general, es el insomnio, seguido de la apnea del sueño y síndrome de piernas inquietas. Se estima que el insomnio tiene una prevalencia entre el 20 y 30%, siendo más común en mujeres, viudos y divorciados, jubilados y desempleados.

La Sociedad Mundial del Sueño estima que los trastornos del sueño amenazan la salud y calidad de vida de hasta un 45% de la población mundial. Las medidas terapéuticas más utilizadas son la higiene del sueño y las benzodiacepinas. Las terapias cognitivo-conductuales son poco habituales.

Los tres elementos de un sueño de buena calidad son:

- Duración del sueño: debe ser el suficiente para que la persona esté descansada y en alerta al día siguiente.
- Continuidad: los periodos del sueño deben ser sin interrupciones,
- Profundidad: que el sueño sea lo suficientemente profundo para que resulte reparador.

Los horarios estables al dormir y despertar, están relacionados con una mejor calidad de sueño. La sobreexposición a la luz artificial por la noche y en especial a los dispositivos electrónicos, perjudican el sueño.

5 Discusión-Conclusión

Desde hace bastantes décadas, el ritmo de la vida moderna, los cambios en la conducta, los hábitos, la alimentación, etc., han influido negativamente en la calidad

del sueño. La mayoría de los estudios coinciden en que existe un aumento a nivel mundial en la incidencia y prevalencia de los trastornos del sueño.

Y resulta también muy preocupante el aumento de la incidencia en la población joven, que además de sus exigencias académicas, el uso continuo de dispositivos electrónicos está alterando la duración y calidad del sueño.

Los trastornos del sueño suelen ser la mayoría de las veces un síntoma, pero a su vez, son un factor de riesgo importante para un gran número de enfermedades, sobre todo metabólicas, cardiovasculares y emocionales. Es importante que el paciente se someta a un estudio completo para determinar las causas.

En todos los casos, y también como prevención, es necesario una mayor promoción entre la población, de consejos sobre hábitos higiénicos y rutinas, así como de las diversas alternativas terapéuticas que han demostrado ser muy efectivas para mejorar la calidad del sueño.

6 Bibliografía

1. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española del sueño. Revista de neurología. Vol. 63-ISSN 0210-001. Octubre 2016.
2. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Revista de Neuropsiquiatría. Versión impresa ISSN 0034-85 97.
3. Clasificación de los trastornos del sueño. J. Gallego Pérez-Larraya. I. B. Toledo, E. Urrestarazo, I. Iriarte. Unidad del sueño. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 228

TRISOMÍA 13 EN EL RECIÉN NACIDO:EL SÍNDROME DE PATAU

LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA

NÉRIDA JOSEFINA ZAMBRANO PIÑANGO

GLORIA FERNÁNDEZ MATE

GISSELA CORNEJO EGOAVIL

MARIS DANIA MONTERO MONTERO

1 Introducción

La trisomía 13, científicamente conocida como síndrome de Patau, es una anomalía genética que surge debido a la presencia de una copia adicional completa o parcial del cromosoma 13, en contraste con los dos cromosomas 13 normales. Esta condición aneuploide es sumamente rara, afectando aproximadamente a 1 de cada 16.000 nacidos vivos, lo que la convierte en una de las trisomías menos comunes observadas en la población humana (Peralta et al., 2019).

Este trastorno genético fue inicialmente identificado por el científico Klaus Patau en 1960, de ahí su nombre. A nivel cromosómico, la trisomía 13 se clasifica como una trisomía autosómica, lo que significa que involucra un cromosoma no sexual (Curda et al., 2019). A pesar de los avances notables en la medicina y la genética, el síndrome de Patau sigue siendo una de las trisomías más devastadoras conocidas, con un pronóstico sombrío y una tasa significativamente alta de mortalidad, particularmente durante el primer año de vida.

Los recién nacidos con trisomía 13 presentan una amplia gama de malformaciones congénitas que afectan múltiples sistemas orgánicos. Entre estas malformaciones, se destacan las que afectan el sistema nervioso central, como la microcefalia, que se caracteriza por un cráneo más pequeño de lo normal, y la holoprosencefalia, una malformación que resulta en la falta de desarrollo de las estructuras cerebrales. Además, el síndrome de Patau a menudo se asocia con malformaciones en el sistema cardiovascular, como defectos cardíacos congénitos que pueden variar en su gravedad.

El tracto gastrointestinal también se ve afectado, con la aparición de labio leporino y paladar hendido, lo que implica la falta de fusión adecuada de los tejidos orales durante el desarrollo embrionario. Otra característica común es la polidactilia, que se manifiesta con la presencia de dedos adicionales en las extremidades. Además, los pacientes pueden presentar hernias umbilicales y un marcado retraso del crecimiento intrauterino, lo que resulta en un tamaño corporal inferior al esperado para su edad gestacional (Cortés., 2021).

La heterogeneidad de las anomalías clínicas en el síndrome de Patau hace que el diagnóstico temprano y preciso sea un desafío. Sin embargo, las técnicas de diagnóstico actuales incluyen el análisis genético prenatal, como la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coriónicas, que permiten la detección de anomalías cromosómicas antes del nacimiento. Además, las pruebas de imagen, como la ecografía prenatal de alta resolución, también pueden proporcionar indicios de la presencia de estas malformaciones.

En términos de manejo terapéutico, es importante destacar que no existe una cura para la trisomía 13. El tratamiento se enfoca en proporcionar cuidados de apoyo y paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El equipo médico debe abordar las necesidades individuales de cada paciente, que pueden incluir cirugías correctivas para abordar malformaciones graves o intervenciones médicas para tratar complicaciones asociadas.

2 Objetivos

El objetivo de este texto consiste en:

- Brindar una revisión detallada sobre esta trisomía, incluyendo las manifestaciones clínicas, las técnicas de diagnóstico utilizadas y las perspectivas actuales en cuanto a su manejo terapéutico.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica sobre la trisomía 13 en el recién nacido, se ha llevado a cabo una minuciosa investigación y búsqueda de diversos trabajos científicos relacionados con el tema. Para este propósito, se han utilizado reconocidas bases de datos científicas, en concreto, Scielo y PubMed.

Los criterios de inclusión que aplicados se han enfocado en seleccionar artículos publicados desde el año 2017 hasta la fecha actual y escritos en idioma castellano. Esto ha permitido obtener información actualizada y relevante para nuestra investigación. A su vez, hemos excluido aquellos trabajos que no se ajustaban a estos criterios. Como palabras clave (o key words) se han usado las siguientes: trisomía 13, recién nacido, síndrome de Patau.

4 Resultados

El diagnóstico de la trisomía 13 en un recién nacido implica una serie de enfoques clínicos y pruebas genéticas de alta precisión. Durante el período prenatal, es posible realizar un diagnóstico temprano a través del análisis del ADN fetal en muestras de líquido amniótico o de vellosidades coriónicas. Estas técnicas, conocidas como amniocentesis y biopsia de vellosidades coriónicas, permiten la detección de anomalías cromosómicas, incluyendo la trisomía 13, ofreciendo a los padres la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre la gestión de la condición.

Una vez que el bebé ha nacido, el diagnóstico se confirma mediante un análisis de cariotipo. Esto implica la obtención de una muestra de sangre periférica, que se somete a un proceso de cultivo celular y análisis cromosómico. En este procedimiento, se examinan los cromosomas en busca de la presencia de tres copias completas o parciales del cromosoma 13 (Peralta et al., 2019).

Además de las pruebas genéticas, las técnicas de imagen desempeñan un papel importante en la identificación de malformaciones congénitas asociadas con el síndrome de Patau. La ecografía y la resonancia magnética son herramientas valiosas para visualizar y evaluar las estructuras anatómicas del feto o del recién nacido (Cortés., 2021). Estas imágenes pueden revelar defectos cardíacos, anomalías en el sistema nervioso central, deformidades faciales, y otras malformaciones, lo que contribuye a un diagnóstico más completo y preciso.

La confirmación del diagnóstico de trisomía 13 permite a los profesionales de la salud y a los padres tomar decisiones informadas sobre la gestión de la condición. Desafortunadamente, no existe una cura para esta trisomía, y el enfoque

terapéutico actual se centra en la atención paliativa y de apoyo. El pronóstico para los neonatos afectados sigue siendo reservado debido a la gravedad de las malformaciones congénitas y las complicaciones médicas asociadas (Peralta et al., 2019).

En casos de gravedad extrema, puede ser necesario recurrir a cirugías correctivas para abordar anomalías cardíacas y gastrointestinales que pueden poner en peligro la vida del paciente. Además, las terapias de fisioterapia y ocupacional pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de vida y ayudar a prevenir complicaciones secundarias. Sin embargo, es crucial que la decisión de emprender intervenciones médicas agresivas sea altamente individualizada, teniendo en cuenta la opinión de los padres y el bienestar global del paciente (Cortés., 2021).

En última instancia, el enfoque integral para el diagnóstico y manejo de la trisomía 13 requiere la colaboración de un equipo médico multidisciplinario y una atención centrada en el paciente y su familia.

5 Discusión-Conclusión

La trisomía 13 o síndrome de Patau es una condición genética compleja que presenta un conjunto diverso de malformaciones congénitas. El diagnóstico temprano y preciso es fundamental para proporcionar una atención médica adecuada y ofrecer el apoyo necesario a los padres y/o cuidadores del niño.

Los cuidados paliativos y la atención centrada en el paciente deben ser una prioridad para garantizar que los recién nacidos con esta patología reciban el máximo confort y cuidado posible.

A pesar de las limitaciones terapéuticas actuales, la investigación en genética y medicina prenatal continúa avanzando, y se espera que en el futuro se puedan desarrollar terapias más efectivas y opciones de manejo para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta trisomía.

6 Bibliografía

1. Cammarata-Scalisi, F., Araque, D., Ramírez, R., Guaran, L., & Silva, G. D. (2019). Mosaicismo de trisomía 13. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 76(5), 246-250.
2. Cortés, F. (2021). Evaluación genética en el recién nacido grave o con patología no precisada. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(6), 714-722.
3. CuidatePlus, R. (2017). Síndrome de Patau. CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/geneticas/sindrome-de-patau.html>

4. Curda, C. G., Diaz, M., Guerrero, L. D., García, M., De Freitas, A., Torrealba, V., & Santiago, M. (2019). Utilidad del diagnóstico prenatal precoz en el estudio de la cromosomopatía: trisomía 13 o Síndrome de Patau. *Salus*, 23(3), 35-40.
5. Cronuts. (2022). Síndrome de Patau. Ambar Lab. <https://ambar-lab.com/sindrome-de-patau/>
6. Del Área De, R. M. G. (2022, 3 febrero). El síndrome de Patau: ¿Qué es y cómo se detecta? - Genotipia. Genotipia. <https://genotipia.com/sindrome-de-patau/>
7. Facultad de Medicina. (2017, February 22). Síndrome de Patau - Facultad de Medicina. Facultad De Medicina. <https://medicina.ufm.edu/eponimo/sindrome-de-patau/>
8. Llamasa Rodríguez, O., Izquierdo Roque, A. I., & Chacón Utria, E. (2017). Trisomía parcial del cromosoma 13: presentación de un caso. *Gaceta Medica Espirituana*, 19(1), 73-79.
9. Peralta, F. D. A., Ríos, E. G., Asmat, C. C., Figueroa, A. L., Espinola-Sánchez, M., Vela, A. R., ... & Reyes, M. (2019). Factores asociados a malformaciones congénitas. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(4), 30-40.
10. Síndrome de Patau: causas y detección en el embarazo - NACE®. (2022, April 5). NACE®. <https://nace.igenomix.es/blog/sindrome-de-patau/>

Capítulo 229

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

1 Introducción

Después del fallecimiento de un paciente en un hospital, se proporciona atención post mortem. El personal médico es el encargado de identificar el cadáver una vez fallecido el paciente y emitir el correspondiente certificado de defunción. Luego se debe iniciar la atención correspondiente al paciente fallecido. Es responsabilidad del personal médico notificar e informar a los familiares de lo ocurrido.

El cuerpo del paciente fallecido debe ser manejado con el máximo respeto, silencio y discreción, como si todavía estuviera vivo. Antes de que se desarrolle el rigor mortis, se deben administrar los cuidados, ya que sería muy difícil administrar los cuidados correctamente una vez que ya se haya desarrollado.

Si la familia del paciente requiere tiempo adicional con el fallecido, se le debe brindar. Si es así, conviene preparar la habitación antes de entrar en ella, tanto a nivel de organización como de colocación. Luego, la familia debe desalojar la habitación para que se puedan administrar cuidados post-mortem al difunto para que esté presentable.

Se dice que una persona ha fallecido cuando todos los procesos esenciales de su cuerpo se detienen total e irrevocablemente. Es importante estar atento a las señales tempranas y tardías de muerte cuando hay motivos para sospechar que alguien ha fallecido.

2 Objetivos

- Describir a un paciente fallecido los objetivos de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Conocer las etapas e indicadores de la muerte.

3 Metodología

Este capítulo fue escrito luego de realizar una revisión bibliográfica de bases de datos científicas que contienen artículos sobre la efectividad de los técnicos de enfermería post mortem. Las bases de datos consultadas incluyeron Scielo, PubMed, Medline y referencias en guías de atención clínica pertinentes.

4 Resultados

El profesor Gisbert Calabuig categorizó las etapas de una muerte de la siguiente manera:

- Primera Fase, Muerte Aparente: La persona sigue viva, pero sus órganos se van deteriorando y la respiración, los latidos del corazón y otros signos vitales se detienen paulatinamente.
- Segunda fase, muerte relativa: durante esta etapa de dolor intenso, los sistemas neurológico, respiratorio y circulatorio están gravemente comprometidos, pero aún se pueden utilizar técnicas de reanimación.

La actividad biológica de los órganos y tejidos disminuye gradual e irreversiblemente en la tercera fase de la muerte, la metafase, momento en el que no se puede aplicar la reanimación.

La muerte absoluta, o cuarta fase, es el cese completo de toda actividad biológica dentro del organismo.

El médico deberá certificar el fallecimiento del paciente; para ello solicitará un electrocardiograma, y cuando arroje resultados planos en cuanto a la actividad biológica del paciente, será el momento en que firmará el certificado de defunción.

El médico será quien notificará a la familia el fallecimiento y proporcionará detalles del mismo, incluyendo la fecha, hora y causa de muerte, así como la orden de traslado del paciente fallecido.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) junto a los enfermeros y los celadores, preparan al paciente fallecido; le retirarán drenajes, sondas, vías, catéteres, etc. Con el máximo respeto lo limpiarán e higienizarán antes de envolverlo en una sábana y posteriormente en un sudario, dejando el rostro limpio. Una vez que todo esté listo, los familiares podrán entrar para despedirse en privado. Todos los miembros del personal deben ofrecer apoyo emocional a los familiares del fallecido, respetando al mismo tiempo sus creencias religiosas y culturales. Se despedirán mutuamente, después de lo cual se sellará y cubrirá el sudario.

5 Discusión-Conclusión

La muerte siempre debe ser certificada y firmada por un facultativo hasta la parada definitiva del corazón. La muerte es la desaparición de todos los signos de vida, la interrupción de la circulación sanguínea y del transporte de nutrientes, el cese de la función respiratoria y el cese de funcionamiento de los órganos. El cuerpo será preparado por el personal de enfermería, los TCAE y los cuidadores, quienes actuarán siempre con el máximo respeto. Además, deben simpatizar y apoyar a los familiares en duelo, explicándoles los procedimientos de la funeraria y brindándoles la asistencia que necesiten, honrando al mismo tiempo su sufrimiento y sus convicciones religiosas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 230

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO ANTE EL PACIENTE EPILÉPTICO

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

1 Introducción

Las convulsiones recurrentes son un síntoma de la epilepsia, también conocida como trastorno convulsivo. La epilepsia se presenta en una variedad de formas. En algunos casos se desconoce la causa raíz. Se desconocen las causas de otros. Personas de todos los sexos, razas, etnias y edades padecen epilepsia. Existe una amplia gama de síntomas de convulsiones. Dependiendo de la convulsión, algunas personas pueden perder o no el conocimiento. Algunas personas pueden seguir mirando fijamente durante unos segundos. Otros pueden hacer movimientos repetitivos de brazos o piernas. Convulsiones o espasmos son los términos utilizados para describir estos movimientos.

Este capítulo establece pautas fundamentales para los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería que tratan con pacientes que padecen epilepsia, crisis epilépticas o estado epiléptico.

Primero debemos hacer una distinción entre estatus epiléptico, convulsiones y epilepsia.

Cuando un paciente experimenta dos o más convulsiones, se envían señales del tejido cerebral alterado al cerebro, lo que provoca la enfermedad crónica conocida como epilepsia. Los pacientes con accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, traumatismo craneoencefálico, infecciones cerebrales, fenilcetonuria y tumores cerebrales tienen más probabilidades de sufrir epilepsia.

La activación inusual de las neuronas cerebrales durante las convulsiones produce contracciones musculares involuntarias.

Una convulsión parcial ocurre cuando solo un área del cuerpo se contrae y una convulsión generalizada ocurre cuando todos los músculos del cuerpo se contraen.

El estado epiléptico se caracteriza por ataques epilépticos, ataques que duran más de cinco minutos o ataques que terminan con un minuto de diferencia entre sí.

2 Objetivos

- Establecer pautas fundamentales de conducta para los pacientes que experimentan estado epiléptico, crisis convulsivas o epilepsia y el protocolo a seguir por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Inconsciencia completa o alterada, temblores incontrolados de las extremidades, labios morados, morderse la lengua, espuma en la boca, pérdida del control de

los esfínteres, sudoración y taquicardia, como presión arterial alta, son signos de que el paciente está sufriendo una convulsión. .

Recomendaciones generales para el tratamiento de pacientes con riesgo de sufrir convulsiones en clínicas u hospitales:

- Evitar que se produzcan daños sin ningún tipo de inmovilización.
- Para evitar la aspiración hacia los bronquios, colocarlo en decúbito lateral (derecho o izquierdo).
- Se eliminan los objetos extraños alojados en las vías respiratorias, así como las dentaduras postizas y los dispositivos dentales removibles.
- Para mantener abiertas las vías respiratorias, se inserta una aguja de Guedel o un tubo de Mayo. Si el paciente tiene contracciones en la mandíbula, no se recomienda esto.
- Se realizan un seguimiento de los signos vitales y de la saturación de oxígeno.
- La administración de oxígeno.

El análisis de azúcar en sangre está en marcha.

Llame al 112 o al servicio de emergencia local para obtener instrucciones generales sobre cómo tratar a los pacientes con accidente cerebrovascular que no han estado en un hospital o centro de salud.

- Indique la ubicación de la persona y que está sufriendo una convulsión.
- Trate de evitar lastimarlo mientras lo mantiene inmóvil.
- Para evitar la aspiración hacia los bronquios, coloque al paciente en decúbito lateral (derecho o izquierdo).
- Se retiran objetos extraños en las vías respiratorias, aparatos dentales removibles y dentaduras postizas.
- Esperando asistencia médica.

Las siguientes son las pautas fundamentales de los protocolos o procedimientos de conducta para pacientes con estado epiléptico fuera del sistema de salud:

- Asegúrese de que el sistema respiratorio reciba suficiente oxígeno.
- Si es posible, administrar oxígeno.
- Llamar al servicio de urgencias del hospital más cercano para trasladar al paciente en caso de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que alrededor del 10% de la población tiene epilepsia, los técnicos en cuidados de enfermería tienen más probabilidades de entrar en contacto con pacientes que sufren convulsiones o que se encuentran en estado epiléptico en su práctica médica habitual, así como con el público en general.

Esta es una regla general de conducta que es importante comprender para los pacientes que experimentan convulsiones dentro de un centro de atención médica, los pacientes que experimentan convulsiones fuera de un centro de atención médica y los pacientes que experimentan estado epiléptico fuera de un centro de atención médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS COMPETENCIAS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL.

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

1 Introducción

Tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, la insuficiencia renal, una afección caracterizada por una disminución progresiva de la función renal, presenta desafíos especiales. El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) en esta situación es fundamental para garantizar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. Con un enfoque particular en la diálisis y la atención única que estos pacientes requieren, este documento explora las competencias centrales de la TCAE en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal.

La monitorización de los signos vitales y el apoyo emocional son solo algunas de las funciones que realiza TCAE en este campo. La capacidad de brindar una atención excepcional requiere una combinación de experiencia técnica, atención al detalle, empatía y paciencia. La diálisis es uno de los tratamientos más populares para pacientes con insuficiencia renal avanzada porque filtra y limpia la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo. Al ser responsable de preparar al paciente para el tratamiento, supervisar el procedimiento y manejar cualquier posible complicación, el papel del TCAE en este proceso es crucial.

El TCAE debe poseer competencias particulares para gestionar las diversas facetas de la atención a pacientes con insuficiencia renal, además de la diálisis. Esto incluye administrar medicamentos, controlar el dolor, mantener una dieta saludable, evitar infecciones y educar al paciente y su familia.

El propósito de este ensayo es aclarar los deberes y competencias fundamentales de los TCAE en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal. Al hacer esto, esperamos fomentar una mejor comprensión y respeto por la importante función que desempeñan estas personas en la industria de la salud. Además, esperamos apoyar la educación continua y el crecimiento profesional de TCAE para que puedan ofrecer a los pacientes con insuficiencia renal la mejor atención posible.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el enfermo renal.

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 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 tratamiento y la atención de pacientes con insuficiencia renal dependen en gran medida de los TCAE. Las responsabilidades de la TCAE en esta situación son amplias y van desde ayudar a los

La preparación y asistencia con el proceso de diálisis es una de las principales responsabilidades del TCAE. Este puesto implica una meticulosa planificación previa al tratamiento, garantizando que el aparato de diálisis esté en óptimas condiciones de funcionamiento y que los pacientes estén mental y físicamente preparados para el procedimiento. El TCAE vigila de cerca al paciente durante la diálisis, observa cualquier cambio en los signos vitales del paciente y alerta al personal médico sobre cualquier anomalía. Para este puesto se requiere un conocimiento profundo de la fisiología renal, una comprensión del procedimiento de diálisis y dominio del equipo médico.

La administración de medicamentos es otra tarea crucial que realiza TCAE en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal. Para tratar sus síntomas y evitar complicaciones, los pacientes suelen necesitar una variedad de medicamentos. El TCAE debe comprender a fondo estos medicamentos, incluidos sus usos, dosis, efectos secundarios y posibles interacciones. Para administrar medicamentos de manera segura y eficiente, debe tener este conocimiento.

Otro papel crucial de los TCAE es el manejo del dolor. Como resultado de su condición, los pacientes con insuficiencia renal frecuentemente sienten dolor. Según las recomendaciones del equipo médico, el TCAE debe poder evaluar con precisión el dolor y realizar intervenciones para aliviarlo.

Otro aspecto crucial de la atención de estos pacientes es la nutrición. Los TCAE deben comprender las necesidades dietéticas particulares de los pacientes con insuficiencia renal. Gracias a este conocimiento, pueden asesorar a los pacientes sobre la dieta, preparar comidas adecuadas y garantizar que los pacientes mantengan su estado nutricional ideal.

La prevención de infecciones es otra función de las TCAE. Debido a su enfermedad y su régimen de diálisis, los pacientes con insuficiencia renal pueden ser más propensos a sufrir infecciones. Para que TCAE garantice un ambiente limpio y seguro para los pacientes, la capacitación en medidas de control de infecciones es esencial.

Por último, pero no menos importante, la TCAE es vital para educar al paciente y su familia. El TCAE debe explicar completamente la condición del paciente, el tratamiento de diálisis y los procedimientos de atención en el hogar.

Para este puesto se necesita una sólida comprensión de la condición del paciente, así como una gran capacidad de comunicación. En el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal, la TCAE tiene responsabilidades importantes y específi-

cas. Para brindar atención de alta calidad y mejorar la vida de los pacientes, su educación y capacitación son cruciales.

5 Discusión-Conclusión

Con funciones que van desde la educación del paciente y el control de infecciones hasta la preparación y el manejo de la diálisis, el TCAE es esencial para la atención médica de los pacientes con insuficiencia renal. Su competencia en estos campos influye en gran medida en su capacidad para brindar atención de alta calidad, lo que subraya la importancia de la capacitación especializada continua. A pesar de ser distintos entre sí, cada una de estas funciones es crucial para preservar la salud y el bienestar de los pacientes. Para los pacientes con insuficiencia renal, el trabajo de los TCAE ayuda a acelerar el proceso de curación, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida. Para afrontar los desafíos que plantea la atención a estos pacientes y contribuir significativamente a su atención, los TCAE deben continuar concentrarse en el desarrollo de estas competencias clave.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 232

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARITORIOS

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

1 Introducción

Una unidad en un hospital donde se brindan atención especializada y planes, protocolos y procedimientos de atención como componentes para garantizar que la atención de enfermería sea efectiva es la unidad de sala de partos.

La instalación cuenta con las herramientas clínicas y tecnológicas necesarias para este tipo de atención.

Además, se requiere un personal médico altamente capacitado y especialmente capacitado para atender a las mujeres embarazadas hasta el nacimiento del niño, ya que la maternidad implica el desarrollo de una serie de habilidades no esenciales es innato, por lo que es necesario enseñarle cómo cuidar de uno mismo y del recién nacido.

El obstetra, quien es el médico encargado de supervisar todo el procedimiento y asegurarse de que no haya complicaciones, es uno de los profesionales médicos que trabajan en dicha unidad.

La principal fuente de información en la sala de partos es la matrona. Ella es una enfermera que lo apoya durante todo el procedimiento. Al realizar controles vaginales y vigilar al bebé, es ella quien gestiona la progresión del parto, si es necesario, ofrece un goteo. Ella es la cuidadora principal en un parto típico, y el médico actúa como asesor. La partera ofrece orientación posparto sobre inquietudes sobre la lactancia materna y el cuidado del recién nacido.

Además, la función de la Técnica en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) es la de apoyar al médico y a la matrona. Adicionalmente, debe tratar de facilitar la experiencia de la parturienta durante todo el proceso del parto, ayudándola en lo que pueda y explicándole todo lo que pasará.

Para garantizar que la futura madre se sienta suficientemente acompañada, cuidada, inspirada y respetada, es fundamental que todos los miembros del personal posean la capacidad humana necesaria.

2 Objetivos

-Explicar y mostrar los roles de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de paritorio 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

Las funciones del TCAE en la sala de partos son muy comparables a las de un asistente de enfermería en un quirófano, incluido mantener la limpieza del espacio, esterilizar el equipo requerido y asegurarse de que esté preparado para su uso tan pronto como esté disponible requerir.

Debe estar completamente familiarizada con los nombres y funciones de esta categoría de equipos de parto. Para formar un equipo sólido y brindar a cada paciente la mejor atención posible, también deberá mantener abiertas las líneas de comunicación con la partera y la enfermera.

-Deberes específicos:

- Reabastecimiento y limpieza de los closets de ropa y carros de consumibles existentes ubicados en toda la unidad.
- Asistir a las parteras en las inducciones del parto, anestesia epidural y parto.
- Reúna todos los suministros necesarios y prepare el área estéril.
- Equipo inspección.
- Ayude al personal médico.
- Recoger el material, limpiarlo y enviarlo a esterilizar.
- Reponer el material usado.

Las funciones de los TCAE en la unidad de entrega constan de varias fases:.

- Atención: Al ingreso de la gestante, ésta les dará la bienvenida a ella y a la matrona y les explicará todo el procedimiento por el que pasará. Recibirás indicaciones para llegar al baño, la ubicación del timbre y una bolsa correctamente etiquetada con tus datos. Acostará a la paciente después de darle un camisón, una braga y una toalla sanitaria si es necesario.
- Vigilar con atención, cubriendo la ropa de cama con una sábana limpia para evitar que se ensucie.
- Prestar mucha atención a la dilatación, ayudar a la futura madre si es necesario mediante la colocación de un enema de limpieza y garantizar que la paciente esté cómoda y que la cama esté siempre limpia.

También ayudará a la partera en todos los procedimientos necesarios (como insertar un catéter epidural y controlar el pH intraparto) y trabajará junto a ella durante los exámenes.

- En la sala de partos, coloque la pinza del cordón, unas tijeras curvas y un paño limpio con una gasa sobre la camilla del bebé.

Debe colocar a la gestante en posición ginecológica sobre la mesa o silla de la sala de partos y ayudar a la acompañante a vestirse proporcionándole bata, guantes, gorro y mascarilla.

Finalmente, debe trabajar con la partera y el médico en todos los proyectos necesarios y al mismo tiempo encargarse de las tareas que le hayan sido delegadas.

- Atención posparto, que incluye garantizar la comodidad e higiene de la paciente, ayudarla a comenzar a amamantar asegurando la mejor posición y ayudar al cuidador a llegar a la cama de la paciente en la sala del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son profesionales que se concentran en ayudar a otros profesionales médicos o personal de enfermería, a cumplir con sus responsabilidades. Tampoco se limitan solo a asistir a eventos relacionados con la salud en sentido estricto, pero también asistencia administrativa y, en menor medida, asistencia en proyectos de docencia y de investigación. Para un profesional al que le apasiona ayudar a los demás, es una de las carreras más satisfactorias. Además, hacerlo en una sala de partos implica interactuar con pacientes extasiados y esperanzados por dar la bienvenida a una nueva vida al mundo. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 233

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

1 Introducción

La psiquiatría es un campo de la medicina que se centra en identificar, diagnosticar y tratar patologías y trastornos mentales, así como en comprender y promover la salud mental. Otro foco de la psiquiatría es el tratamiento de los trastornos adictivos y del comportamiento.

Los términos “trastorno mental”, “enfermedad mental” o “patología mental”, entre otros, pueden utilizarse para describir una amplia gama de problemas. Todas estas cuestiones son distintas por derecho propio. Normalmente, sí.

Se manifiestan como cambios en muchas funciones o procesos diferentes, como el comportamiento, el razonamiento, la capacidad de reconocer la realidad, las emociones o las interacciones interpersonales. En lugar de tener una única causa

subyacente, son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, sociales y psicológicos.

Una persona que padece una enfermedad mental, como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos, se denomina “paciente psiquiátrico”.

Posibilidades adicionales incluyen trastornos de la personalidad, trastorno bipolar, ansiedad, estrés, etc.

En caso de emergencia, es importante evaluar primero la condición de este paciente. Se debe tener extrema precaución porque pueden ocurrir una variedad de situaciones, como violencia, comportamiento amenazante, comportamiento autodestructivo y problemas médicos graves.

Por tanto, ante este tipo de pacientes es necesaria la actuación adecuada de todo el equipo multi e interdisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, celadores, fisioterapeutas, etc.).

2 Objetivos

- Informar sobre la importancia de la labor del Técnico Auxiliar de Enfermería de Psiquiatría y el abanico de funciones que desempeña.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 nivel de atención mejoraría significativamente si los procedimientos se siguieran de acuerdo con un protocolo que abordara la atención particular que estos pacientes requieren, así como una capacitación exhaustiva y detallada sobre estos y otros temas relacionados con la atención de los pacientes psiquiátricos en cada unidad hospitalaria. De hecho, este conocimiento podría incluso resultar útil para otro tipo de pacientes.

El objetivo principal de este sería maximizar las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en Psiquiatría, muchas de las cuales son similares a las que realiza

con otros pacientes, pero tienen cierto nivel de complejidad debido a las características distintivas de estos pacientes.

Las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliar de enfermería en Psiquiatría serían las siguientes:

- Colaborar para brindar atención a quienes luchan con problemas mentales. Cuestiones de salud, incluyendo individuos, familias y comunidades.
- Realización y obtención de exámenes mentales, historias clínicas e información ambiental de estos pacientes.
- Asistencia en las numerosas tareas que deben realizar los familiares o cuidadores de estos pacientes.
- Liderar al paciente siendo capaz de ofrecerle y facilitarle el descanso necesario, poniendo en práctica las medidas terapéuticas adecuadas para cada caso.
- Si un paciente es dependiente, ayudarle en diversas tareas.

Actividades diarias (AVD) (vestirse, comer, mantener la higiene personal, etc.).

El protocolo establece líneas de actuación coherentes en cada una de las distintas funciones, destacando en particular las líneas de actuación solidarias requeridas en este tipo de unidades y fomentando la interacción y las relaciones entre los distintos miembros del equipo multi e interdisciplinar.

Una persona que padece una enfermedad mental, como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos, se denomina “paciente psiquiátrico”.

5 Discusión-Conclusión

En una unidad de psiquiatría la labor del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es crucial. Todos y cada uno de los miembros del equipo multidisciplinar deben recibir una formación adecuada para estar siempre conscientes de cómo actuar, ya que la complejidad de este tipo de pacientes puede dificultar mucho su tratamiento.

Por ello, la existencia de un protocolo de formación para cada persona que se inicia en este servicio ha demostrado ser un éxito. Los profesionales están más seguros e informados a la hora de actuar, lo que en última instancia beneficia enormemente al paciente. Al final, todo repercute muy positivamente en el tratamiento y en el bienestar general del paciente.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 234

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO, FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

INMACULADA CAÑAS PRIETO

1 Introducción

Mantener la limpieza del paciente es una de las estrategias que debe emplear el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. La limpieza elimina olores desagradables y favorece el bienestar, por eso ayudamos al paciente en la limpieza para evitar la pérdida de autoestima. Este procedimiento está completo en todo el cuerpo. Para poder limpiar adecuadamente a los pacientes, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería siempre deben respetar su privacidad.

La limpieza deberá ser realizada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de los pacientes que se encuentren móviles pero encamados por patologías u otras indicaciones médicas.

Además de la limpieza, por la mañana también se cambia la cama. Los pacientes ganan mucho con todo esto en términos de satisfacción y bienestar.

Además, la salud psicológica y física del paciente debe ser tomada en consideración por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería al realizar la limpieza (si se encuentran anomalías en la piel, se deben tomar medidas para corregirlas para que no empeoren).

Ya sea que el paciente esté alegre o deprimido, por ejemplo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe actuar para mejorar su estado de ánimo tanto como sea posible.

Se debe informar al equipo de enfermería de cualquier problema o anomalía que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería encuentre en el paciente.

2 Objetivos

Especificar las formas en que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería mantiene ordenados a los pacientes encamados y el aseo del paciente.

3 Metodología

La preparación de este trabajo requirió una investigación, que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva tanto de libros como de artículos de las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, elija artículos científicos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

La limpieza finaliza temprano en la mañana. Previo al acceso a la sala, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá haber preparado el material. Después de ponerse los guantes, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería comenzará a ejecutar la técnica.

Los pasos a seguir son:

- Utilice el biberón o la cuña para hacer sus necesidades si no tiene pañal.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe comenzar limpiando la cara (si un ojo no tiene ninguna patología se limpia desde el lagrimal hacia el exterior; si un ojo si tiene alguna patología se limpia desde el borde

exterior hacia el interior; y luego guantes nuevos debe usarse antes de pasar al resto del cuerpo).

- El cuello, los hombros, las axilas, las manos, el pecho y el abdomen se limpian después de haber limpiado a fondo la cara.
- Debido a que hay dos TCAE de limpieza, un TCAE usa una toalla para secar las áreas húmedas. La piel debe estar suficientemente seca para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Continúa con las piernas y los pies. Los TCAE se repiten luego de completarse por la zona perineal y genital de adelante hacia atrás para prevenir infecciones provocadas por microorganismos que se originan en la parte anal. Para lavar el glande, los hombres deben bajarse el prepucio.
- Después de lavar y secar la espalda y los glúteos, se coloca al paciente en decúbito lateral. Masajee la crema hidratante en la piel para aumentar la circulación una vez más. La cama se coloca en esta posición para su limpieza.
- Se requiere que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería verifique continuamente el bienestar físico y mental del paciente y notificar al personal de enfermería si algo cambia.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería siempre deben tener en cuenta el derecho a la privacidad del paciente para que se sienta cómodo realizando la limpieza.

Uno de los objetivos de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es mejorar al máximo el bienestar del paciente.

Gracias a la asistencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, podrás observar todo tu cuerpo y ver si tu piel contiene alguna anomalía de algún tipo. Al aplicar mepentol o los apósitos, se debe notificar al personal de enfermería cualquier complicación tras observar el estado físico y psicológico del paciente.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

Capítulo 235

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “El estado de bienestar de una persona mientras desarrolla su potencial, afrontando las dificultades de su vida”

Las unidades de salud mental de los centros hospitalarios se encargan de proporcionar a los pacientes psiquiátricos los cuidados médicos y la asistencia sanitaria que necesiten para mejorar su estado mental.

El ingreso de los pacientes psiquiátricos en la unidad de salud mental de un centro hospitalario se podrá realizar a través de las siguientes dos modalidades: ingreso voluntario e ingreso forzoso o involuntario.

El ingreso involuntario de los pacientes se produce por orden judicial tras la petición del médico psiquiatra a cargo del paciente o por petición de su tutor legal o familiar directo. Los ingresos forzosos se producen cuando el paciente:

- Muestra signos de violencia hacia su propia persona, conocido como riesgo autoagresivo.
- Muestra signos de violencia hacia otras personas, conocido como riesgo hetero agresivo.
- Muestra una grave enfermedad mental que no puede ser controlada por los familiares.

El ingreso voluntario se produce por:

- Petición del paciente psiquiátrico con informe favorable del médico psiquiatra del servicio de urgencias.
- Valoración favorable de ingreso del paciente por parte del médico psiquiatra con aceptación del paciente psiquiátrico.

2 Objetivos

- Conocer las dos modalidades de ingreso de los pacientes psiquiátricos en las unidades de salud mental de un centro hospitalario.
- Detallar las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes psiquiátricos dentro de las unidades de salud mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

La actitud del paciente psiquiátrico en las unidades de salud mental estará determinada por la modalidad de internamiento que ha experimentado el paciente, sin embargo, la actitud del personal sanitario y no sanitario que desarrolle su actuación en estas unidades deberá ser la misma con todos los pacientes psiquiátricos.

El equipo profesional que integra las unidades de salud mental de los centros sanitarios está formado por: médicos psiquiatras, equipo de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores.

A continuación, se van a detallar las funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes psiquiátricos.

- Velarán por mantener el orden en las zonas comunes de la unidad de salud mental.
- Abrirán las puertas de las zonas comunes a primera hora de la mañana.
- Cerrará las puertas de las zonas comunes a última hora de la tarde noche, cuando se encuentren todos los pacientes en sus habitaciones.
- Preparará el material necesario para el aseo diario de los pacientes que no puedan asearse por ellos mismos y requieran de la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Preparará el material de aseo y la ropa de los pacientes que tienen autonomía para ducharse.
- Realizará las camas de aquellos pacientes que no puedan ser realizarlas por ellos mismos.
- Aseará a los pacientes encamados, realizando el cambio de sábanas.
- Organizará los objetos personales de aseo de los pacientes, así como su ropa interior.
- Participar en las actividades realizadas por el equipo médico con los pacientes psiquiátricos.
- Participar en el comedor durante los horarios de comida; desayuno, comida, merienda y cena. La función del TCAE consistirá en repartir las bandejas con las comidas y ayudar a aquellos pacientes que requieran ayuda para partir o pelar la comida, o que requieran ser alimentados por el personal.
- Colaborará con el equipo de enfermería durante la administración de medicación.
- Acompañará a los pacientes junto a un enfermero o celador a las zonas comunes donde se les permita a los pacientes fumar.
- Auxiliará al equipo de enfermería en aquellas funciones que le sean encomendadas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de salud mental de los centros hospitalarios” nos demuestra, en primer lugar, las modalidades de

internamiento de los pacientes psiquiátricos en las unidades de salud mental de los centros hospitalarios, y en segundo lugar, las funciones de los TCAE con los pacientes psiquiátricos.

A modo de conclusión, los profesionales que trabajan con pacientes psiquiátricos tienen que estar formados y actualizados para poder dar unos cuidados de calidad. Los pacientes con enfermedades mentales, a diferencia de lo que comúnmente se suele pensar, suelen ser los más agredidos y estigmatizados por el sistema y la sociedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 236

HABILIDADES SOCIALES QUE DEBE TENER UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO SANITARIO

IRENE MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Encontrar una definición única del significado de habilidades sociales es complicado, se puede hablar de un conjunto de estrategias y capacidades con las que nace un sujeto o que puede adquirir a través de formación y práctica

Se hacen necesarias para establecer relaciones de calidad que en el trabajo como técnico en cuidados auxiliares de enfermería será una constante, son imprescindibles para una atención correcta a pacientes y usuarios del sistema de salud. El trabajo aunque en ocasiones lo parezca no será exclusivamente físico, también se usarán estas herramientas sociales para acercarnos emocionalmente, saber ponerse en el lugar del otro que ve limitada su salud en algún momento de su vida.

Se debe tener claro cada elemento de comunicación en el que vamos a trasladar un mensaje, como lo vamos a hacer, los distintos factores que intervienen en él y asegurarnos de una recepción clara y nítida por la otra parte.

El paciente y en este caso el profesional en el ámbito sanitario como TCAE serán emisor y receptor de esos mensajes. Necesarios para una correcta atención en situaciones difíciles en los que la información pueda verse distorsionada por aspectos ambientales, físicos, de entendimiento de un idioma en concreto, etcétera...

2 Objetivos

- Conocer el tipo de habilidades que debe poseer un TCAE en el ámbito sanitario.
- Analizar estas herramientas sociales en el trato con los pacientes.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una minuciosa búsqueda en diferentes publicaciones, revistas, donde se da a conocer estudios relacionados con este tipo de habilidades. Bases de datos con datos científicos como son enfermería²¹, centros de formación como FP Santa Gema...

4 Resultados

Desde el momento que alguien se decanta por estudiar y formarse para ser un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya debe poseer una sensibilidad especial.

Necesidad de ayudar y mejorar la calidad de vida de personas en estado vulnerable.

Con asignaturas específicas para ello se forma o se perfecciona la habilidad social que cada individuo tiene en ese momento.

El primer contacto es con una habilidad social tan importante como es la empatía, muchas veces nombrada pero que se debería trabajar aún más.

Esa capacidad de ponerse en el lugar del otro como en muchos casos se hace con la llegada de un paciente al centro hospitalario por ejemplo.

Una escucha activa, como sanitarios antes de empezar a preguntar escucharemos lo que el paciente tiene que decirnos, los miedos o el dolor que está sintiendo en ese momento. Incluso valorando las barreras de comunicación que pueda haber. Trabajar en equipo, no por ello menos importante para una buena atención sanitaria el equipo también debe estar interconectado, saber expresar lo que queremos en cada situación con asertividad.

La capacidad de saber expresarse y que otros se expresen de igual manera, en un ambiente tranquilo, con la delicadeza necesaria para no resultar bruscos o cortantes en el trato con iguales.

Se tratará siempre de añadir algo de positividad porque como bien sabemos las situaciones que se viven a diario en los servicios de salud, ya sea primaria, hospitalarios etc. son complicadas, a veces el inicio de una lucha contra una enfermedad que enfrentan pacientes y familia.

Como sanitarios se intentará establecer el mejor puente posible entre emisor y receptor, adoptando por la cercanía y pensando en todo momento como nos gustaría ser tratados si fuera a la inversa.

5 Discusión-Conclusión

Vivimos en sociedad y debemos tener las herramientas correctas para saber relacionarnos en ella cada día, usándolas de la mejor manera para establecer buenos vínculos.

Se trabaja desde que se tiene uso de razón para entender, comprender y ayudar. Las habilidades sociales facilitan las relaciones humanas, ya sea en el ámbito personal, laboral como explica este artículo o familiar.

Aspectos de la vida de cada uno que están relacionados aunque no lo parezca, influyen en el ánimo y el buen trato hacia los demás.

En la mayoría de ocasiones la cara de un TCAE es la puerta que abre a la asistencia sanitaria y debemos tratar de forma amable. Estando involucrados con todo el equipo y conectados para el mejor funcionamiento humano de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Enfermeria21.com
2. Fp-santagema.es
3. Revistamedica.com

Capítulo 237

LA DIABETES MELLITUS

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por hiperglucemia y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción en ambas.

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) se define como "un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de insulina o en ambos".

Es una de las enfermedades más frecuentes, además su incidencia crece a un ritmo alarmante. La prevalencia en España, se estima entre el 6-10% de la población, de los cuales el 10% pertenecen a la diabetes tipo I y el 90% restante a la diabetes tipo II. La prevalencia va en aumento, a medida que avanza la edad (10-15% en la población mayor de 65 años y un 20% para mayores de 80 años), en individuos con dislipemias y antecedentes familiares.

Cualquier individuo, con un metabolismo normal, puede mantener cifras de glucosa en sangre entre 70-110 mg/dl. Esta cifra aumenta inmediatamente tras la ingesta, pero retorna a la normalidad a medida que el exceso de glucosa se retira de la sangre, y se almacena a nivel muscular y en las células hepáticas en forma de glucógeno.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de diabetes mellitus que existen.
- Describir cuál es el tratamiento para la diabetes.
- Exponer las complicaciones que pueda haber.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La diabetes se puede clasificar en:

- Diabetes tipo I. Anteriormente se denominaba DM insulino dependiente o diabetes juvenil. Es la forma primaria más grave y menos frecuente (es responsable del <10% de los casos de diabetes). Se produce muy poca o nada de insulina. Mayoritariamente, se diagnostica durante la infancia y adolescencia, o la edad adulta joven. La clínica inicial se caracteriza por ser de inicio brusco, con aumento de la ingesta, aumento de ganas de orinar y pérdida de peso. La complicación aguda más frecuente es la cetoacidosis. El tratamiento se basa en la administración de insulina.
- Diabetes tipo II. Conocida anteriormente como DM no insulino dependientes o diabetes del adulto. Es la forma más frecuente, siendo una de las enfermedades crónicas más importantes y con mayor impacto social y sanitario, por su relevancia tanto clínica como epidemiológica, debido a su alta prevalencia, a la aparición de complicaciones crónicas y a la elevada mortalidad asociada. Este tipo de diabetes es producido por un defecto en la capacidad de secretar insulina, secundario a la aparición de resistencia en la misma. Se asocia con una fuerte predisposición genética. Engloba el 80-90% del total de casos. Por lo general, puede aparecer a cualquier edad, aunque normalmente suele aparecer a partir de los 40 años, aumentando su incidencia con la edad, el sobrepeso y la falta de actividad física. Hasta un tercio de los adultos mayores de 65 años tienen tolerancia alta a la glucosa. La complicación aguda es el coma hiperosmolar no cetósico. El tratamiento de la diabetes tipo II incluye dieta, ejercicio, y antidiabéticos orales, si a pesar de esto no se controla habría que administrar insulina.

- Diabetes gestacional. Diabetes tipo II que se inicia o se descubre durante el embarazo, presentándose en un 2% de las mujeres gestantes y en la mayoría de los casos, las cifras de glucemia se normalizan tras el parto. No incluye a mujeres diagnosticadas antes del embarazo. El tratamiento se basa en el control dietético, ejercicio físico o insulina.
- Intolerancia a la insulina. Es una forma de prediabetes en la que la persona afectada presenta una glucemia superior a los valores normales, sin llegar a valores de diagnóstico de diabetes.
- Síndrome X. Este síndrome se caracteriza por la presencia de resistencia a la insulina, hiperinsulinismo, tolerancia anormal a la glucosa frecuente que se asocia con hipertensión arterial, dislipemia y niveles de HDL disminuidos. Dicha situación favorece el riesgo de desarrollar diabetes.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la DM se fundamenta en cuatro pilares básicos, como son la dieta, el ejercicio físico, medicación (antidiabéticos orales e insulina) y la educación diabetológica.

- Dieta: por lo general, todos los pacientes con DM necesitan recibir información sobre la dieta que deben consumir, con bajo contenido en grasas saturadas y colesterol y moderada cantidad de hidratos de carbono, si es posible procedentes de cereales enteros con mayor contenido en fibra.
- Educación diabetológica: se debe informar al paciente sobre la importancia de la dieta, el ejercicio y la medicación en el abordaje terapéutico de la diabetes. También es importante la puesta en marcha de programas educativos para que las personas diabéticas puedan obtener información con el objetivo de evitar complicaciones.
- Tratamiento farmacológico: la diabetes tipo I precisa de tratamiento con insulina. La diabetes tipo II, si la dieta y el ejercicio no son suficientes, se deben administrar antidiabéticos orales o insulina.
- Ejercicio físico: disminuye la glucemia, aumenta la sensibilidad a la insulina, ayuda a perder peso, reduce la hipertensión arterial, mejora la función cardiovascular y la sensación de bienestar y calidad de vida.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 238

ACERCA DE LA TENSIÓN O PRESIÓN ARTERIAL

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

1 Introducción

Tensión arterial es la presión que hace la sangre en el interior de las arterias. Hay dos tipos de presiones:

- Presión arterial máxima o sistólica. Los valores normales oscilan entre 135/120.
- Presión arterial mínima o diastólica. Los valores normales oscilan entre 60/85.

La tensión se miden en milímetros de mercurio.

Se considera hipertensión arterial cuando los valores de la presión sistólica se encuentran por encima de 160 mmHg. Se considera hipotensión arterial cuando los valores de la presión sistólica están por debajo de 120 mmHg y de la presión diastólica por debajo de 60 mmHg.

Existen varias circunstancias que pueden producir una elevación de la presión arterial, como:

- Causas fisiológicas: Emociones, estrés, ejercicio físico, excitantes, dieta con sal, tabaco, etc.
- Causas patológicas: Renales o cardíacas.

Toda circunstancia de pérdida de líquido, baja la tensión, (hemorragia, sudoración, deshidratación, diarrea, vómitos de repetición , incorporaciones bruscas, (lipotimia).

Las técnicas para tomar la tensión arterial son:

- 1) Método Auscultatorio- Fonendoscopio (Fonendo) y Esfigmomanómetro (Tensiómetro).
- 2) Palpa torio- Esfigmomanómetro y Dedos.
- 3) Presuntivo- Palpación.

2 Objetivos

Dar a conocer recomendaciones, formas naturales y tratamientos farmacológicos para disminuir los valores de tensión arterial.

Describir las técnicas que existen para medirla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Pubmed, Medline, y Scielo, y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los últimos años, las guías de hipertensión arterial han establecido objetivos de presión arterial 130/80 mmHg en grupos de riesgo vascular elevado.

Para prevenir se recomienda:

- Comer más frutas y hortalizas.
- Pasar menos tiempo sentado.
- Hacer actividad física (caminar, correr, nadar y bailar).
- Perder peso si hay obesidad o sobrepeso.
- Tomar alimentos que le indique el profesional de la salud.

Formas naturales de bajar la presión arterial:

- 1º Eliminar los alimentos ricos en sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos a la dieta.
- 2º Ejercicio aeróbico regular.
- 3º Evitar fumar y limitar el consumo de alcohol.
- 4º Revisar tu presión arterial regularmente en casa.
- 5º Dormir bien por la noche.

Para disminuir la presión arterial necesitaremos una serie de fármacos para que relajen los vasos sanguíneos. Esos fármacos son los siguiente:

- Diuréticos: Se han demostrado en numerosos estudios que producen un ensanchamiento de los vasos ayudando también a que los riñones eliminen el exceso de líquidos en el cuerpo para reducir la presión arterial.
- Bloqueantes adrenérgicos: Estos medicamentos bloquean los efectos del sistema nervioso simpático, ya que este puede aumentar la presión arterial.
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina: Este fármaco dilata las arteriolas.
- Bloqueantes de los canales del calcio: Son útiles para personas con angina de pecho.

Hay varios métodos de medir la presión arterial:

- Técnicas no invasivas: Para ello necesitaremos fonendoscopio o estetoscopio, esfigmomanómetro que puede ser de mercurio, aneroides, oscilómetro, electrónico o digitales y un manguito. Para la toma de presión arterial deberemos:
 - 1º Preparar el material necesario; comprobando que el aparato de tensión funciona bien y no tiene fugas, desinfectando las olivas del fonendoscopio y colocando la campana del fonendoscopio en la posición adecuada.
 - 2º Lavarse las manos y ponerse los guantes.
 - 3º Explicaremos el procedimiento al paciente.
 - 4º El ambiente idóneo sería una habitación silenciosa, iluminada, con una temperatura entre 12 y 22 grados, con el paciente acostado o sentado, sin cruzar las piernas, con el brazo apoyado sobre una mesa a la altura del corazón, relajado y en reposo al menos 5min antes de la medida. Que la ropa no haga presión sobre el brazo.
 - 5º Colocar el manguito desinflado, dejando el borde inferior de este a una distancia de 2 a 3cm por encima de la fosa cubital, con espacio suficiente para colocar la campana del estetoscopio sobre la arteria sin que roce con la bolsa.
 - 6º Utilizar el método auscultatorio. Para ello, localizar la arteria braquial por palpación.
 - 7º Proceder a la toma del pulso radial o braquial: inflar el manguito con la pera hasta que el pulso no sea perceptible (presión de obliteración del pulso) sobrepasando esta presión en 30mmHg o más.
 - 8º Colocar la campana del estetoscopio en el lugar donde anteriormente se había localizado el pulso braquial, para proceder a la lectura de la TA.
 - 9º Abrir suavemente la válvula de la pera para que la columna Hg o la aguja del manómetro descienda lentamente.

10° Observar la escala graduada y escuchar a través del fonendoscopio. El primer ruido corresponde a la TA sistólica, seguir soltando el aire lentamente hasta que desaparezcan los ruidos, punto que registraremos como TA diastólica. Abrir la válvula para dejar salir todo el aire de la bolsa y retirar el manguito del brazo del paciente.

11° Anotar en la gráfica del paciente la presión reflejada.

12° Acomodar al paciente, recoger y desinfectar el material utilizado.

-Técnica invasiva: Se mide a través de la presión venosa central, que consiste en introducir un catéter en una de las dos venas cavas o en la aurícula para medir la presión media en la aurícula derecha. La presión existente se refleja en una columna de agua graduada en centímetros. Se utiliza en el estudio hemodinámico en pacientes críticos.

5 Discusión-Conclusión

La presión sanguínea es esencial para que la sangre circule por los vasos sanguíneos, cumpliendo la función de llevar a todos los tejidos del organismo el oxígeno y los nutrientes que necesitan, para su correcta actividad.

Es importante seguir las recomendaciones dadas en este capítulo en relación con las maneras en las que podemos mantener unos niveles adecuados de tensión arterial, especialmente las recomendaciones relacionadas con la alimentación adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 239

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE AISLADO

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

1 Introducción

Se entiende como aislamiento hospitalario a las actuaciones llevadas a cabo sobre el paciente que padece una enfermedad transmisible. Estas actuaciones se realizarán como medida para evitar la propagación de la enfermedad contagiosa entre los diferentes servicios del centro hospitalario.

En el ámbito sanitario existen dos tipos de aislamientos generales que pretenden evitar que los microorganismos se propaguen entre el resto de los pacientes o entre el personal sanitario y no sanitario.

- Aislamiento común.

Este aislamiento pretende evitar la propagación de la enfermedad, protegiendo al personal sanitario y no sanitario, así como al resto de pacientes del paciente enfermo.

- Aislamiento inverso.

Este aislamiento pretende evitar la propagación de cualquier enfermedad a los pacientes que tienen el sistema inmune disminuido debido a su enfermedad. En este caso se protege al paciente del resto de pacientes y del personal sanitario y no sanitario que desarrolle su actividad asistencial con él.

En los centros sanitarios resulta una tarea muy compleja conseguir el aislamiento completo de los pacientes para evitar la propagación de los microorganismos, sin embargo, cualquier actuación realizada para evitar la propagación supondrá una barrera más para que la enfermedad contagiosa se extienda.

Durante el desarrollo de este capítulo científico se podrá comprobar las actuaciones llevadas a cabo por el personal sanitario y no sanitario para evitar la propagación de cualquier enfermedad transmisible por el centro sanitario.

2 Objetivos

- Definir el concepto de aislamiento hospitalario.
- Conocer las técnicas utilizadas para aislar a un paciente que padece una enfermedad transmisible.
- Enumerar las normas generales que debe cumplir el personal sanitario y no sanitario para evitar la propagación de enfermedades infecciosas en el centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todo el personal sanitario y no sanitario que desarrolle su actividad laboral con pacientes con enfermedades contagiosas deberán tener en cuenta una serie de normas generales para evitar la propagación de dichas enfermedades.

- Recibir las vacunas necesarias antes de comenzar a trabajar en cualquier centro sanitario. Generalmente, las vacunas que se administran son contra: la varicela,

la rubeola, parotiditis y sarampión, difteria y tétanos, hepatitis B y gripe. Actualmente, se recomienda además tener todas las pautas de vacunación contra la Covid 19.

- Realizar un correcto lavado antes de realizar cualquier actividad con un paciente, especialmente si el paciente tiene alguna enfermedad contagiosa. Al finalizar la actividad, se realizará un minucioso lavado de manos.
- Utilizar guantes desechables para la realización de cualquier actividad con el paciente, o con el entorno de este (habitación, cama, sondas, drenajes, bombas de medicación, oxígeno...)
- Prestar especial atención en las heridas abiertas que tenga el personal sanitario o no sanitario por muy pequeñas que sean. Cubrir las heridas con apósitos, tiritas o vendas.
- Prestar especial atención a la actuación realizada con bisturí, agujas, cuchillas y cualquier elemento cortante que pueda provocar una herida en el profesional.
- Evitar o reducir el contacto directo con úlceras, heridas, sangre, líquidos o secreciones de los pacientes, especialmente con aquellos pacientes portadores de enfermedades transmisibles.
- Prestar especial cuidado en la manipulación de muestras, utilizando guantes desechables y bateas para su transporte y traslado.

Técnica de aislamiento realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Esta técnica se basa en dos actuaciones realizadas mientras el paciente en aislamiento se encuentra en una planta de hospitalización.

1. La desinfección continua.

Mientras el paciente se encuentra ingresado en la planta de hospitalización, se deberá realizar las siguientes desinfecciones:

- Desinfección de los instrumentos utilizados por el paciente como, utensilios de comida (aunque suelen ser de plástico desechable), termómetro, torre y monitor para medir las constantes vitales...
- Introducir la ropa del paciente contagiado en otro tipo de bolsa para que en lencería sea tratada con programas especiales y no se junte con el resto de la ropa.

2. La desinfección final.

La desinfección final será realizada minuciosamente cuando el paciente haya sido dado de alta, trasladado a otra habitación o fallecido.

- Desinfección de toda la habitación donde se ha encontrado el paciente, incluido paredes, suelos, superficies, mobiliario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el paciente aislado. Funciones del TCAE durante la técnica de aislamiento” nos han demostrado las actuaciones previas realizadas por el personal sanitario y no sanitario que está en contacto con el paciente contagiado, así como las actuaciones posteriores al contacto con el paciente.

Por otro lado, se han mostrado otras actuaciones de desinfección que se deben realizar con especial dedicación para evitar la propagación, es por ello, por lo que todo el personal deberá conocer cada una de estas actuaciones para realizar su actividad asistencial de forma segura.

6 Bibliografía

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

Capítulo 240

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

LORENA CANALEJO GALLARDO

1 Introducción

La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"

Hablamos de enfermedades no transmisibles cuando nos referimos a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda que tienen como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estudios liderados y elaborados por el grupo colaborativo del Estudio de la Carga Mundial de las Enfermedades en España afirman, que antes de la pandemia concretamente en el año 2019, casi el 90% de las muertes y enfermedades registradas en España fueron por causa de enfermedades no transmisibles.

Las principales causas de muerte y enfermedad como consecuencia de las enfermedades no transmisibles son: la cardiopatía isquémica, ictus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Alzheimer, cáncer de pulmón en el hombre, cáncer de mama en la mujer, diabetes, enfermedades por transmisión sexual, obesidad y el consumo indebido de drogas.

Los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles fueron el tabaquismo, la mala alimentación que tiene como resultado un elevado índice de masa corporal y la hiperglucemia, la contaminación atmosférica. A todos estos factores de riesgo hay que añadirles otros factores como pueden ser el dolor de espalda y la depresión, significativamente más acusadas en las mujeres.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este estudio son:

- Evaluar la carga asistencial a causa de estas enfermedades asistenciales.
- Tener en cuenta la relevancia del cáncer en el escenario general de otras enfermedades.

3 Metodología

Para las comparaciones internacionales se ha usado como fuente la base de datos OECD Health data 2002. 3.1.8. RECURSOS ASISTENCIALES.

La información que se presenta se ha extraído de fuentes secundarias. Entre ellas hay que destacar el Libro Blanco de la Oncología en España en su tercera edición, publicado en 2002.

4 Resultados

La expectativa en cuanto a lo referente a la esperanza de vida en España es que se espera que alcance los 84,8 años; siendo de 87,2 lo esperado para las mujeres y de 82,3 la expectativa para los hombres. Aunque debemos tener en cuenta las repercusiones tanto sanitarias como sociales de la COVID-19, ya que ha hecho que se ralentice el descenso en cuanto a la tasa de mortalidad.

Los principales problemas de salud que afectan en la actualidad en España son las enfermedades no transmisibles (ENT), especialmente la salud del corazón con cardiopatía isquémica; ictus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cáncer de pulmón más acusado en los hombres y el cáncer de mama con más repercusión en el caso de las mujeres. Las infecciones por el VIH, así como otras enfermedades de transmisión sexual, consumo indebido de sustancias tóxicas como pueden ser drogas. Índice de masa corporal elevado, diabetes e incluso el dolor de espalda. En el epígrafe quinto expuesto en la introducción hablamos de los principales factores de riesgo. Estos resultados exponen notoriamente la influencia que supone en nuestro país el sedentarismo y el rápido envejecimiento de la población, ya que ha disminuido la mortalidad y la fecundidad.

En términos absolutos, la principal causa de muerte en España es el cáncer con 91.623 muertes en el año 2000. Es la principal causa de muerte en los hombres y la segunda en las mujeres después de las enfermedades cardiovasculares. El cáncer de pulmón ha sido el responsable de 17.308 muertes en ese año y se llegan

a diagnosticar 16.000 casos anuales con una incidencia de la muerte de aproximadamente 6.000 mujeres.

Los programas de detección precoz, los avances tanto en el diagnóstico como terapéuticos han derivado en un sustancial incremento de supervivencia en las mujeres, siendo esta del 75% a los cinco años del diagnóstico. Sin embargo, es altamente letal en los casos de cáncer de pulmón, ya que menos del 15% consiguen superar los 5 años tras el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente el rápido aumento de la esperanza de vida no solo en España, sino también en gran parte de Europa. Todo esto significa la importancia de la promoción a la salud y a la atención a los ciudadanos de edad avanzada, reforzando la asistencia de nuestros mayores en centros de cuidado de larga duración y ampliar los servicios de apoyo social.

Teniendo en cuenta que uno de los principales factores de riesgo es el consumo de tabaco, es urgente revisar la Ley de control del tabaco y tomar medidas. Otro factor importante es el alto índice de masa corporal en la población, dicho de otra manera, la obesidad por lo que hay que atajar cuanto antes estos factores de riesgo conductuales.

6 Bibliografía

1. <https://www.uam.es/uam/investigacion/cultura-cientifica/noticias/muertes-enfermedades-espana>
2. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/alergias.htm>
3. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/home.h>

Capítulo 241

CUIDADOS DEL ÁREA OCULAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

1 Introducción

En la higiene de los ojos o de la zona ocular de los pacientes en situación de ingreso hospitalario, es una de las competencias de las que, será encargado al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y que el paciente por su situación patológica no puede efectuar por el mismo.

Su objetivo final es la protección de la córnea, evitar edemas en los párpados y de la protección en general de toda la zona ocular.

El funcionamiento de los párpados es que tienen un movimiento continuo y constante en las que podemos llegar a parpadear entre 8 y 12 veces en un solo minuto, lo que con ello se logra es que se vaya movilizándolo el líquido lacrimal el cual contiene lisozima, que es una enzima bactericida que va llegando a infecciones y que además, en nuestro organismo la podemos encontrar en numerosas sustancias

que segrega nuestro cuerpo, como pueden ser en las lágrimas, la leche o la saliva, teniendo un efecto antimicrobiano en nuestro organismo.

El papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y una de sus múltiples competencias, es la de la higiene corporal de paciente hospitalizado y la de saber aplicar todas las técnicas correspondientes de higiene a cada zona de nuestro cuerpo

2 Objetivos

- Ver el correcto procedimiento técnico por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto a la higiene adecuada y correcta de los ojos y en general de la zona ocular
- Describir algunas de las patologías oculares que nos podemos encontrar. s.

3 Metodología

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

4 Resultados

En cuanto al correcto procedimiento y técnica por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto a la higiene ideal de los ojos y en general de la zona ocular, siempre y cuando la patología del paciente lo consienta, si está en un estado de gravedad alto le correspondería la higiene ocular al personal enfermero, será:

- Empezar por posicionar correctamente al paciente, que requiera de esta higiene o cuidado ocular por nuestra parte, en condiciones de patología leve, si podemos solos
- o el paciente colabora si no se deberá, pedir la ayuda del personal celador para que nos auxilie, en posición de semifowler al paciente que este inconsciente y en Fowler el paciente consciente, con la cabeza siempre ladeada al lado del ojo en que se esté efectuando el cuidado.

- Explicación de la técnica al paciente.
- Se abrirán los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar, y con la otra mano se provendrá a la limpieza del ojo con una jeringa con suero fisiológico o con gasa humedecida con solución salina a temperatura ambiente, de dentro a fuera en sentido horizontal.
- Se cerrarán los párpados, secando suavemente con gasa estéril. Se utilizará una gasa estéril para cada ojo.
- Recogida del material empleado.

En pacientes que están inconscientes, es conveniente aplicar crema epitelizante o antibiótica para prevenir la conjuntivitis y dejar los ojos tapados con gasas humedecidas en solución salina, que se irán renovando con una frecuencia de dos horas o cuando se seque. En pacientes inconscientes se recomienda la higiene y cuidados de los ojos cada 6-8 horas.

- Blefaritis. Inflamación de los párpados.
- Blefaroclono. Temblor en párpado, en forma de tic.
- Dacriocistitis. Inflamación del saco lagrimal.
- Dacriolito. Cálculo en el canal lagrimal.
- Queratitis. Inflamación de la córnea.
- Ptosis palpebral. Caída del párpado.
- Lagoftalmos. Imposibilidad de poder cerrar totalmente el párpado, desecándose la córnea.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos y podemos observar a través de este artículo en el cual hemos detallado, en opinión es importantísima la correcta higiene ocular y algunas de las consecuencias de no efectuarla, podemos decir en conclusión, que por muy pequeña que sea la parte del cuerpo, en la que el Técnico en cuidados de enfermería, tenga que efectuar la higiene es siempre muy importante, ya que de ello va a depender la mayoría de las veces la salud del paciente y sobre todo su bienestar y confort, que cuando no se efectúa adecuada y correctamente nuestras competencias pueden derivar en infecciones o enfermedades que podrían haberse evitado.

6 Bibliografía

1. <https://books.google.com/books?id=GeS1p-6GLnIC>
2. Carrillo Esper Raúl, Flores Rivera Oscar Iván, Díaz Ponce Medrano Juan Alberto, Peña Pérez Carlos Alberto, Neri Maldonado Rosalinda, Palacios Castañeda

Andrés et al . Protección ocular en los enfermos internados en la Unidad de Terapia Intensiva: Una propuesta de mejora de calidad y seguridad. Rev. Asoc. Mex. Med. Crít. Ter. Intensiva [revista en la Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Ago 29] ; 30(1): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-84332016000100004&lng=es.

3. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-desalud/prevencion-salud/higiene-ocular.html>

4. Hueso Abancens JR, Mengual Verdú E, Schargel Palacios K, García Sánchez J, Placeres Daban J, García Conca V et al . Modificación de la flora conjuntival por el empleo de soluciones de higiene palpebral. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Ago 29] ; 79(12): 617-622. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912004001200008&lng=e

Capítulo 242

EL DESEMPEÑO PSICOLÓGICO HACIA LA FAMILIA DEL PACIENTE ENFERMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

1 Introducción

La familia es una estructura de grupo con sus características peculiares.

Un grupo es un sistema estructurado de dos o más individuos que interrelacionan e interactúan y que:

- Llevan a cabo alguna función.
- Cada miembro tiene su estatus y su rol.
- Tienen un conjunto de normas que regulan la función del grupo y de cada miembro.

La familia es el grupo primario por excelencia en el que prevalece la afectividad. Es el sistema intermedio que conecta el sistema social con el individuo, es decir, actúa de vehículo socializador. La entrada en él es voluntaria por parte de la

pareja e involuntaria en la situación de los hijos. La salida de él es tediosa y dificultosa, incluso extrema (muerte, divorcio, abandono, etc.). Debe tenerse en consideración que tanto en la formación, modificación o ruptura, se origina un grado de reestructuración del sistema, que precisa de tiempos de adaptación, que incluso puede no originarse.

La interacción de los miembros se identifica por su intensidad y complejidad.

Cada grupo familiar establece y desarrolla su propia normativa que regula las interacciones entre sus miembros. Existen unos rituales (cumpleaños, celebraciones, etc.) que sirven para mantener la unión.

Características de un grupo de familia.

- Estructura formal de roles con patrones culturales propios y además definidos.
- Intensidad e intimidad en las relaciones.
- Nexos de la unión diferentes a otros grupos (consanguinidad).
- Permanencia de tiempo prolongado, aun cuando se experimenten fluctuaciones.

2 Objetivos

Describir a través de este artículo las controversias de la patología del paciente enfermo puede tener en el grupo familiar, con lo que muchas veces se verán superados negativamente con la situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Consecuencias de la patología en el grupo familiar

1. Crisis familiar.
2. Peso específico de la madre en el papel cuidador.
3. Aumento de crisis y desestructuración si la enferma es la madre.

4. Separación del miembro del ámbito y núcleo familiar si existe hospitalización, con alteraciones en las rutinas de la vida diaria y angustia por la situación de su familiar paciente.

En todo el trascurso de la patología y enfermedad es preciso tener presente al grupo familiar pues, en la mayoría de las ocasiones se origina una desestructuración del mismo, siendo el grupo más importante de pertenencia del paciente. El profesional de enfermería en especial el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es quien suele tener un trato más constante y cercano con la familia y a su vez quien posee más a mano los medios y técnicas para encauzar positivamente su actuación. La observación del cuadro familiar, el modo y forma en que se presenta el inicio de la relación, lo que expresan y lo que callan, cómo lo expresan y qué actitudes tienen, compone un excelente instrumento a la hora de detectar las reacciones ansiosas básicas predominantes y, de entre ellas, cuál es la que el paciente puede manejar por sí solo o necesita ayuda.

La familia posee un peso específico en la recuperación y adaptación del paciente enfermo, en función de sus actitudes: colaboración, rechazo del trascurso o del paciente, superprotección, etc.

Es frecuente cometer dos errores con la familia:

Considerar secundarias sus expresiones y sus actitudes, prevaleciendo en la mayoría de las ocasiones las del paciente.

Separar ambas fuentes de información afrontándolas como si fuesen trascursos diferentes.

En la relación familiar podemos encontrar reacciones negativas hacia el equipo sanitario con una comunicación desplazada contra el facultativo con quejas sobre él o contra el profesional de enfermería.

En ocasiones la familia muestra celos del profesional de enfermería. ¿Quién va a cuidarle mejor que nosotros? En este caso hay que conseguir que entienda que afectivamente, quien más cariño le va a proporcionar es la familia, pero que técnicamente ella no está preparada y que, si es preciso, será adiestrada para ello. Una forma de aliviar la sensación de culpabilidad que puede sentir la familia por dejar al paciente al cuidado del profesional de enfermería es que puedan cooperar en los cuidados del paciente.

La función del profesional de enfermería es prestar cuidados. Debemos saber cuidar al paciente y su familia, no como dos conceptos separados sino como un todo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir y deducir que es de muchísima importancia la función que cumple el profesional de enfermería y en especial el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de saber lidiar con las situaciones que vienen de la patología del paciente en lo que respecta a las impresiones y situaciones en las que los familiares se pueden encontrar, las cuales además de la ansiedad y estrés por la situación, se les suma la culpabilidad y el miedo, de no poder cuidar a su familiar por muy diversos motivos, pudiendo ser estos por compromisos con familiares que dejaron en casa o por motivos laborales y que tiene que dejarlo en nuestras manos la de los profesionales sanitarios, se debe ante estas situaciones crear el clima de confianza y que sepan y tengan la impresión y percepción de que pueden estar tranquilos, aunque ellos no estén presentes, que sus familiares pacientes estarán bien cuidados.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19-poblacion/ayuda-psicologicapacientes-familiares-afectados-covid-19>
2. <https://psicologiaencancer.com/es/tengo-un-familiar-con-cancer/>
3. Campo Martínez M.C., Cotrina Gamboa M.J.. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 Oct [citado 2022 Sep 01] ; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009>.
4. Canga A., Esandi N.. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Sep 01] ; 39(2): 319-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=es.

Capítulo 243

PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

1 Introducción

La incontinencia urinaria es el estado que sufre una persona por la pérdida del control de la vejiga. Ésta puede ser la consecuencia a un fallo de la fase de llenado vesical, o por causa vesical y uretral. La diuresis depende de factores individuales como la ingesta de líquidos, temperatura ambiental, ritmo respiratorio o ejercicio físico entre muchos otros factores.

La orina se produce en los riñones y fluye hacia abajo por unos conductos llamados uréteres hacia la vejiga. Desde ésta la orina va hacia el exterior del cuerpo mediante la uretra tanto en mujeres como en hombres. Para que la orina sea controlada por el cuerpo existen unos esfínteres que funcionan como válvula para retener o liberar la orina.

La incontinencia, es un problema para la gran parte de la población, por lo que deben recurrir a medidas paliativas. Debido a ello, la incontinencia urinaria se convierte en un problema sanitario de medidas descomunales. Esto supone un gran gasto en pañales y material sanitario del Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad es altamente prevalente tanto en hombres como en mujeres sufrir incontinencia urinaria, aunque es 2-4 veces más común en mujeres que en varones.

Hay estudios epidemiológicos realizados, entre mujeres adultas de todas las edades, que demuestran que las tasas de prevalencia de incontinencia urinaria, oscilan entre el 20 y el 50% de la población. (Robles, 2006).

En España los pacientes que sufren de incontinencia urinaria (IU) son aproximadamente dos millones, de los que el 75 % son mujeres de distintas edades y el 25 % hombres. Puede ser que la edad es el factor que más implica la IU y que entre los 50-60 años de edad son las décadas donde las personas están más afectadas por este problema. A medida que aumenta la edad, hacia los 80 años, las cifras se van igualando entre hombres y mujeres, debido a que los hombres sufren de procesos prostáticos (Castro y Zarzosa, 2005).

Actualmente, tiene un porcentaje menor, aunque no de menos importancia, la enuresis, que es la incontinencia urinaria nocturna; más relacionada con los niños en los que influye la ansiedad, factores hereditarios, profundidad del sueño, patologías funcionales y alteraciones psicológicas, orgánicas e inmadurez cerebral. La mayoría de casos de enuresis se solucionan con el tiempo y a éstos no les afecta ningún cambio de la personalidad, por lo que su capacidad intelectual en su desarrollo infantil es igual que la de los demás niños.

En las personas que comienzan a desarrollar esta enfermedad, tiene una gran importancia la IU, ya que disminuye las relaciones sociales, se tiende a la depresión y se ve mermada la autoestima con un sentimiento de culpabilidad y pérdida de la dignidad, afecta a las relaciones íntimas e incluso afecta en las actividades cotidianas. (Castro y Zarzosa, 2005).

Según el tipo de incontinencia pueden tener diferentes causas:

- Incontinencia de estrés o esfuerzo: que coincide con actividad física, tos, estornudo o risa y representa el 25% de los casos.
- De urgencia, pérdida de orina asociada a un irrefrenable deseo de orinar, que representa el 20% de los casos.
- Mixta, se asocian síntomas de las dos anteriores y es el tipo más frecuente. Está producida por la edad, partos, embarazos, obesidad.

Los diferentes tipos de incontinencia urinaria son:

Incontinencia urinaria continua o total, que es la pérdida constante de orina.

Incontinencia urinaria de esfuerzo, en ella se produce la pérdida repentina de orina al realizar cualquier actividad que determina un aumento de la presión intraabdominal (ejercicio físico, tos, estornudos, etc.). Este tipo de incontinencia urinaria es la más frecuente en la mujer, especialmente en las que han tenido múltiples embarazos y partos vaginales y cuya vejiga, uretra o pared rectal sobresalen dentro de la vagina (prolapso pélvico). También puede presentarse en varones intervenidos de próstata.

Urge-incontinencia que se caracteriza por el escape brusco de orina precedido por un intenso deseo para orinar. Suele estar producido por un aumento en la capacidad de contracción de la musculatura de la vejiga urinaria y puede estar relacionada con enfermedades y lesiones neurológicas.

Incontinencia por rebosamiento o paradójica, que se produce en pacientes con procesos obstructivos en el tramo urinario inferior, que determinan una retención urinaria crónica (vaciamiento incompleto de la vejiga) pero que causa pérdidas involuntarias de orina.

2 Objetivos

Como principal objetivo es conocer los diferentes tipos de incontinencia urinaria, cuáles son los factores principales que la causan, y los protocolos de actuación y prevención necesarios para cada paciente

3 Metodología

Se han consultado las siguientes bases de datos y buscadores: Medline, Scielo, PubMed, Google Académico y Dialnet Índice Médico Español.

Los descriptores utilizados han sido: incontinencia urinaria, causas de la incontinencia urinaria, características de la incontinencia urinaria, prevención de la incontinencia, tipos de incontinencia urinaria, tratamiento y manejo de la incontinencia urinaria, protocolos de actuación ante la IU.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: artículos, textos con información adecuada al tema referido y libros científicos exceptuando toda documentación a la que no se tuviera acceso al texto completo o la información en la que su contenido resultase obsoleto. Como criterios de exclusión, se han determinado aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión, aquellos en los que los documentos aparecían duplicados y aquellos en los que el acceso a su información implicase suscribirse o efectuar un pago para acceder a ella.

4 Resultados

Se ha de identificar la incontinencia urinaria en base a ciertos criterios de combinación de síntomas; si el paciente empieza a sentir dichos síntomas o si por el contrario ya los está sufriendo con duración en el tiempo, si solo se producen en determinadas ocasiones, si son relacionados con algún tipo de medicación tomada por otra patología, si tiene antecedentes familiares, si padece de alguna patología urinaria, hinchazón de abdomen o sensación de evacuación completa. También si ha requerido de ejercicios específicos estimulando los movimientos de los músculos pélvicos de Kegel (Goetz y Cárdenas, 2016).

Estimular la prevención de la enfermedad, fomentar charlas educativas a la población de cómo vivir con esa nueva enfermedad para que puedan llevar una vida normal sin que les afecte emocionalmente los cambios rutinarios que van a ir sufriendo.

Atender las necesidades en los cambios psicológicos del paciente que afectan a la autoestima, a las relaciones de pareja, sentimiento de culpabilidad en lo que le va aconteciendo, incluso pérdida de la dignidad (Castro y Zarzosa, 2005).

Facilitarles dietas alimenticias adecuadas a la edad y peso, ya que las personas con sobrepeso tienen más probabilidades de padecer una IU.

La edad es un factor importante que prevalece más en edades avanzadas, incluso más prevalente en mujeres que en hombres (Robles, 2006).

Es de suma importancia poner en marcha todos los protocolos existentes en el centro sanitario para evitar y prevenir infecciones y posibles complicaciones (Rivero, Díaz, Ferrero, y Cuadrillero, 2006).

Realizar tareas como comprobar órdenes y material necesario a la hora del manejo con el paciente que sufre incontinencia urinaria; tener una buena higiene antes y después de ponerse los guantes, preservar todo lo que se pueda la intimidad del enfermo durante su estancia en el hospital o residencia. Así pues para los enfermos que tengan que llevar sonda vesical de forma momentánea o de forma más prolongada en el tiempo se debe de realizar un buen lavado de manos y ponerse guantes, llevar a cabo la obstrucción de la bolsa de orina y acodos en la sonda, realizar el vaciado de la bolsa periódicamente con su correspondiente control de diuresis y estimular al enfermo en la ingesta de líquidos, etc. (Carrol, y Brue, 2006).

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el rol del auxiliar de enfermería, de incorporarse y participar en el proceso de prevención y adaptarse al Plan de los cuidados que consiste en una aplicación del método científico prestando los cuidados necesarios e individuales que cada enfermo necesite.

Se ha de llevar a cabo un proceso de atención realizando la metodología específica de enfermería, con su respectivo protocolo y procedimiento.

Es importante considerar la prevalencia de la incontinencia urinaria para evaluar y prevenir las causas que desarrollan esta enfermedad, haciendo hincapié en las mujeres, que son las que actualmente alcanzan un mayor porcentaje de incontinencia urinaria en la población (Castro y Zarzosa, 2005).

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/urinaryincontinence.html>
2. Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barcelona)*. 2003;12:464-
3. Espuña M, Puig M. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;6:278-90.
4. Ferri A. Incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004;26(5):247-8

Capítulo 244

LOS DIFERENTES COMETIDOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS ENFERMOS DE DISNEA

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

1 Introducción

La dificultad respiratoria puede tener diversas causas. Por ejemplo, si el corazón no puede bombear suficiente sangre para suministrar suficiente oxígeno al cuerpo, la enfermedad cardíaca puede provocar dificultad para respirar.

La disnea es un problema respiratorio muy desagradable que hace que quien la padece se sienta sin aliento y, en algunos casos, como si se asfixiara.

Si su cerebro, músculos u otros órganos del cuerpo no reciben suficiente oxígeno, es posible que experimente dificultades para respirar.

Los problemas pulmonares, de las vías respiratorias y otros problemas de salud también pueden contribuir a las dificultades respiratorias.

La disnea puede volverse incapacitante y requerir varios días de enfermedad en el trabajo, especialmente en pacientes con afecciones respiratorias o cardíacas.

La disnea aguda, que requiere atención médica inmediata, puede ocurrir si dura más de unos pocos segundos y luego desaparece rápidamente.

Aunque tiene una amplia gama de causas fisiológicas, incluidas enfermedades cardíacas o pulmonares y otros factores, se debe principalmente a una serie de factores ambientales, psicológicos y sociales.

A pesar de que la EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo y que su prevalencia aumenta con la edad, no hay información disponible sobre la prevalencia real de la enfermedad.

2 Objetivos

- Explicar las diferentes funciones de los TCAE con relación a los pacientes que padecen de disnea.
- Enumerar brevemente los cuidados y recomendaciones para los pacientes con disnea.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se utiliza una variedad de tratamientos y terapias para atender a los pacientes con disnea, y el uso de técnicas respiratorias como complemento de la atención médica es necesario para mejorar la función respiratoria de estos pacientes.

Los tres métodos principales son los siguientes, teniendo en cuenta la situación:

- La espiración se fuerza mientras se aplica presión en la pared costal anterolateral, lo que fortalece el movimiento natural del tórax y favorece el drenaje de las secreciones.
- Clapping: Este método se utiliza para expulsar las secreciones para que el paciente pueda aspirarlas o expectorarlas.

Se deben utilizar otras opciones siempre que exista riesgo o contraindicación.

-Los ejercicios para una espiración lenta pueden ayudar en el paso de las secreciones por la vía aérea media. El paciente se coloca en posición cubital lateral mientras recibe tratamiento y se utiliza una respiración lenta y deliberada durante todo el tratamiento.

La disnea es un problema muy común en pacientes con patologías respiratorias, pero en la mayoría de los casos el paciente logra deshacerse de estos incómodos síntomas. Aparecen con mayor frecuencia en las siguientes enfermedades:

-Cuando hay daños en el corazón.

-Asma.

-Inflamación pulmonar reciente.

-Émbolos en los pulmones.

-La existencia de tumores de pulmón.

Es fundamental poder ofrecer estrategias que puedan abordar las causas subyacentes al momento de realizar una evaluación inicial para iniciar el tratamiento de un paciente.

Además del uso de productos farmacéuticos, se utilizará la oxigenoterapia, que consiste en administrar a los pacientes altas concentraciones de oxígeno.

El médico decidirá cuál de estos es ideal para el paciente.

Respecto a la atención que el TCAE pueda prestar en relación con aspectos concretos y el entorno ambiental del paciente, se tendrá en consideración lo siguiente:

Es necesario mantener el espacio fresco y ventilado.

Lo ideal es que la ventana permanezca abierta o ligeramente entreabierta.

Asegúrese de que el paciente tenga fácil acceso a todas las herramientas y suministros que necesitará.

Asegúrese de que el paciente se encuentre en un entorno tranquilo y sin distracciones.

Utilice técnicas de respiración profunda y ejercicios de relajación para reducir sus niveles de estrés.

Fomentar la hidratación y la ingesta frecuente de líquidos.

Siga la dieta que se le aconseje.

Motivar al paciente a dejar de fumar.

5 Discusión-Conclusión

Comprender las causas y los factores de riesgo de la disnea es esencial para abordar el problema con intervenciones y actividades que puedan ofrecer al paciente una atención excelente y ayudarlo a sentirse bien.

El tratamiento de este tipo de pacientes en los distintos centros sanitarios dependerá en gran medida de la colaboración de los técnicos auxiliares de enfermería. El paciente con disnea recibirá atención y apoyo educativo por parte del equipo de enfermería y técnicos auxiliares de enfermería, y su participación activa en el proceso es crucial para su recuperación.

Esto nos permitirá desarrollar un plan de atención personalizado que nos permitirá cumplir nuestros objetivos.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-paciente-con-disnea-en-urgencias/>

Capítulo 245

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ASEO AL PACIENTE ENCAMADO

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

1 Introducción

La situación en la que se encuentra un paciente encamado y hospitalizado por la circunstancia que sea, no es fácil, ya que se ve privado de su movilidad, y tiene que ser asistido por un grupo de profesionales clínicos totalmente desconocidos, entre estos profesionales se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Este hecho le causa al paciente estrés, enfado, ansiedad, soledad, y una frustración que le lleva a una inmensa tristeza, el TCAE tiene que mostrar mucha humanidad y empatía, intentando ponerse en la piel de este individuo y explicarle con naturalidad que él está ahí para cuidarle, ayudarle y atenderle en su aseo personal, y que el aseo es fundamental para el individuo, ya que este acto le

da al paciente bienestar y confortabilidad ayudándole a estar más relajado, más tranquilo y a dormir mejor.

Es importante para el paciente encamado, que el TCAE esté cerca de él, notar el apoyo que le ofrece este profesional, sintiéndose respaldado puesto que la hora del aseo para el paciente encamado, no es sencillo y es comprensible, el TCAE intenta convertir ese momento en un momento agradable, respetando absolutamente la intimidad del enfermo, con una conversación amena e intentando quitarle importancia al hecho de que el individuo esté desvestido.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es dar la importancia que tiene el aseo de una persona que está ingresada en un hospital y encamada.

3 Metodología

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

Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El aseo personal de un paciente lo lleva a cabo el TCAE y un celador, en caso de necesidad se unirá una enfermera.

El TCAE tendrá preparado todo el material necesario antes de empezar con el aseo del paciente encamado:

- Sábanas encimera y bajera, almohada y un camisón o pijama.
- Timbales para depositar la ropa sucia, bolsas de basura, salvacamás y cuña.
- Palangana con agua, jabón, esponja de un solo uso, toalla para secar, crema hidratante, suero salino, gasas para los ojos y un peine.

El TCAE avisa al paciente de que le van a asear, se pone los guantes y empieza colocando un biombo y ofreciéndole la cuña por si tiene necesidad de usarla, lo desviste con cuidado, tapándolo con una sábana para no mostrar su desnudez, el

lavado comienza por la cara, primero los ojos con una gasa limpia para cada uno, empezando por la parte del lagrimal hacia fuera con agua o suero fisiológico, se secarán con otra gasa para cada ojo.

El aseo sigue con las orejas, solo se limpian por fuera y con agua, sin introducir nada en los pabellones auditivos.

A continuación, seguirá el lavado por el siguiente orden: cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax, abdomen, piernas y pies. El secado del cuerpo se hará con una toalla sin frotar, secando con pequeños toques, evitando así la fricción y las rojeces.

Si es mujer, se comienza lavando los genitales por el pubis y los labios mayores, separando estos y limpiando de adentro hacia afuera y de arriba abajo, a continuación el vestíbulo perineal y región anal. Se aclara con el agua al chorro y secando la zona con una toalla a toques.

Si es un hombre se coloca en decúbito supino con las piernas abiertas y la cuña entre ellas, empezará por el pene y a continuación los testículos con esponja y agua jabonosa, retirando hacia atrás el prepucio para poder limpiar el glande con movimientos circulares y siempre desde dentro hacia fuera, se aclara y seca igual que en una mujer.

En ambos casos cambiaremos el agua y la esponja, pondremos al paciente en decúbito lateral y seguiremos el aseo por el siguiente orden: cuello, espalda y glúteos.

Una vez terminado el aseo se hidratará la piel del paciente con crema, dando un pequeño masaje por las partes del cuerpo que no estén afectadas por heridas, golpes, etc. Vestiremos al paciente con un camisón o pijama limpio.

El TCAE aprovechará esta posición para retirar las sábanas sucias, y poner sábanas limpias, cambiar al individuo del decúbito lateral en el que se encuentra por el decúbito lateral contrario y sacar las sábanas sucias, colocando y tirando de las sábanas limpias, cambiando la funda de almohada y dejando la cama hecha, libre de sudor y suciedad.

5 Discusión-Conclusión

El aseo diario que presta el TCAE al enfermo, se debe hacer de manera organizada, con total delicadeza y observando el cuerpo del individuo encamado, ya

que cualquier rojez o signo que se observe en la piel del individuo hay que comunicarlo a la enfermera.

El aseo es de total importancia para el cuerpo de la persona que lo recibe, puesto que libera su piel de sudor y malos olores, eliminando sus pieles muertas, restos de heces, pis, etc.

El aseo es salud, y la salud es vida, gracias a estos cuidados, las personas que están sometidas a esta rutina tienen menos problemas de escaras, y ganando en salubridad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 246

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE COVID PERSISTENTE

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

LORENA CANO LOPEZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de COVID-19 persistente se refiere a la atención médica especializada que se brinda a pacientes que experimentan síntomas prolongados o recurrentes después de una infección por COVID-19 inicial. En esta consulta, se abordan las siguientes áreas:

Evaluación médica detallada: Se realiza una evaluación exhaustiva de los síntomas del paciente y se lleva a cabo un historial clínico completo para comprender la gravedad y la naturaleza de la persistencia de los síntomas. Esto incluye la revisión de síntomas respiratorios, cardiovasculares, neurológicos y otros sistemas del cuerpo.

Pruebas y estudios adicionales: Los pacientes pueden someterse a pruebas adicionales, como análisis de sangre, imágenes pulmonares y estudios cardíacos, para detectar posibles complicaciones y problemas subyacentes.

Manejo de síntomas: Se establece un plan de manejo de síntomas personalizado para abordar las necesidades individuales del paciente. Esto puede incluir tratamientos para la fatiga, la dificultad respiratoria, el dolor persistente y otros síntomas.

Apoyo emocional y psicológico: Se brinda apoyo para enfrentar el estrés emocional y la ansiedad asociados con los síntomas persistentes y la incertidumbre. Esto puede incluir derivación a servicios de salud mental y grupos de apoyo.

Rehabilitación y fisioterapia: Para pacientes con debilidad muscular o dificultad para respirar, se pueden recomendar programas de rehabilitación y fisioterapia para mejorar la función física.

Seguimiento a largo plazo: Se establece un programa de seguimiento a largo plazo para monitorear la evolución de los síntomas y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

La consulta de COVID-19 persistente es esencial para proporcionar atención integral y apoyo a los pacientes que continúan experimentando síntomas después de la infección inicial. Dado que esta condición es relativamente nueva, la investigación y la colaboración interdisciplinaria son fundamentales para comprender mejor sus causas y opciones de tratamiento a largo plazo.

2 Objetivos

Conocer 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 esencial en la consulta de COVID-19 persistente al proporcionar atención y apoyo directo a los pacientes que experimentan síntomas prolongados o recurrentes. Sus funciones incluyen:

Evaluación y registro de síntomas: El TCAE recopila información sobre los síntomas actuales del paciente, incluyendo fatiga, dificultad respiratoria, dolor y otros síntomas persistentes. Registra con precisión esta información para informar a los profesionales de la salud.

Preparación y asistencia en pruebas: Ayuda en la preparación de los pacientes para pruebas diagnósticas y toma de muestras, como análisis de sangre, radiografías y estudios de función pulmonar.

Seguimiento de signos vitales: Realiza un seguimiento de los signos vitales del paciente, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, y comunica cualquier cambio significativo al equipo médico.

Apoyo en la administración de tratamientos: Bajo supervisión, el TCAE puede ayudar en la administración de tratamientos, como medicamentos para aliviar síntomas específicos o terapias respiratorias.

Cuidados básicos y movilización: Brinda atención básica, como la asistencia en la higiene y la movilización de pacientes que pueden tener debilidad o dificultades respiratorias.

Apoyo emocional: Escucha a los pacientes, ofrece apoyo emocional y proporciona información sobre el manejo de la ansiedad y el estrés asociados con la persistencia de los síntomas.

Educación al paciente: Proporciona información sobre el COVID-19 persistente, su evolución y los pasos a seguir para la recuperación. Educa al paciente sobre la importancia de seguir el plan de tratamiento.

Colaboración interdisciplinaria: Trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y coordinada.

Seguridad y prevención de infecciones: Se asegura de que se sigan los protocolos de prevención de infecciones para proteger al paciente y al personal de salud en la consulta.

El TCAE desempeña un papel crucial en la atención a pacientes con COVID-19 persistente al brindar cuidados directos y apoyo integral. Su enfoque en la atención centrada en el paciente y la colaboración con el equipo médico son

esenciales para ayudar a los pacientes en su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento de la consulta de COVID-19 persistente, como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es esencial centrarse en la atención de calidad y la seguridad del paciente. En primer lugar, fomentar la empatía y la comunicación efectiva al interactuar con los pacientes que experimentan síntomas prolongados. Escuchar atentamente sus preocupaciones y proporcionar un ambiente de apoyo. La paciencia y la comprensión son fundamentales, ya que algunos pacientes pueden sentirse ansiosos o frustrados debido a la persistencia de los síntomas.

Además, colaborar de manera estrecha con el equipo de atención médica y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral. La comunicación fluida y la coordinación son esenciales para proporcionar el mejor cuidado posible. Finalmente, mantener altos estándares de prevención de infecciones y seguridad para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud. Al seguir estas pautas, se contribuye al éxito de la consulta de COVID-19 persistente y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Tíscar-González, V., Sánchez-Gómez, S., Lafuente Martínez, A., Peña Serrano, A., Twose López, M., Díaz Alonso, S., ... & Zorrilla-Martínez, I. (2023). Vivencias e impacto en la calidad de vida de personas con COVID persistente. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102247.

Capítulo 247

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DE LABORATORIO CLÍNICO

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

LORENA CANO LOPEZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

Los resultados de una consulta de laboratorio son una parte fundamental del proceso diagnóstico y de atención médica. Estos resultados proporcionan información crucial sobre la salud de un paciente y son interpretados por profesionales de la salud para tomar decisiones informadas.

Los resultados de laboratorio generalmente incluyen mediciones y valores de diversos parámetros, como análisis de sangre, orina, cultivos, pruebas de imagen y más. Estos resultados pueden revelar la presencia de enfermedades, infecciones,

desequilibrios químicos, y mucho más. Los valores normales de referencia se utilizan para comparar los resultados de un paciente y determinar si están dentro de los rangos aceptables.

La interpretación de los resultados de laboratorio es responsabilidad de profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio. Estos profesionales consideran los síntomas del paciente, su historial médico y otros factores clínicos para llegar a un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. Es importante recordar que los resultados de laboratorio son una herramienta en el proceso de diagnóstico, y su interpretación requiere conocimiento y experiencia. Los pacientes deben discutir sus resultados con un profesional de la salud para comprender plenamente su significado y las implicaciones para su atención médica.

Los resultados de la consulta de laboratorio son una parte esencial de la atención médica, proporcionando información valiosa para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Su interpretación precisa y la comunicación efectiva entre el paciente y el equipo de atención médica son fundamentales para brindar una atención de calidad.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en el laboratorio clínico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la consulta de resultados de laboratorio clínico al brindar apoyo a los pacientes y al equipo médico. Sus funciones abarcan diversas áreas:

- Recepción y organización de resultados: El TCAE recibe y organiza los informes de laboratorio, asegurándose de que estén disponibles para el médico en el momento de la consulta.
- Preparación de la sala de consulta: Asegura que la sala de consulta esté lista para recibir a los pacientes, garantizando su comodidad y privacidad.
- Atención al paciente: Da la bienvenida a los pacientes, confirma sus datos de identificación y proporciona un entorno acogedor y de apoyo. Escucha las preocupaciones del paciente y ofrece orientación sobre el proceso de consulta de resultados.
- Coordinación con el laboratorio: Mantiene una comunicación efectiva con el personal del laboratorio para garantizar la disponibilidad de los resultados y su entrega oportuna a los médicos.
- Registro de información: Documenta la información relevante de la consulta y los resultados, manteniendo registros precisos y confidenciales.
- Asistencia al médico: Colabora estrechamente con el médico durante la consulta, proporcionando información sobre la preparación de los pacientes para pruebas futuras, ayudando a explicar los resultados y asegurando que las recomendaciones del médico se comuniquen claramente al paciente.
- Seguimiento y recordatorios: En casos de resultados que requieran seguimiento o pruebas adicionales, el TCAE puede ayudar a coordinar las citas futuras y recordatorios para garantizar que el paciente reciba la atención adecuada.
- Asesoramiento y apoyo: Brinda apoyo emocional a los pacientes que puedan estar preocupados por sus resultados. En situaciones en las que los resultados son alarmantes, el TCAE puede ofrecer consuelo y canalizar al paciente hacia recursos de apoyo adicionales.
- Confidencialidad y ética: Garantiza la confidencialidad de los resultados y de la información del paciente, siguiendo estrictos estándares éticos y legales.
- Educación al paciente: Proporciona información educativa sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas y llevar a cabo un autocuidado efectivo en caso de enfermedades crónicas.

El TCAE juega un papel crucial en la consulta de resultados de laboratorio clínico al asegurarse de que los pacientes reciban una atención de calidad, se sientan

apoyados y comprendan claramente su estado de salud. Su enfoque en la atención centrada en el paciente y la colaboración con el equipo médico contribuyen al bienestar y la satisfacción de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las mejoras en la consulta de laboratorio realizadas por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería son esenciales para garantizar la eficiencia y la seguridad en el proceso de atención médica. En primer lugar, el técnico debe enfocarse en mantener un entorno limpio y organizado, asegurando que todos los suministros estén fácilmente accesibles y debidamente etiquetados. Esto contribuye a una mayor eficiencia al minimizar la búsqueda de materiales y reducir el riesgo de errores.

En segundo lugar, la comunicación efectiva es crucial. El técnico debe ser proactivo al interactuar con pacientes y colegas, proporcionando instrucciones claras sobre preparación para pruebas, recopilación de muestras y resultados. Además, es importante mantener registros precisos y actualizados para un seguimiento adecuado. Estas mejoras en la consulta de laboratorio no solo optimizan la calidad de la atención al paciente, sino que también contribuyen a la gestión eficiente de recursos y a un entorno de trabajo seguro y colaborativo.

6 Bibliografía

Ortega, D. R., Delgado, M. E. G., & González, Ó. J. C. (2019). El laboratorio clínico en odontología. *Revista ADM*, 76(1), 20-25.

Capítulo 248

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL MANTENIMIENTO DE LA Sonda VESICAL DEL PACIENTE SONDADO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

1 Introducción

Se entiende como sonda vesical al tubo de plástico (hueco en su interior) que se introduce por la uretra del paciente hasta la vejiga de la orina.

Este procedimiento se lleva a cabo cuando el paciente muestra incontinencia urinaria, para evitar la aparición de infecciones de orina en el paciente o molestias derivadas de dicha infección.

En la actualidad, una de las infecciones nosocomiales más comunes en el ámbito sanitario se produce por las infecciones urinarias, convirtiéndose la sonda vesical en la principal fuente de infección del paciente sondado.

Es por ello, por lo que se recomienda realizar una serie de actuaciones para evitar una infección nosocomial de los pacientes sondados.

- Realizar un correcto lavado de manos para manipular la sonda.
- Utilizar guantes desechables durante la manipulación de la sonda.
- Realizar un aseo diario del meato urinario y la zona íntima próxima a la sonda con agua y jabón. Esta actuación es recomendable realizarla como mínimo dos veces al día.
- Si la sonda es de látex, cambiar la sonda urinaria entre los 7 y 15 días a contar desde el día de su colocación.
- Si la sonda es de silicona, cambiar la sonda cada 3 meses.
- Registrar en la historia del paciente cada una de las actuaciones realizadas con la sonda vesical.

2 Objetivos

- Conocer el mantenimiento de la sonda vesical de un paciente llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para cambiar la bolsa de orina del paciente.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para vaciar la bolsa de orina del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimiento para cambiar la bolsa de orina.

Con el fin de minimizar las infecciones nosocomiales a través de la sonda vesical, se seguirá una serie de recomendaciones durante la realización del procedimiento de cambiar la bolsa urinaria.

- Evitar cambiar la bolsa diariamente, hacerlo únicamente cuando este deteriorada, se cambie la sonda vesical, tenga mal olor o cuando los sedimentos depositados con la orina dificulten el funcionamiento del sistema antirreflujo o la válvula de vaciado.
- Realizar un correcto lavado de manos antes de comenzar a manipular la sonda vesical.
- Extremar las medidas de higiene durante el cambio de la bolsa de orina.
- Utilizar guantes en el momento de manipular y cambiar la bolsa.
- Utilizar aquellas bolsas de orina que dispongan de un sistema antirreflujo y de una válvula de vaciado.

Procedimiento para vaciar la bolsa de orina.

El vaciado de la bolsa de orina de un paciente sondado se convierte en una de las actuaciones más realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es por ello, por lo que deberán cumplir una serie de normas para evitar la aparición de una infección nosocomial en el paciente debido a la sonda.

- Realizar un correcto lavado de manos antes de comenzar a manipular la sonda vesical.
- Utilizar guantes en el momento de manipular y vaciar la bolsa.
- Recoger la orina en un recipiente exclusivo para cada paciente, evitando que la válvula de la bolsa de orina entre en contacto con este recipiente.
- Durante el vaciado de la bolsa, se recomienda que la bolsa se encuentra en un nivel inferior a la vejiga del paciente.
- Tener cuidado durante el vaciado de la bolsa para evitar que la válvula de la bolsa entre en contacto con el suelo.

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 mantenimiento de la sonda vesical del paciente sondado” nos demuestra las normas de actuación que deben mantener los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la manipulación de la bolsa de orina del paciente que se encuentre sondado.

Es de vital importancia que todo el personal que se encuentre en contacto con el paciente mantenga estas normas de actuación para evitar la aparición de una enfermedad nosocomial en el paciente, por lo que, es importante que si un técnico en cuidados auxiliares de enfermería no conoce estas normas de actuación, el

resto de compañeros o su superior más inmediato le explique el procedimiento a realizar.

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. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
3. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
4. 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.
5. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
6. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 249

LOS CENTROS DE DÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

PATRICIA LOPEZ MERINO

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

1 Introducción

Hoy en día, las personas ya no ven la vejez como la etapa final de la vida, sino como una etapa más en la que seguir creciendo y manteniendo una actitud activa. Los Centros de día ofrecen diversos servicios y cuidados a personas mayores y dependientes, apoyándolos tanto a ellos como a sus familias. La actividad que se realiza en ellos es gerontológica, ambulatoria y especializada.

En los Centros de día se realizan numerosas actividades, pero una que merece especial atención es la celebración de diversos talleres, los cuales tienen el objetivo de potenciar las capacidades que pueden verse perjudicadas mediante la estimulación a nivel cognitivo. En la realización de estas actividades, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juegan un papel crucial.

Los usuarios de estas instalaciones realizan diversas tareas que estimulan y activan sus funciones sociales, físicas, cognitivas y culturales, previniendo la aparición de síntomas y actitudes depresivas y anoréxicas, prevalentes en este grupo de edad.

Los Centros de día se diferencian de otros servicios asistenciales en que no solo ofrecen asistencia y apoyo a los usuarios, sino que también les involucran en actividades que promueven su autonomía y bienestar general.

El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar que presta atención y cuidado a los usuarios de los Centros de día, concentrando sus esfuerzos en mejorar la calidad de vida, promoviendo una buena salud física y mental.

Dado que existe un gran desconocimiento entre la población general, lo cual se refleja en que el número de usuarios en estos centros es menor que en otros, como residencias, atención domiciliaria o teleasistencia, entre otros, es fundamental concienciar a la población sobre en que consisten este tipo de centros, qué actividades se realizan y qué beneficios suponen para los usuarios que participan en ellos.

2 Objetivos

- Dar a conocer las actividades que se realizan en los Centros de día y los beneficios para los usuarios.
- Enumerar las diferentes funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los Centros de día, en relación con los asistentes de este tipo de centros.

3 Metodología

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

4 Resultados

Destaca en los centros de día la realización de diversos talleres con temáticas muy dispares, como hemos comentado anteriormente, pero todos ellos encaminados a potenciar las capacidades y disposiciones de los usuarios. Se esfuerzan por

mantener a las personas mayores comprometidas y concentradas, obligándolas a participar en las actividades, lo que fomenta un ambiente positivo, fomenta la comunicación y promueve el bienestar general.

Varios de estos talleres incluyen las siguientes actividades:

- Taller de juegos: este taller es muy eficaz para tratar y prevenir casos de ansiedad y depresión mediante la realización de diversos juegos que mantienen al usuario entretenido y concentrado en todo momento, siendo un ejemplo típico el bingo o el ludo.
- Taller de música: en este taller se suele tocar música propia de la época de los usuarios, se les invita a participar en las canciones, lo que eleva su ánimo y nivel de concentración, y les ayuda a recordar las letras y melodías de las canciones.
- Taller de gimnasia para adultos mayores: en este taller, el TCAE, siguiendo los estándares típicamente establecidos por un fisioterapeuta, que se ajustará al nivel de los usuarios, fomenta la actividad física del usuario.
- Taller de lectura, suele ser una de las primeras actividades del día junto con la actividad física. En este taller, el TCAE lee las noticias del día o un artículo que promueva la discusión abierta en un ambiente respetuoso y tolerante, algo muy común en este taller.
- Taller de dibujo: este taller puede ser realizado por el TCAE bajo la dirección o de acuerdo con las recomendaciones del terapeuta ocupacional, quien desarrolla las actividades a realizar, como dibujar libremente sobre un tema que despierte interés o colorear diversas plantillas, lo que fomenta la creatividad y la originalidad en los usuarios al tiempo que reduce los niveles de ansiedad.

El TCAE es un componente crucial en el funcionamiento diario de estas instalaciones, no solo se encarga de instruir o colaborar con otros profesionales para la realización de los distintos talleres, sino que también se encarga de cubrir las necesidades básicas de los usuarios, como comida y agua, higiene, en general.

El TCAE es el responsable de mantener la seguridad de los usuarios, asistiendo y auxiliándolos en las actividades diarias del Centro de día, trabajando siempre en equipo con otros profesionales, incluidos terapeutas ocupacionales, enfermeras y fisioterapeutas, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Dar a conocer la existencia de estos espacios, las actividades que albergan y las ventajas que experimentan sus usuarios en varios niveles es crucial.

Cada día, el personal trabaja como parte de un equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los usuarios a través de diversas iniciativas y es-

trategias que promueven un envejecimiento activo y saludable.

Cuando se trata de asistir periódicamente a personas mayores o dependientes y a sus familias, los Centros de día son una alternativa imprescindible.

No solo divierten y apoyan a los usuarios, sino que también fomentan la autonomía y la autoestima al buscar constantemente mejorar sus conocimientos y habilidades.

La mejora y prevención del deterioro que experimentan las personas mayores se promueve a través de la realización de diversos talleres y sus actividades, adaptándose constantemente a las necesidades y características de cada usuario.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-residencia-geriatricas/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 250

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS INCONVENIENTES DEL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

1 Introducción

La sociedad contemporánea se encuentra en constante movimiento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En este ajetreado mundo, los trabajadores a turnos, entre ellos los TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería), desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de atención médica y en numerosas otras industrias. Sin embargo, detrás de su labor incansable y esencial, se esconden desafíos y dificultades que afectan no solo a su salud, sino también a su vida personal y social.

Los TCAEs, al asumir turnos rotativos que incluyen noches y fines de semana, se enfrentan a una lucha constante contra el ritmo natural de su cuerpo, lo que puede llevar a problemas de salud física y mental. La falta de sueño adecuado, la interrupción del ritmo circadiano y la exposición constante a situaciones de estrés pueden desencadenar trastornos del sueño, agotamiento y dificultades para mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

Además, el trabajo a turnos puede tener un impacto negativo en las relaciones familiares y sociales de los TCAEs, ya que sus horarios impredecibles dificultan la planificación de actividades y el tiempo dedicado a sus seres queridos. La desconexión de la vida social y las limitaciones para participar en eventos comunes pueden generar sentimientos de aislamiento y soledad.

Se analizarán brevemente los desafíos que enfrentan los TCAEs en el trabajo a turnos, desde las repercusiones en su bienestar físico y mental hasta los efectos en su vida cotidiana y relaciones personales. Es imperativo comprender y abordar estas cuestiones para garantizar que estos profesionales altamente capacitados puedan continuar brindando atención de calidad mientras cuidan de sí mismos y mantienen un equilibrio saludable en sus vidas.

2 Objetivos

Enumerar las diferentes consecuencias del trabajo a turnos del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo a turnos para los TCAEs no solo es un desafío laboral, sino que también conlleva consecuencias significativas para su bienestar físico, mental y su vida en general. A continuación, analizaremos en detalle las repercusiones de este tipo de trabajo en los TCAEs.

Impacto en la salud física:

-Trastornos del sueño: Los TCAEs que trabajan en turnos rotativos a menudo se enfrentan con dificultades para mantener un patrón de sueño regular. Esto puede dar lugar a trastornos del sueño como el insomnio, que a su vez afecta su capacidad para recuperarse adecuadamente entre los turnos.

-Problemas gastrointestinales: La variabilidad en los horarios de las comidas y la exposición a la alimentación durante la noche pueden causar trastornos gastrointestinales, como el síndrome del intestino irritable.

Riesgos para la salud mental:

-Estrés y agotamiento: El trabajo a turnos, especialmente en entornos médicos, puede ser estresante debido a la carga de trabajo variable y las situaciones de emergencia. Esto puede llevar al agotamiento y a problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión.

-Problemas de adaptación social: La desconexión de la vida social debido a los horarios de trabajo puede hacer que los TCAEs se sientan aislados y experimenten sentimientos de soledad.

Impacto en la vida personal:

-Dificultades familiares: Los TCAEs a menudo enfrentan desafíos para equilibrar su vida laboral y personal. Los horarios irregulares dificultan la planificación de actividades familiares y pueden generar conflictos en las relaciones familiares.

-Limitaciones en el tiempo libre: La imprevisibilidad de los horarios de trabajo limita la capacidad de los TCAEs para participar en eventos sociales y actividades de ocio, lo que puede afectar negativamente su calidad de vida.

Riesgos para la seguridad en el trabajo:

-Mayor riesgo de errores: La fatiga resultante de los horarios de trabajo irregulares puede aumentar la probabilidad de cometer errores en un entorno de atención médica, lo que pone en peligro la seguridad de los pacientes.

En resumen, el trabajo a turnos de los TCAEs conlleva una serie de consecuencias perjudiciales que afectan su salud física, mental y su vida en general. Es esencial abordar estos desafíos a través de estrategias de gestión de turnos más eficaces, apoyo a la salud mental y programas de bienestar que permitan a estos profesionales continuar brindando atención de alta calidad sin poner en riesgo su propia salud y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos impone una carga significativa en la vida de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs). Las consecuencias se manifiestan a nivel de salud física, mental y en su vida personal. Los trastornos del sueño, el

estrés, y las dificultades para equilibrar sus responsabilidades laborales y personales son desafíos persistentes. Esto no solo afecta su bienestar, sino también su capacidad para brindar atención de calidad. Es imperativo que se implementen estrategias que promuevan la salud y el bienestar de los TCAEs, como una mejor gestión de turnos, programas de apoyo emocional y medidas que faciliten la conciliación de la vida laboral y personal. Al abordar estas cuestiones, se garantiza que estos profesionales sigan desempeñando un papel crucial en el sistema de atención médica sin comprometer su propia salud y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/afectacion-salud-trabajo-turnos/>.

Capítulo 251

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

JOANA FERNÁNDEZ RUBIO

1 Introducción

Es una enfermedad o trastorno mental por el que las personas actúan de forma muy emocional y sobre todo dramáticamente, queriendo ser el centro de atención.

Algunas de sus causas son desconocidas. Los sucesos en la infancia y los genes pueden ser los causantes, pero se suele diagnosticar con más frecuencia en las hembras que los varones. En cuanto a los varones suele haber más casos de los que son diagnosticados, este tipo de trastornos unen al parecer al final de la adolescencia o en la joven adultez.

Algunos de los síntomas pueden ser los siguientes: suelen presentar comportamientos seductores, pueden ser de fácil influencia, son personas muy sensibles ante las críticas, con pan a las personas de sus fracasos o acontecimientos que le sucede que son malos, la necesidad de ser admirado continuamente, es decir, ser el centro de atención, ser muy dramático o experimentar las emociones de una forma o manera exagerada, variabilidad en los estados de ánimo, pensar que las relaciones íntimas son más íntimas de lo que son, preocupación excesiva por su

físico, poco tolerante ante la frustración o no sentirse gratificado. Se dice que son personas con alto nivel de egocentrismo, puesto que son muy egoístas.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las funciones del personal de enfermería respecto a este tipo de pacientes.

Conocer cuál es su tratamiento para combatir esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

Esta enfermedad mental o trastorno se diagnostica mediante una valoración psicológica, también el médico observará la duración y la gravedad de los signos y síntomas que ha experimentado la persona basándose en el comportamiento en un examen psicológico o por su apariencia.

Estas personas suelen buscar ayuda profesional cuando presentan episodios de depresión o ansiedad debido a relaciones sentimentales que les ha salido mal o problemas con otras personas

Los medicamentos suelen ayudar a combatir los síntomas junto con la psicoterapia.

Este tipo de trastorno mejora mediante la psicoterapia y la medicación impuesta por el médico, pero si no se trata puede ser un problema grave para las personas e interferir en su vida diaria.

Puede tener varias complicaciones afectando a las relaciones sociales o sentimentales con otra persona. Esta persona no es capaz de asimilar a la pérdida o al fracaso, cambiando de trabajo habitualmente por el aburrimiento o porque no

es capaz de controlar la frustración. Suele buscar cosas nuevas y que sean excitantes que le lleven situaciones arriesgadas. Todos estos problemas pueden llevar a desarrollar una depresión con pensamientos suicidas.

Hay dos tipos de trastorno histriónico de la personalidad: el normal, busca la aprobación de las personas, siendo sociable y optimista, pero es una persona manipuladora, y el histriónico teatral, pretende ser el centro de atención, modificando sus creencias o comportamientos debido a su compañía.

Los profesionales sanitarios especializados en salud mental, les brindan apoyo y la atención necesaria a las personas con enfermedades mentales, apoyando a los pacientes para que acepten y sepan vivir con la enfermedad que padecen, pero sobre todo saber diferenciar cuando están ante una situación peligrosa en la que pueden causarse daño a sí mismos o a los demás.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo del libro, los trastornos mentales se caracterizan o destacan por una alteración de las conductas cognitivas, interfiriendo en las emociones y comportamientos de las personas, por lo que debemos de tratarles con especial cuidado, respetándoles y apoyándoles en todo momento tanto a ellos como a sus familiares.

Son personas con una forma de ser compleja debido a la enfermedad que poseen y los diferentes síntomas que sufren. Estas personas deben de ser atendidas por personas de salud mental especializada. Para ello, cuentan con una formación y especialización sanitaria adecuada a las situaciones que presentan los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Organización Mundial de la Salud. «Trastornos mentales». Consultado el 3 de marzo de 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. «La depresión». Consultado el 3 de marzo de 2015.

Capítulo 252

ALIMENTACIÓN SEGURA DURANTE EL EMBARAZO.

NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ

1 Introducción

El embarazo es el periodo de tiempo que transcurre desde que el óvulo es fecundado por un espermatozoide hasta que se produce el parto. Va acompañado de una serie de cambios, tanto a nivel fisiológico, como morfológico y metabólico. Durante este periodo cobra una relevante importancia mantener una vida saludable junto a una alimentación equilibrada y segura que ayudará a favorecer la salud materna y a fomentar el correcto desarrollo del bebé.

Por ello, es importante que toda mujer conozca las medidas básicas higiénico dietéticas y evitar el consumo de ciertos alimentos que pueden tener consecuencias negativas tanto en la gestante como en el feto. Durante el embarazo, por lo general, no hay que seguir una dieta especial, lo importante es seguir una alimentación variada y equilibrada, pero sobre todo segura. Con ello aseguraremos, no solo aportar todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del feto, sino que además evitaremos ciertas infecciones que pudieran ocasionar graves alteraciones en la gestante que repercutirán en la salud del feto y del futuro recién nacido. Debemos tener en cuenta que como en cualquier otra etapa de la vida, durante el embarazo también podemos padecer infecciones por microorganismos presentes en los alimentos que ingerimos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la necesidad de adoptar unas medidas básicas en la manipulación o ingesta de ciertos alimentos, con el fin de favorecer el correcto desarrollo del embarazo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, utilizando como referencia la página web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Así mismo se han revisado diferentes artículos mencionados en la citada Web.

4 Resultados

Como hemos reseñado, en el embarazo, como en cualquier otra etapa de la vida, somos susceptibles de padecer infecciones originadas por patógenos que se encuentran presentes en los alimentos que ingerimos. Para evitar estas infecciones, es imprescindible seguir una serie de medidas higiénico-dietéticas, enfocadas en los microorganismos más frecuentes.

1- Normas de manipulación:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de manipular alimentos, así como tras el contacto con fluidos corporales. Limpiar manos, superficies y utensilios tras manipular alimentos crudos
- Guardar en el frigorífico, temperatura inferior a 5 °C, en recipientes cerrados, alimentos cocinados. Deben estar alejados de quesos y alimentos crudos y deben de consumirse en poco tiempo. En caso de comprar cocinados, respetar la fecha de caducidad.
- En alimentos precocinados hay que seguir las instrucciones para calentarlos correctamente.

2- Precauciones con algunos alimentos:

- Lavar frutas, verduras y hierbas aromáticas frescas. Se puede utilizar lejía apta para desinfección de alimentos. Sumergir al menos 10 minutos y posteriormente aclarar con agua potable.
- Cocinar completamente la carne y el pescado, al menos 2 minutos a 70 °C.
- Refrigerar las sobras rápidamente, no permaneciendo más de 2 horas a temperatura ambiente. A la hora de consumirlas, calentar a más de 70 °C al menos 2

minutos.

3- Alimentos que evitar:

- Alimentos crudos, incluyendo queso y leche cruda si en la etiqueta no indica que la leche ha sido sometida a proceso de pasteurización. Especial cuidado con huevos, carne y pescados.
- Frutas y hortalizas que no se hayan higienizado correctamente.
- Carne procedente de la caza.
- Productos industriales loncheados o rallados. Debe quitarse la corteza a todos los quesos. Evitar el consumo de patés refrigerados.
- Productos cárnicos curados que no se cocinen a más de 70 °C, en el caso de no presentar inmunización frente a la toxoplasmosis.
- Alimentos envasados listos para consumir que contengan vegetales, huevo, fiambres o pescado.
- Zumos envasados que no estén pasteurizados.

5 Discusión-Conclusión

Una alimentación equilibrada, junto a un estilo de vida saludable, son esenciales para un buen desarrollo del embarazo, es decir, de la madre y del feto. Es de suma importancia evitar ciertos preparados o productos que pueden ocasionar trastornos que influirán directamente en el desarrollo del feto. Además, debemos tener especial precaución a la hora de manipular, preparar y conservar los alimentos para evitar la proliferación bacteriana que pudiera ocasionar distintas patologías y que en el caso de una mujer embarazada no solo influirán directamente sobre la madre gestante, sino también sobre el ser que se está gestando, pudiendo tener graves repercusiones en su desarrollo pre y postnatal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 253

EL RIESGO DE LAS CONSERVAS CASERAS: BOTULISMO

NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ

1 Introducción

El botulismo es una enfermedad que no se produce de forma frecuente, a pesar de ello, debemos tener en cuenta que cuando aparece cursa con un cuadro grave. A pesar de que su incidencia es baja, lo más alarmante es que la tasa de mortalidad sin un diagnóstico y tratamiento precoz es muy elevada.

Es una enfermedad producida por una bacteria, *Clostridium botulinum*. Esta bacteria es productora de una toxina que produce graves lesiones a nivel del sistema nervioso de todo nuestro cuerpo.

Debido a la capacidad de lesionar diferentes paquetes nerviosos en nuestro cuerpo, nos encontraremos con personas, en un primer momento, con dificultad para respirar, parálisis muscular que irá afectando progresivamente a diferentes grupos musculares pudiendo causar incluso la muerte.

La forma más frecuente de exponerse a esta bacteria y contraer Botulismo es mediante el consumo de conservas caseras que no se hayan elaborado de manera adecuada. Dado que el *Clostridium botulinum* al multiplicarse elabora una toxina considerada como uno de los venenos más potentes, aquellas conservas con presencia de la bacteria quedarán contaminada por la misma y por su toxina. Estas conservas no presentan una alteración a simple vista y al ingerirlas, estaremos ingiriendo la toxina causante del Botulismo.

2 Objetivos

- Difundir la existencia de esta enfermedad, así como los mecanismos que la producen con el fin de poder evitarlos.
- Explicar unas normas generales que ayudarán en gran medida a evitar la aparición de la toxina causante de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, utilizando como referencia la página web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, así como la página web de la OMS en referencia al Botulismo.

4 Resultados

El Botulismo es una enfermedad grave que en ocasiones puede llegar a ser mortal. La bacteria *Clostridium Botulinum* está presente en forma de esporas en toda la naturaleza (en la tierra, intestino de animales, miel ...). En adultos a pesar de que se ingieran dichas esporas, no generan enfermedad. Sin embargo, niños entre 1 y 52 semanas de edad si pueden desarrollar enfermedad tras la ingestión de dichas esporas.

Debemos de tener en cuenta una serie de medidas con el fin de evitar el Botulismo:

- No consumir ningún tipo de conserva que presente abombamiento en su envase, óxido o pérdida de contenido.
- Después de manipular carnes o pescados crudos, lavar las manos, superficies y utensilios que hayan estado en contacto con ellos.
- Antes de consumir conservas caseras, calentar a 80°C durante 10-20 minutos para destruir la toxina que pudiera estar presente.
- En caso de niños, evitar el contacto con las esporas: o Evitar en menores de 12 meses el consumo de miel o infusiones vegetales. o Evitar que los niños estén en ambientes con mucho polvo o en el barro. o Mantener las condiciones de higiene a la hora de preparar los alimentos.

En el caso de que queramos elaborar conservas caseras, debemos tener una especial precaución:

- Utilizar botes de vidrio a la hora de realizar conservas caseras. Esterilizar los botes y las tapas durante 15 minutos en agua hirviendo y dejar escurrir antes de usarlos. No reutilizar las tapas para conservas posteriores.
- Utilizar frutas y verduras en su perfecto punto de maduración, desechando aquellos que están pasados, golpeados y agrietados. Antes de proceder a la elaboración de la conserva debemos lavarlos con abundante agua potable, para eliminar la tierra y la mayor parte de microorganismos.
- Los botes deben de llenarse de manera higiénica, podemos acidificar la conserva con ácido cítrico con el fin de inhibir el crecimiento de la bacteria.
- Tras el llenado de los botes y sin poner la tapa, se calientan al baño maría. A continuación, se les pone la tapa y se tratan con calor: o Al baño maría, a temperatura de ebullición durante 1 o 2 horas los productos con pH menor de 4,5 (tomate, fresa, ciruela, pera, naranja...). o En olla a presión, con temperatura mayor a 100°C entre 20 - 60 minutos los productos que no son ácidos (casi todas las verduras y hortalizas). Dejar enfriar sin abrir la olla para asegurar que se ha hecho el vacío. Extraer y poner los botes boca abajo para que se enfríen y comprobar el cierre hermético.
- La conservación de las conservas se hará en un lugar fresco y seco, con el producto etiquetado con fecha de elaboración.

5 Discusión-Conclusión

El gran problema del botulismo es que no podemos detectar, a simple vista, si un alimento porta la toxina o no, por ello se consume y a partir de ahí se desarrolla la enfermedad. Las bacterias se destruyen al cocinar los alimentos, para destruir la toxina botulínica debemos cocinar un alimento a más de 80°C durante 10 minutos.

Todas las medidas anteriormente descritas nos ayudan a prevenir la aparición de casos de Botulismo. Debemos prestar especial atención en los niños menores de 52 semanas, por la inmadurez de su sistema digestivo.

Los brotes de botulismo son infrecuentes, pero es necesario un diagnóstico precoz para identificar su origen y prevenir la posible aparición de nuevos afectados. El éxito del tratamiento va a depender de la precoz administración de la antitoxina botulínica.

6 Bibliografía

1. AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición). Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria
2. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional>
3. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud>

Capítulo 254

ESCOMBROIDOSIS, INTOXICACIÓN POR PESCADO AZUL

NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ

1 Introducción

La escombroidosis es una intoxicación alimentaria muy frecuente a nivel mundial. Se produce al ingerir pescado azul contaminado por bacterias, produciéndose la producción masiva de histamina. La clínica es a nivel cutáneo, un rash eritematoso y muy urticante en la zona facial y el tronco.

Los peces que pertenecen a la familia de los escómbridos (atún, bonito, caballa...), tienen una gran cantidad de histidina. Si no se mantienen bien refrigerados, aún después de haber sido cocinados, sufren una descomposición, con una proliferación bacteriana que transforma la histidina en histamina. Una vez que nosotros ingerimos la histamina al consumir ese pescado, se produce un cuadro parecido a una reacción alérgica, ya que la histamina es la sustancia que se libera en las reacciones alérgicas.

Habitualmente es un proceso benigno, aunque puede haber en algunos casos , compromiso a nivel vascular, arritmias y/o broncoespasmos.

Fue descrita en Reino Unido en 1977, aunque la incidencia en España es desconocida, el ser grandes consumidores de pescado nos convierte en una zona de peligro.

Aunque en España, los pacientes acuden a Atención Primaria o a los Servicios de urgencias, tras los primeros síntomas, se cree que debido a que en la mayoría de los casos cursan con síntomas muy leves, se está infradiagnosticando el problema o se confunde con una alergia alimentaria.

2 Objetivos

- Difundir la existencia de esta intoxicación alimentaria con el fin de que sea más fácil su diagnóstico al acudir a los servicios de atención sanitaria.
- Explicar cómo se produce y cuáles son las medidas que ayudarán a prevenirla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, utilizando los prescriptores: pescado, toxiinfección alimentaria, intoxicación histamínica, pescado. Se han seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que la escombroidosis tiene una distribución a nivel mundial y su incidencia va íntimamente ligada a la cantidad de pescado que se consuma.

Es muy importante tener en consideración a la hora de consumir enlatados que, si bien el proceso que tiene lugar durante la fabricación de las conservas es capaz de destruir las bacterias que están produciendo la transformación de la histidina, la histamina que se haya formado previamente estará presente en el momento de la ingesta del producto.

Es importante reseñar que a pesar de hablar de “histamina”, la escombroidosis no es una reacción alérgica, a diferencia de esta última:

- Afecta a cualquier persona que ingiera pescado en precarias condiciones de conservación.
- Aparece siempre ligada a una familia de peces determinada, los escómbridos.
- Los síntomas rara vez ponen en peligro la vida, en las reacciones alérgicas puede producirse rápidamente una anafilaxia.
- Una persona que ha sufrido escombroidosis no precisa eliminar la ingesta de pescados de esa familia, tan solo debe consumirlos perfectamente conservados y refrigerados.

Debido a la inexistencia de pruebas específicas para realiza un diagnóstico correcto, es muy importante realizar una anamnesis detallada. Las características principales que nos harán sospechar que podemos estar ante un caso de escombroidosis son:

- Inicio brusco de los síntomas, aproximadamente una hora después de la ingesta.
 - Clínica dependiente de la liberación de histaminas: rash cutáneo, cefalea, diarrea
 - ...
 - Síntomas parecidos en otras personas que hayan compartido la misma comida.
 - Rápida recuperación tras administrar antihistamínicos en los casos más graves.
- Es muy importante reseñar al paciente que no está ante un cuadro de alergia al pescado y por tanto puede seguir ingiriéndolo, en condiciones adecuadas de conservación y elaboración, sin miedo en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

La escombroidosis es una toxiinfección alimentaria por pescado, posiblemente infradiagnosticada, que cursa con lesiones a nivel cutáneo. Aunque el cuadro suele ser benigno, se han descrito casos de shock, broncoespasmo e importantes arritmias cardíacas. Debe realizarse un diagnóstico diferencial con la alergia al pescado. Su tratamiento es sencillo pues solo precisa la administración de antihistamínicos por vía oral.

Lo más importante es la prevención, para ello se debe refrigerar rápidamente el pescado, manteniéndolo a una temperatura en torno a los 0°C. Ello evitará la proliferación de bacterias que activarán toda la cadena histamínica. Una vez que el pescado está contaminado, cocinarlo o congelarlo, puede destruir las bacterias, pero no la toxina histamínica que ya está formada.

Siempre que se sospeche de un brote de escombroidosis debe ser notificado al departamento de Vigilancia Epidemiológica para evitar más casos.

6 Bibliografía

1. R.J. Gilbert, G. Hobbs, C.K. Murray, J.G. Cruickshank, S. Young. Scombrototoxic fish poisoning: Features of the first 50 incidents to be reported in Britain (1976-9). *Br Med J*, 281 (1980), pp. 71-72.
2. R.R. Attaran, F. Probst. Histamine fish poisoning: A common but frequently misdiagnosed condition. *Emerg Med J*, 19 (2002), pp. 474-475.
3. S.L. Taylor, J.E. Stratton, J.A. Nordlee. Histamine poisoning (scombroid fish poisoning): An allergy-like intoxication. *J Toxicol Clin Toxicol*, 27 (1989), pp. 225-240.

Capítulo 255

LOS CUIDADOS TERMINALES Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NATALIA ALCAIDE MARTIN

1 Introducción

Los cuidados terminales que se aplican en el paciente tienen la finalidad de ayudar a las personas que padecen enfermedades que no tienen cura y saben que van a fallecer.

La finalidad de estos cuidados es hacer que su calidad de vida sea la mejor posible hasta el momento de su fallecimiento. Para ello, debe de contar con el apoyo de sus familiares y seres queridos.

Este tipo de cuidados reducirá el dolor y los síntomas al mínimo para que sufra lo menos posible.

También sus familiares y seres queridos deben de permanecer a su lado acompañándole durante el periodo de tiempo que permanezca vivo.

Aproximadamente suelen darles seis meses de vida.

Cuando una persona y el personal sanitario recurre a los cuidados terminales, significa que ya no va a recibir el tratamiento para hacer frente a su enfermedad debido a que ya no tiene solución y va a fallecer de ello.

Suele darse en enfermedades que tienen relación con el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado o enfermedades neurológicas.

Estos cuidados estarán adaptados a las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta el problema de salud que tengan ajustándose a sus necesidades, reduciendo el dolor lo máximo para que no sufra.

2 Objetivos

1. Saber qué incluyen los cuidados terminales.
2. Conocer las funciones que puede desempeñar el 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 sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los cuidados para pacientes han estado crítico suelen ser suministrados por los profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales.

Alguien del equipo sanitario que trabaje brindándole los cuidados terminales, debe estar disponible las 24 horas durante toda la semana para cualquier tipo de ayuda que necesite.

Estos cuidados pueden incluir:

Incluye medicamentos para combatir el dolor y tratar los síntomas y efectos secundarios, pero también incluye oxígeno u otros métodos para combatir el malestar.

Cuidados de enfermería, atención especializada para cubrir las necesidades del paciente afectado, pero también la de sus familiares y seres queridos, psicoterapia para cuando tengan que pasar las fases del duelo y para que la familia reciba apoyo, servicios medicalizados, también un equipo médico y de suministros.

También, hay un grupo de profesionales sanitarios de salud mental que están encargados de ayudar a los familiares y al paciente con las siguientes cosas:

En qué deben de saber y aceptar la situación que hay, deben de hacer frente a la soledad y sentimientos de temor, deben de compartir los sentimientos entre ellos y desahogarse y entenderse, pero sobre todo estar preparados para afrontar la muerte de la persona cuando llegue su momento.

Los cuidados terminales suelen ser suministrados normalmente en el propio hogar de la persona o en la casa de algún familiar. Pero en algunos casos son

brindados en el hospital hasta la hora de su fallecimiento.

Las funciones que puede desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería son: asegurarse de que se le dan los cuidados terminales al paciente y todo está correcto, brindar apoyo a la familia y asegurarse de que estén lo mejor posible ayudándoles a pasar por esta situación tan complicada, tratarles con empatía y con cariño.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre los cuidados terminales, debemos de ser respetuosos y cariñosos, pero sobre todo tener empatía, sabiendo el momento por el que están pasando sus familiares esperando al fallecimiento de la persona.

En algunos casos, las enfermedades no tienen cura porque influyen una gran cantidad de factores como por ejemplo la edad o si ya tenían otro tipo de patologías, por lo que se dan complicaciones

Es algo que no podemos remediar, la muerte de las personas porque forma parte del ciclo de la vida y todos fallecemos, aunque unos más tarde y otros después.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Twycross, Robert (junio de 2000). «Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas». *Acta bioeth* 6 (1). ISSN 1726-569X. doi:10.4067/S1726-569X2000000100003. Consultado el 6 de diciembre de 2013.
5. López, Rodrigo; Nervi, Flavio; Taboada, Paulina (2005). *Manual de Medicina Paliativa*. Santiago, Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 6 de diciembre de 2013.

Capítulo 256

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS

LAURA SÁNCHEZ ABAD

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

1 Introducción

La salud mental es un componente integral de la salud en general, y su importancia en el entorno hospitalario no puede subestimarse. Los pacientes ingresados a menudo experimentan estrés, ansiedad y otros desafíos emocionales relacionados con su enfermedad, el entorno hospitalario y la separación de sus seres queridos. Los TCAE, como parte del equipo de atención de salud, desempeñan un papel significativo en la promoción de la salud mental de estos pacientes.

La salud mental es un componente esencial de la atención integral al paciente hospitalizado. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un rol clave en la promoción de la salud mental de los pacientes ingresados, brindando apoyo emocional, implementando estrategias de intervención

temprana y fomentando un entorno hospitalario propicio para el bienestar mental.

Se van a destacar las responsabilidades, habilidades y la importancia de un enfoque interdisciplinario en el cuidado de la salud mental.

Es importante la capacidad que tienen los TCAE para establecer las conexiones significativas con los pacientes y proporcionar un entorno de cuidado compasivo es fundamental para abordar las necesidades psicológicas de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Es necesario un enfoque interdisciplinario en la atención de la salud mental hospitalaria, es crucial para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la salud mental en el ámbito hospitalario y el papel de los TCAE en este contexto y las estrategias que utilizan para promoverla.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes académicas como "Google scholar" o "PubMed" entre otras. Se han buscado como palabras clave "el TCAE en la promoción de la salud mental a los pacientes" y se han recopilado datos para crear este trabajo.

4 Resultados

Las funciones que tienen los TCAE en la promoción de la salud mental son varias en pacientes hospitalizados:

1. Apoyo emocional: Proporcionan apoyo emocional a los pacientes, escuchando sus preocupaciones y proporcionando un hombro en el que puedan apoyarse y pueden expresar sus preocupaciones y miedos.
2. Comunicación efectiva: Establecen una comunicación efectiva con los pacientes para comprender sus sentimientos y necesidades.
3. Observación constante: Los TCAE son capaces de identificar cambios en el comportamiento y el estado emocional de los pacientes, lo que puede ayudar a detectar problemas de salud mental.
4. Fomento de la autonomía: Animar a los pacientes a participar en su propio cuidado, lo que puede tener un impacto positivo en su autoestima y bienestar

psicológico.

5. Colaboración con profesionales de salud mental: Trabajan en estrecha colaboración con psicólogos y psiquiatras para garantizar una atención integral y coordinada.

6. Observación y detección de cambios: están en estrecho contacto con los pacientes y pueden observar cambios en su comportamiento o estado emocional. Esto les va a permitir alertar al personal de enfermería o médico ante signos de angustia mental.

7. Fomentar la comunicación: promueven la comunicación entre pacientes y familias, puede aliviar la ansiedad y mantener la conexión social durante la hospitalización.

8. Participación en actividades terapéuticas: ayudan en la organización de actividades terapéuticas, como terapia ocupacional y recreativa, que van a tener un impacto positivo en la salud mental de los pacientes.

Es necesaria una formación y capacitación de los TCAE para ayudar a las personas con problemas mentales: La formación de los TCAE incluye aspectos de salud mental, como la comunicación efectiva y el manejo de situaciones emocionales. Además, se les brinda capacitación específica para abordar las necesidades de los pacientes con trastornos de salud mental.

La promoción de la salud mental en el entorno hospitalario es un esfuerzo colaborativo. Los TCAE trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, como enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, para garantizar que se aborden todas las dimensiones del bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud mental de los pacientes ingresados en hospitales. Su apoyo emocional, observación atenta y la implementación de estrategias centradas en el paciente contribuyen significativamente a mejorar el bienestar mental de los pacientes durante su estadía hospitalaria. Es importante que el TCAE reúna unos conocimientos esenciales para que se promueva la salud mental.

Reconociendo la importancia de su rol, es fundamental seguir capacitando a los TCAE en la atención integral de la salud mental.

Es importante la colaboración con el equipo de salud mental como con psicólogos y psiquiatras para garantizar una atención integral a los pacientes que se quedan ingresados en los hospitales.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Funciones del TCAE en la unidad de salud mental hospitalaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-salud-mental-hospitalaria/>.
2. Ocronos R. El rol del TCAE en pacientes con trastornos mentales [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://revistamedica.com/tcae-pacientes-trastornos-mentales/>.
3. Cuidados auxiliares de enfermería en salud mental [Internet]. www.labrystech.com. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://ivac-eei.eus/es/familias-profesionales/sanidad-san/especializaciones/cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-salud-mental.html>.
4. Morales VL. TCAE, ¿Y QUÉ MÁS? Introducción [Internet]. Postermedic.com. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <http://www.postermedic.com/parcdesalutmar/pparcdesalutmar1917774/pdfbaja/pparcdesalutmar1917774.pdf>.
5. El TCAE y el paciente con trastornos mentales [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” 2021 [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://congresosicepa.com/tcae-paciente-trastornos-mentales/>.

Capítulo 257

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO Y AYUDA EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

1 Introducción

La práctica de la visión infantil está dominada por estereotipos sin matices, como ocurre en la mayoría de los demás casos. El lenguaje y la subjetividad son dos tipos de instrumentos que se emplean en la práctica clínica y se utilizan frecuentemente en las clínicas pediátricas. Todavía se está investigando y aprendiendo sobre la salud mental de los niños, lo que los convierte en una población de pacientes muy vulnerable.

El propósito de este capítulo es examinar las ventajas y desventajas de la prevención y promoción de la salud mental de niños y adolescentes. Un entorno social problemático o empobrecido favorece la aparición de estas enfermedades

en los menores, según numerosos estudios y observaciones que se han realizado como respuesta al reciente aumento de los problemas de salud mental de niños y adolescentes.

La base para desarrollar políticas preventivas eficaces para menores es la participación de los padres o tutores, además de las intervenciones sociales tienen más éxito que las intervenciones sanitarias con los padres. Se ha observado que los efectos de los problemas de salud mental pueden mitigarse si se satisfacen las necesidades sociales de las familias con niños en riesgo. Para proteger la salud mental de los menores, las intervenciones sanitarias deben dotarlos de las herramientas necesarias para afrontar los problemas sociales que enfrentan a diario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de desarrollar políticas sociales para ayudar a los menores y sus familias y prevenir patologías mentales por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

La preparación y desarrollo de este capítulo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de toda la literatura científica actualmente publicada en cualquier tipo de soporte, incluido papel y digital. Se han seleccionado artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares, así como estudios cualitativos y cuantitativos, y se ha realizado una búsqueda sistemática y exhaustiva de libros y artículos en las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Desde 1999, la Unión Europea trabaja para concienciar sobre el valor de proteger la salud mental de los menores para promover su bienestar y el de sus comunidades. Como resultado, los Estados miembros deben apoyar políticas que les ayuden a lograr este objetivo. Tener un trastorno mental es solo un aspecto de la salud mental de un menor. Es una necesidad de la vida cotidiana que, con el tiempo, moldea quiénes somos en una dirección u otra. Como resultado, comenzamos a comprender la importancia de mantener la salud mental porque hace

que se conviertan en un determinado tipo de persona o grupo de personas, de menores.

Los acontecimientos tempranos de la vida tendrán un impacto significativo en la salud de una persona que persistirá hasta la edad adulta. Las estrategias que estos menores adultos utilizados pueden verse en su desarrollo social e individual. Esto implica que se deben implementar leyes que protejan la salud mental de los niños. Incluyen:

- Brindar a los tutores las habilidades para ser hospitalarios, responsables y sensibles para que se puedan formar las relaciones adecuadas.
- Prestar más atención a los niños que están en riesgo, como los prematuros, los discapacitados, los que sufren abusos o los refugiados.).
- Crear entornos seguros y amigables para que interactúen.

Dentro de la comunidad de salud mental se reconoce que se necesita financiación especial para permitir que las familias y los jóvenes con problemas de salud mental implementen y mantengan iniciativas efectivas.

Sin embargo, a los menores se les debe dar acceso a un espacio donde puedan expresar el dolor psicológico que experimentan. Los menores en el campo de la salud mental son todavía un mundo por explorar.

Una de las razones por las que los menores pueden experimentar problemas de salud mental a medida que maduran es la existencia de problemas psicopatológicos en ellos.

Los siguientes rasgos se destacan entre una variedad de otros que comparten los menores que han sido estudiados por problemas de salud mental:

- Agresividad.
- Desafíos de aprendizaje.
- Falta de paciencia para la frustración.
- Controlar los problemas de pulso.
- Apatía en la escuela.

En general, es necesario reevaluar las políticas de salud mental, centrándose en el aumento de la agresividad, la depresión y las dificultades académicas en los menores.

5 Discusión-Conclusión

Dado que es muy difícil realizar diagnósticos en la infancia y la adolescencia debido al constante cambio de menores, el seguimiento de estos casos por parte del equipo multidisciplinario también es muy continuo. Los niños menores de

cinco años enfrentan desafíos adicionales porque no presentan síntomas a una edad tan temprana.

Para realizar una intervención menor de forma eficaz es necesario entender cómo evolucionan las patologías en estas edades. Como resultado, cada día más profesionales dedican más tiempo a investigar este aspecto de la salud mental.

Psicológicamente hablando, ha habido un aumento constante de los problemas infantiles en las últimas décadas. Los profesionales de la salud se han preocupado por esto y han comenzado a investigar los trastornos infantiles.

6 Bibliografía

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

Capítulo 258

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

1 Introducción

El trabajo del técnico auxiliar de enfermería es brindar asistencia a los demás miembros del personal médico, en este caso las parteras que están presentes durante todo el proceso de trabajo de parto y parto.

Además de ayudar y velar por el bienestar del paciente, intentar satisfacer sus necesidades de forma amable y amena.

Ya sea a través de la sala de urgencias o de la sala de maternidad, el paciente podrá ser trasladado. Luego de la recepción, la paciente será llevada a la sala de dilatación, donde la ayudaremos a sentirse cómoda para que el procedimiento sea lo más acogedor y privado posible.

El proceso de tener un hijo implica la expulsión de uno o más fetos del útero al mundo exterior.

Una vez que el sistema está implementado, la madre y el niño son monitoreados y controlados constantemente. Si la futura madre lo solicita, podrá moverse o estar en camilla hasta el momento de la epidural, pero deberá permanecer en esta posición todo el tiempo para que la anestesia haga efecto. Es un tipo de analgésico que permite a la paciente permanecer despierta durante el parto.

Intentaremos mantenerla tranquila y cómoda desde el momento en que ingresa a la sala de dilatación hasta el parto.

Con carácter general, las principales funciones de los TCAE son:

- sigue el procedimiento y explícalo.
- dar consejos sobre cómo afrontar el dolor y el estrés.

Intentaremos tranquilizar a la futura madre manteniendo una línea de comunicación abierta con ella porque es una situación delicada y probablemente se pondrá nerviosa antes.

Durante el trabajo de parto y el alumbramiento, toda mujer debe contar con un apoyo que ella misma elegirá.

2 Objetivos

Conocer qué funciones tiene en la sala de partos un TCAE que trabaja en un hospital.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en las bases de datos Scielo y Medline. También se han consultado numerosos artículos y libros, además de realizar numerosas búsquedas con las palabras: parto o funciones del TCAE para poder gestionar este trabajo de forma concreta y precisa, seleccionando la información más pertinente e importante.

4 Resultados

Entre las semanas 37 y 42, la mujer da a luz mediante una de tres opciones de parto: vaginal, con asistencia o por cesárea.

Durante el parto, se producen tres cambios hormonales, físicos y fisiológicos principales.

- Fase de dilatación: Continúa hasta que el cuello esté totalmente dilatado.
 - Fase de expulsión fetal; momento de expulsión.
 - La iluminación; La placenta se está separando.
- El TCAE es un gran acompañamiento, sobre todo porque estamos ahí durante el embarazo, el parto y el posparto de una mujer.
- Además de ayudar a la matrona o ginecólogo en todo lo necesario desde:
- El montaje y prueba de equipos y materiales, tanto dentro como fuera de la sala de partos.
 - La posición del paciente mientras ayuda a vestirse y desvestirse.
 - Ponerla en un urinario o acompañarla al baño si es necesario.
 - Pararse la futura madre en la camilla o en la mesa de partos.
 - Suministrar las herramientas y equipos necesarios, y limpiarlos antes de entregarlos al servicio de esterilización.
 - El desarrollo y recogida del campo epidural.
 - Satisfacer íntegramente las necesidades de la futura madre.
 - Organizar la sala de dilatación para que esté preparada para la próxima futura mujer y tenga suficientes suministros adicionales.
 - Desmontaje y sustitución de la sala de partos.
 - Higiene de la mujer posparto: Normalmente, puede ducharse el primer día después del parto, cuando ya puede ponerse de pie.
 - Apoyar la lactancia materna siempre que sea posible, porque contiene anticuerpos maternos que protegen al recién nacido de infecciones y apoyan sus procesos digestivos y metabólicos.
 - El recién nacido tiene máxima prioridad, se le toman las huellas dactilares y se escribe su información personal en una pulsera.
 - Después del parto, se evalúa la salud general del bebé mediante la prueba de Apgar, que considera la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono de la piel, el tono muscular y los reflejos.

5 Discusión-Conclusión

Desde que ingresa a la sala de partos hasta que sale para dirigirse a su habitación, la paciente recibe asistencia de técnicos auxiliares de cuidados de enfermería. Nuestras responsabilidades van desde brindar apoyo antes, durante y después del parto hasta, si es necesario, brindar atención posparto a la nueva madre y su hijo, lo cual esto asegura que el bebé y su madre estén siempre en estrecho contacto. Madre y niño permanecerán dos horas adicionales en la sala de dilatación después del parto, donde se controlarán sus signos vitales y se les brindará todo lo

que requieran. A continuación, la nueva madre y su hijo serán llevados a la sala de maternidad.

Cabe señalar que siempre pueden ocurrir complicaciones durante el parto y que la madre o el recién nacido pueden necesitar cuidados más intensivos en un piso diferente del hospital.

6 Bibliografía

1- www.scielo.com

2- www.medline.com

Capítulo 259

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL LABORATORIO Y RECOGIDA DE MUESTRAS

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Dado que todas las muestras biológicas tomadas del cuerpo humano deben ser analizadas y que estos análisis se llevan a cabo en el servicio de laboratorio, los laboratorios son lugares cruciales en los hospitales. Además, cuando se recolectan fluidos corporales, se envían al laboratorio para su examen. Por ello, consideramos que el laboratorio se encuentra entre los servicios más importantes del hospital.

Con este trabajo esperamos conocer qué hace el técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) al momento de recolectar orina o tomar una muestra.

Los profesionales de la salud deben conocer los protocolos a seguir en la toma de muestras de los pacientes; Al hacerlo, podemos reducir la posibilidad de error.

El paso más crucial en la recolección de una muestra biológica es etiquetarla correctamente con el nombre y apellido del paciente porque sin esta información será difícil perder la muestra.

Para evitar que se alteren los resultados, la muestra debe manipularse con cuidado.

Además, se debe tener cuidado para evitar derrames y la posibilidad de una enfermedad infecciosa en la muestra. Después de lavarse las manos, serán los encargados de descargar las muestras al servicio de laboratorio. Si no se pueden descargar hasta más tarde o al día siguiente, se deben guardar en el frigorífico.

2 Objetivos

Conocer las diversas tareas que debe realizar un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de laboratorio es el objetivo primordial.

3 Metodología

Para la preparación de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos, entre ellas Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar. Además, se han consultado artículos de libros y publicaciones pertenecientes al tema de estudio. TCAE, laboratorio, muestras, etc. como palabras clave. hasta cierto punto.

4 Resultados

Se deben seguir una serie de instrucciones para recolectar muestras biológicas.

Las muestras se tomarán de forma segura gracias a estas normas.

Las 3 técnicas para la recolección de muestras son:

- En laboratorio: Los pacientes que participan en este tipo de recogida son ambulatorios, es decir, pueden desplazarse hasta el laboratorio para que se les realice la prueba o análisis solicitado.
- En casa: En este tipo de recogida de muestras podemos confirmar que el paciente no puede viajar por su edad o las patologías que presenta. En este caso, un equipo médico visita su domicilio recoger la orina que el médico le ha indicado.
- En piso del hospital: En este escenario, el paciente ingresa al piso del hospital, donde el TCAE es el encargado de obtener la orina del paciente por orden del médico.

En este artículo, nos concentraremos en la técnica más reciente para recolectar las micciones biológicas de pacientes hospitalizados.

Con frecuencia depende de las solicitudes de los médicos para la recolección de micción biológica, ya que algunos piden la primera micción de la mañana mientras que otros solicitan la última micción del día, dependiendo de la patología que quieran examinar.

Los TCAE deberán lavarse adecuadamente las manos antes de ponerse los guantes. Luego se informará a los pacientes sobre el tipo de muestra que se tomará y cómo se manejará.

Áreas genitales de los pacientes deben ser limpiados. Si es autónomo, el lavado deberá realizarlo el paciente supervisado bajo las instrucciones del TCAE para que la muestra salga correctamente y no haya que repetirla.

El TCAE será el encargado de colocar la cuña o el pato minuciosamente limpio y previamente desinfectado si el paciente se encuentra encamado.

Se identificará correctamente introduciendo el nombre y apellido del paciente una vez tengas la muestra en tu poder para evitar mezclarla con otras muestras. Después de haber recogido las muestras, el TCAE debe hacer que el paciente se sienta cómodo para que se sienta cómodo.

Una vez manipuladas las muestras a enviar al laboratorio, los TCAE deberán quitarse los guantes, tirarlos a la basura y volver a lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos comentado en el apartado anterior, la principal responsabilidad de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es garantizar que las muestras lleguen ilesas al laboratorio.

Por ello, es fundamental que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería conozcan muy bien los protocolos que deben seguir a la hora de extraer cualquier muestra biológica.

En conclusión, la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en este servicio es fundamental, dado que son ellos quienes recogen la muestra o velan para que llegue correctamente al laboratorio.

Se recomienda utilizar guantes al transportar la muestra al laboratorio, en caso de que exista un derrame y así no contaminarla.

6 Bibliografía

1. ¿Qué hace un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería? Funciones. . Blog de oposiciones | Oposita Test; Oposita Test. <https://blog.opositatest>.

Capítulo 260

CUIDADOS DEL PACIENTE DEPRESIVO GRAVE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.

JAVIER BONILLA GOMEZ

IRENE CONEJO VALERO

MARIANA VACARU

CARMEN DIAZ ROPERO

ESTELA GARCIA MONTES

1 Introducción

La depresión es la enfermedad mental más común diagnosticada en nuestro país. Actualmente la sociedad esta más comprometida con la problemática de las enfermedades mentales, pero aun así queda mucho trabajo que realizar tanto a nivel social como a nivel sanitario.

Atendiendo a diferentes estadísticas que hemos consultado, comprobamos que España es el cuarto país con más enfermedades mentales diagnosticadas, y más concretamente con mayor incidencia depresiva entre su población.

Los pacientes que sufren de depresión suelen indicar que los síntomas más comunes son la apatía, la tristeza, o incluso la ansiedad.

Es muy importante diferenciar entre el estado de ánimo de una persona y la enfermedad mental.

Puesto que todos y cada uno de nosotros en algún momento de nuestra vida hemos tenido estos sentimientos, pero suelen ser por periodos determinados de tiempo o están provocados por alguna causa justificada.

Si ya hablamos de estos síntomas prolongados en el tiempo y en la mayoría de las veces sin causa aparente es momento de que la persona se ponga en manos de un especialista para ver que está ocurriendo y poder determinar un diagnóstico lo antes posible.

Dependiendo de los síntomas que presente el paciente, la duración de los mismos y las características de cada persona, la depresión se puede clasificar en diferentes tipos, en algún caso llega a ser una enfermedad crónica.

2 Objetivos

Como objetivo principal pretendemos explicar en qué consisten los cuidados del auxiliar de enfermería con este tipo de pacientes y la importancia de los mismos. Del mismo modo, intentaremos explicar de una forma clara en qué consiste el trastorno depresivo, sus causas y tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos llevado a cabo diversas búsquedas online en páginas webs relacionadas con el tema a tratar, desechando aquellos artículos o publicaciones que no estén relacionados con la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

También hemos consultado diferentes bases de datos como Scielo y Medline empleando términos como depresión, trastorno mental, conducta depresiva.

4 Resultados

Hoy en día nuestra sociedad presenta un grave problema de salud que hasta hace unos años parece que se estaba obviando, como es el caso de la depresión o trastorno depresivo.

Esta enfermedad afecta o ha afectado en algún momento de nuestra vida a un importante porcentaje de la sociedad española. Sobre todo a mujeres de edad

comprendida entre los 30 y los 50 años, pero no hay que olvidar que es un problema que puede afectar a cualquier persona.

Dependiendo de la gravedad de los síntomas que presente la persona que está sufriendo este trastorno, hablaremos de diferentes tipos de depresión. En muchos casos esta enfermedad es reversible y tiene cura, pero en muchos otros llega a cronificarse y el paciente tiene que aprender a vivir con ella.

Los síntomas que presenta una persona que padece esta enfermedad son muy variables y no todo el mundo los presenta en igual medida. Los más comunes son:

- Un sentimiento de tristeza inexplicable, muchas ganas de llorar sin motivo aparente.
- Cambios de humor bruscos, tan pronto está eufórico como enfadado, como hundido.
- Apatía prácticamente por todo.
- Ansiedad, sensación de ahogo de que te falta el aire para respirar.
- Cambios físicos relacionados con el peso, puedes adelgazar muchísimo o por el contrario engordar de una manera desorbitada.
- Muy común es el insomnio o las alteraciones del horario de descanso.
- Por último y quizá lo más sorprendente es la aparición de pensamientos suicidas.

Cuando un paciente sufre de depresión grave, suele tener que ser hospitalizado en diversas ocasiones porque la enfermedad ya no tiene cura, pero sí se puede controlar y es ahí donde cobra más importancia la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Estos profesionales en las unidades de psiquiatría juegan un papel imprescindible, ya que no solo desempeñan funciones propias de su convenio si no que deben trabajar empatizando con personas que en ese momento no están bien psicológicamente y sus funciones de escucha activa, de entretenimiento del paciente y de control son muy importantes.

Estos pacientes más que ayuda en el aseo o en la alimentación o en la administración de medicamentos, necesitan que les cuiden y les presten atención, necesitan sentirse protegidos y que les ayuden en sus rutinas y en su día a día mientras están hospitalizados, y los profesionales que más tiempo les dedican son los auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La depresión esta denominada coloquialmente como la enfermedad del siglo XXI, debido a que gran parte de la sociedad la padece por el alto nivel de estrés al que

estamos sometidos en nuestro día a día.

Hay estudios que demuestran que incluso la alimentación tiene una gran importancia en el hecho de padecer algún tipo de enfermedad mental.

Es cierto que aun hoy en día no se le está dando toda la importancia que requiere a este tipo de enfermedades por lo que es muy necesario que la propia sociedad se conciencie de la gravedad del asunto. Cada vez personas más jóvenes tienen algún tipo de trastorno mental, y este dato es preocupante.

De igual modo es muy importante saber que los profesionales sanitarios no están lo debidamente formados para tratar con este tipo de pacientes, y ofrecerles la mejor asistencia posibles por lo que es muy importante la formación en estas especialidades.

6 Bibliografía

- Plan de Cuidados de Enfermería a paciente con depresión. Caso clínico - Ocronos
- Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- depresionenfermayor.pdf (csic.es)
- Bases de datos Scielo y Medline

Capítulo 261

PACIENTES CON RIESGO DE LESIONES POR PRESION: LO QUE DEBE HACER EL TCAE

MARIA DEL ROCIO ESTEBANEZ GARCIA

1 Introducción

Vamos a definir que son úlceras de presión son heridas dolorosas y con un olor bastante desagradable y peculiar que suelen presentar los pacientes encamados o inmovilizados en largos periodos de tiempo. La piel pierde su integridad debido a que no le llega el oxígeno y los nutrientes necesarios, se entiende que esto se considera úlcera desde el momento que la piel se rompe completamente la epidermis.

Este problema de salud es uno de los principales que esos encuentran estos profesionales en los hospitales sobre el cual tienen que informar para una detección precoz. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) aprovechando los aseos tiene que observar si el paciente presenta rojeces, heridas etc

La atención a pacientes con riesgo de lesiones por presión es una parte crucial de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Estos pacientes, debido a diversas condiciones médicas, presentan vulnerabilidades que los predisponen a desarrollar úlceras por presión, destacando la importancia de una atención proactiva y especializada. La prevención y el manejo adecuado de estas lesiones requieren un conocimiento profundo por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), no solo para salvaguardar la integridad física del paciente, sino también para contribuir a su bienestar general. En este contexto, la aplicación de protocolos de cuidado, la movilización adecuada y

la vigilancia constante se convierten en aspectos fundamentales para evitar complicaciones. Esta introducción explorará los aspectos esenciales que un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe comprender en la atención a pacientes con riesgo de lesiones por presión, destacando la importancia de su papel en el equipo de atención médica.

2 Objetivos

Conocer cómo aparecen las úlceras por presión y poder trabajar para una detección precoz. Saber que son lesiones de la piel cuando esta pierde su integridad y se suele manifestar en zonas de punto de apoyo prolongado como estar tiempo en una cama o en sedestación. Esto se debe a la falta de oxígeno y nutrientes esenciales dada a la presión prolongada la llegada de sangre es insuficiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para pronosticar cuáles son las personas con más riesgos de sufrirla se utilizan varios tipos de escala para su evaluación Norton, Braden, Waterlow. A raíz de estas escalas se suelen clasificar en estadios según a que capas afecten, Seria ESTADIO I eritema o enrojecimiento de la capa más externa, ESTADIO II pérdida parcial del grosor de la piel afectando a la epidermis y a la dermis., ESTADIO III pérdida del grosor implicando necrosis del tejido, ESTADIO IV destrucción extensa llegando la lesión hasta músculos y huesos o estructuras de sostén. Cualquier persona enferma no está libre de tener lesiones por presión. Cualquier apoyo prolongado, fricción, humedad, alimentación escasa en nutrientes pueden ser aspecto propicio para padecer úlceras. Para ello los profesionales deben conseguir que los pacientes tengan unos óptimos cuidados basados en la higiene, hidratación, cambios posturales y una alimentación equilibrada.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la mayor parte de las veces es el que primero ve si hay lesiones en la piel, a la hora del ingreso o de los aseos, cambios de pañal etc. cuando el paciente ingresa el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se hace una primera idea del tipo de paciente con el que va a lidiar si es una persona autónoma o si es una persona dependiente, en este último paciente se le valorará el riesgo de upp junto a enfermería. para este paciente será necesario que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el aseo lo trate con ácidos grasos, cremas ,etc. y le haga cambios posturales cada cierto tiempo. El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de lesiones por presión es integral y multifacético. La identificación temprana de pacientes en riesgo, a través de evaluaciones de movilidad y la valoración continua de la piel, es esencial. La aplicación de medidas preventivas, como cambios posturales regulares, el uso de dispositivos de alivio de presión y la elección adecuada de superficies de descanso, constituye un enfoque clave. La formación en técnicas de movilización y posicionamiento contribuye a minimizar la presión constante en áreas vulnerables. Además, la comunicación efectiva con el equipo de enfermería para informar cualquier cambio en la condición del paciente es crucial para una intervención oportuna.

La colaboración activa en la ejecución de cuidados personalizados, la documentación precisa de observaciones y la participación en equipos interdisciplinarios fortalecen la capacidad del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para brindar una atención de calidad. Los resultados revelan que un enfoque preventivo integral, respaldado por el conocimiento y la acción proactiva del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), puede reducir significativamente la incidencia de lesiones por presión en este grupo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos añadido anteriormente lo más importante en este tipo de paciente es la prevención basada en una buena higiene como consecuencia secar bien sin fricción, utilizar jabones de pH neutro e hidratar con ácidos grasos o aceites, cambios posturales para ello existen dispositivos como relojes para indicar los cambio cada 3h aproximadamente, protegen con apósitos o taloneras las partes más expuestas como las prominencias óseas (sacos, rodillas, tobillos, codos , talones ,etc. Todo esto se puede ver a la hora del aseo donde debemos explorar y buscar pequeñas heridas expuestas o enrojecimientos de la piel.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe saber detectar

cuando hay un indicio de úlcera y comunicarlo al resto del equipo. También debe tener nociones básicas del cuidado y prevención de estas, conocer las escalas para saber a qué tipo de úlcera está expuesto el paciente. Para esto el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deberá ser partícipe de los cuidados y medidas de prevención como factores de riesgo (incontinencia, nutrición, etc.), detección precoz de las lesiones de la piel, limitación de sedestación cambios posturales , protección en los puntos de Apoyo.

En conclusión, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de lesiones por presión es vital para la salud y el bienestar de los pacientes. La implementación efectiva de estrategias preventivas, la colaboración estrecha con el equipo de salud, y la observación constante son aspectos esenciales de su labor. La formación continua y la conciencia de la importancia de su función contribuyen no solo a la integridad física del paciente, sino también al ambiente de cuidado centrado en el paciente. La dedicación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en esta área es fundamental para garantizar una atención de calidad y la promoción de la salud a largo plazo.

Capítulo 262

TERMOTERAPIA: APLICACIÓN DE CALOR COMO MEDIDA TERAPÉUTICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

CARMEN DIAZ ROPERO

MARIANA VACARU

JAVIER BONILLA GOMEZ

IRENE CONEJO VALERO

ESTELA GARCIA MONTES

1 Introducción

Con la aplicación calor sobre la superficie de la piel en alguna zona del cuerpo del paciente, lo que pretendemos es buscar el alivio de alguna dolencia o malestar en concreto.

Generalmente este tipo de terapias o de aplicaciones se realizan de forma localizada, pretendiendo aumentar o bajar la temperatura de una manera periférica. Ya que, si subiésemos la temperatura de un paciente del sistema centrar estaríamos hablando de hipertermia y en ese caso solamente obtendríamos el em-

peoramiento del enfermo, llegando incluso a poner en peligro su vida si no se toman medidas de una manera rápida.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer perfectamente este tipo de técnicas porque en muchos casos será el encargado de realizar la terapia, una vez haya sido pautada por un facultativo.

Cuando hablamos aplicar frío de manera local en un paciente nos estamos refiriendo a la terapia denominada crioterapia, si por el contrario la fuente que se aplica es el calor, estaríamos hablando de termoterapia, que es de la que nos vamos a ocupar hoy.

Este tipo de terapias son muy antiguas, sobre todo la crioterapia o aplicación de frío que ya en el siglo XIX, se empezó a emplear como efecto antiinflamatorio. La termoterapia se descubrió su beneficio mucho después, aunque ambas a día de hoy se utilizan cada vez más.

2 Objetivos

Con el desarrollo del presente capítulo pretendemos dar a conocer terapias como la aplicación de calor como medida alternativa a la farmacológica, buscando siempre el beneficio del paciente.

Además, explicaremos el papel que juega el auxiliar de enfermería en la administración de estos tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica de diferentes estudios y publicaciones relacionadas con el tema a tratar.

Hemos realizado una serie de consultas en diferentes bases de datos como Medline y Scielo, empleando términos como, termoterapia, antiinflamatorio, analgésico.

4 Resultados

Cada vez el uso de tratamientos como la termoterapia están más normalizado en el ámbito de la sanidad, ya que se ha demostrado que sus efectos son más que beneficiosos para el paciente que este indicado.

Si nos referimos a la termoterapia tendríamos que diferenciar entre varias técnicas y entre varias zonas donde se aplica.

La aplicación de la fuente de calor puede ser profunda, si esta incide o se da en tejidos internos y superficial cuando se dan únicamente de carácter local. En esta ocasión solo nos centraremos en aquellas que llevan a cabo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que son aquellos que su aplicación es local:

- Bolsas de agua caliente: es un tratamiento que en ningún caso se puede emplear más de dos horas seguidas. Son dispositivos que contienen agua en su interior, y ésta en ningún caso debe superar los 60 grados. La aplicación será de forma local sobre la piel. Es cierto que la temperatura ira bajando de forma gradual.
- Compresas o paños calientes: generalmente son gasas de un tamaño mayor, que se impregnaran en agua caliente y se colocan sobre la zona a tratar. Hay que tener en cuenta que la temperatura del agua ha de estar en torno a los 45 grados.
- Almohadilla o manta eléctrica: son unos dispositivos de tela acolchada que en su interior guardan una resistencia eléctrica que mantiene el calor de forma continuada. Normalmente no se debe tener un contacto de más de 20 minutos seguidos. En la actualidad existen muchas más técnicas relacionadas con la termoterapia, pero ya tienen que ser realizadas por un médico o enfermero. Las que hemos detallado aquí, son aquella que lleva a cabo el auxiliar de enfermería, aunque como profesionales sanitarios deben conocer el resto de las técnicas para que cuando llegue el caso puedan ayudar al médico o enfermero a llevarlas a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos auxiliares de enfermería son aquellos profesionales que más en contacto están con el paciente. Por este motivo la mayoría de los tratamientos de carácter local lo realizan ellos o en su caso han de controlar que se estén realizando de forma correcta por parte del paciente.

Deben conocer cada terapia, sus indicaciones, su aplicación y posibles efectos adversos que pudiera tener el paciente, para de este modo comunicarlo y poder atajarlo cuanto antes.

Cada día es más frecuente el uso de este tipo de tratamientos por lo que es necesario que el personal sanitario se esté formando continuamente con la finalidad de poder desempeñar de un modo satisfactorio su trabajo.

6 Bibliografía

- Aplicación terapéutica de frío y calor - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- Aplicación terapéutica de frío y calor. (revistasanitariadeinvestigacion.com)
- Bases de datos Medline y Scielo

Capítulo 263

EL PACIENTE DISFÁGICO Y SUS NECESIDADES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.

MARIANA VACARU

IRENE CONEJO VALERO

JAVIER BONILLA GOMEZ

ESTELA GARCIA MONTES

CARMEN DIAZ ROPERO

1 Introducción

Definimos disfagia como la dificultad que presenta una persona para ingerir cualquier tipo de alimentos en cualquiera de los estados que pueda presentar. Generalmente, las personas que sufren de disfagia suelen encontrar su mayor dificultad en la ingesta de líquidos, ya que podrían irse hacia el pulmón suponiendo así una neumonía por aspiración que puede llegar a costarle la vida al paciente. Como el paciente que sufre disfagia se encuentra estos problemas para alimentarse, puede llegar a desarrollar otros signos por problemas nutricionales como pueden ser la pérdida súbita de peso, de fuerza, de masa muscular e incluso problemas mentales como falta de ánimo y depresión.

La disfagia puede aparecer como una enfermedad o como consecuencia de padecer otra que hace que la capacidad para deglutir desaparezca, como por ejemplo las enfermedades neuronales, un accidente cardiovascular, etc.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es el profesional sanitario encargado de administrar la alimentación a los pacientes que están ingresados en las diferentes unidades hospitalarias, por este motivo tiene tanta relevancia su relación con los pacientes que sufren disfagia.

Es muy importante que los auxiliares de enfermería estén formados y sepan cómo tratar a una persona que tiene disfagia, como se le debe alimentar y en qué casos puede presentar un episodio de aspiración, y en este caso como se debe actuar para no tener un desenlace no deseado.

2 Objetivos

- Uno de los objetivos principales es analizar los diferentes problemas que puedan aparecer ante la imposibilidad de poder deglutir.
- Resaltar la importancia que adquiere la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante este tipo de pacientes.

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.

Hemos desestimado aquellos que no tienen una relación directa con la figura del auxiliar de enfermería.

Hemos consultado bases de datos como Medline y Cuiden, empleando términos como disfagia, deglución, neumonía por aspiración.

4 Resultados

Cada paciente presenta una serie de características en la forma de alimentarse y de deglutir, por este motivo es necesario adaptar la alimentación de cada a uno a sus propias necesidades.

En esta ocasión estamos hablando de la problemática de la disfagia, que en casos muy graves no permite otro método de administración que no sea por sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

Cuando un paciente presenta disfagia, necesitará de tratamiento y logopedia para poder conseguir volver a ingerir alimentos de forma progresiva. En la mayoría de los casos se puede volver a comer por vía oral pero el proceso es lento y conlleva un trabajo por parte del paciente y de los profesionales sanitarios bastante importante.

La figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería cobra gran importancia, ya que parte fundamental de su trabajo consiste en dar la comida a los pacientes que lo necesitan. En caso de un paciente disfágico es necesario que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Lo primero será hablar con el paciente, explicándole que vamos a iniciar la alimentación y creando un ambiente propicio para ejecutar nuestra función.
- Comprobaremos que la dieta que le han traído está indicada para el problema que presenta el enfermo.
- Nos lavaremos las manos
- Colocaremos al paciente en una posición correcta, sentado en ángulo de 90 grados.
- Le indicaremos que incline su cabeza un poco hacia delante para facilitar la deglución.
- Administraremos la comida de manera tranquila, dedicando el tiempo necesario para ellos.
- Una vez terminado, mantendremos al paciente en posición sentado al menos una hora.
- Si es necesario el uso de espesantes para líquidos, haremos uso de ello.

Este es un trabajo tedioso que requiere de paciencia por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y sobre todo de una gran empatía hacia el enfermo, que está atravesando una situación muy compleja y difícil.

5 Discusión-Conclusión

Como auxiliares de enfermería debemos estar preparados para poder tratar con este tipo de pacientes, conocer cada situación y saber cómo actuar ante cualquier imprevisto que pueda surgir.

Son pacientes que se enfrentan a una situación complicada, que verán afectada su vida cotidiana y que tienen que comenzar a aprender de nuevo cosas tan básicas como es el tragar sin atragantarse.

Probablemente, esta situación haga que muchos enfermos atraviesen etapas de un bajo estado de ánimo, llegando incluso a rozar la depresión. Es por este motivo que como profesionales sanitarios debemos tratar de empatizar lo máximo

posible con ellos, para de este modo ofrecerles una atención de calidad.

6 Bibliografía

- El TCAE ante la disfagia en el paciente de accidente cerebrovascular - Ocronos
- Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- El técnico auxiliar de enfermería ante pacientes con disfagia - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- Bases de datos Medline y Cuiden

Capítulo 264

COMO INFLUYE EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS

RAUL CALZADO PRIETO

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

1 Introducción

Las infecciones urinarias son una de las principales infecciones nosocomiales que se dan en el hospital y generalmente estar muy relacionadas con aquellos pacientes que son portadores de sonda vesical.

Este tipo de infecciones están causadas por una serie de microorganismos que se hacen resistentes y necesitan de un tratamiento farmacológico para evitar su proliferación.

Para que se produzca una infección, se han de dar una serie de características:

- Las bacterias acceden al interior del tracto urinario, mediante un acceso.
- Cuando las bacterias se adhieren a la pared interna del tracto urinario comienzan a colonizar la zona y a proliferar.
- Cuando el agente infeccioso está colonizando la zona afectada, los mecanismos de defensa del cuerpo, se activan en su lucha contra la infección.
- Según se vayan activando los mecanismos de defensa, se van sucediendo los diferentes síntomas propios de la infección.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son aquellos profesionales que están más en contacto con el paciente, por este motivo deben extremar las precauciones, tanto para evitar la propagación del agente infeccioso entre enfermos y personal.

Generalmente, este tipo de infecciones se transmiten por una mala praxis de algunos procedimientos, por una mala manipulación de muestras o por una higiene deficiente e insuficiente en el medio hospitalario.

2 Objetivos

- Detallar de una manera específica todas las medidas necesarias para evitar las infecciones del tracto urinario en pacientes hospitalizados.
- Explicar la relación tan directa que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con la prevención de este tipo de infecciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos sanitarios relacionados con la incidencia de las infecciones del tracto urinario.

Hemos recurrido a diferentes bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como tracto urinario, infección nosocomial, agente infeccioso.

4 Resultados

Según hemos podido comprobar, las infecciones del tracto urinario son la segunda infección nosocomial que más se da en el ámbito sanitario.

El sistema urinario es el más afectado por infecciones nosocomiales, puesto que es el órgano del cuerpo que más sufren este tipo de problemas.

Está demostrado que en un mayor porcentaje, las mujeres son mucho más propensas a sufrir infecciones de orina que los hombres.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, son esa parte del personal sanitario que más contacto tienen con los pacientes, y los que más procedimientos relacionados con la recogida de orina realizan. Por este motivo es muy importante que pongan las barreras o medidas de protección y prevención necesarias para evitar la propagación del agente infeccioso.

Una de las principales medidas de prevención frente a este tipo de pacientes, es una buena higiene de manos. El lavado de manos es imprescindible a la hora de realizar cualquier procedimiento. Hay que realizarlo siempre antes y después.

El auxiliar de enfermería debe conocer también, cuál es el protocolo de actuación cuando se diagnostica una infección de orina. El paciente que padece de infección del tracto urinario debe tener claro las indicaciones que ha de seguir para controlar y curar esta afección:

- Realizarse una buena higiene personal, incidiendo en el área perineal. En esta zona la higiene se realizará de delante hacia atrás y hay que mantener la ropa interior limpia y a poder ser que sea de algodón.
- Hay que indicarle al paciente que aumente su ingesta de líquidos, concretamente agua.
- Por último, el tratamiento de esta afección se realizará con fármacos, concretamente con antibióticos.

La colaboración de los pacientes y la implicación en los tratamientos de los mismos, es parte fundamental para conseguir una pronta recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, las infecciones nosocomiales y en este caso las del tracto urinario, son muy difíciles de controlar. Pero es verdad, que en la actualidad, la prevención de las infecciones en el medio hospitalario, está mucho más conseguida y el personal está mucho más concienciado con este tema.

La higiene de manos es el principal modo de evitar una infección nosocomial, tanto a los pacientes ingresados como al personal que trabaja en el servicio sanitario.

Por este motivo es muy necesaria la actualización de protocolos y del conocimiento de los mismos por los diferentes trabajadores del servicio sanitario. Atendiendo a diferentes estadísticas, podemos decir que la tasa de infecciones nosocomiales en nuestro país se ha ido reduciendo de forma considerable, aunque aún queda mucho trabajo por hacer.

6 Bibliografía

1. Infección del tracto urinario - Enfermería Virtual (enfermeriavirtual.com)
2. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante la infección urinaria de pacientes portadores de sonda vesical - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 265

LA RELACIÓN QUE SE ESTABLECE ENTRE EL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: BENEFICIOS Y PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

RAUL CALZADO PRIETO

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los profesionales sanitarios que más contacto mantienen con el enfermo y con sus familiares. Esto es debido a la serie de cuidados que realizan, puesto que implican un proceso de relación interpersonal entre ambos.

Si bien es cierto que esta relación puede variar en función de las circunstancias que rodean al paciente. Si un paciente es autónomo y no precisa una asistencia más integral, probablemente el vínculo entre el auxiliar de enfermería y el paciente no será tan fuerte. Si por el contrario, el paciente precisa de una mayor

atención, será más fácil que entre personal sanitario y el paciente se creen una serie de vínculos más fuertes.

En este sentido también influye el tiempo durante el que se mantenga la relación, es decir, un paciente de larga estancia, terminara manteniendo una relación mas estrecha con el personal sanitario, que aquellos que están de paso o durante un periodo de tiempo corto.

No hay que olvidar que el auxiliar de enfermería (TCAE) también da a los pacientes el estímulo y apoyo emocional que necesitan, por ejemplo, tranquilizando al paciente antes de una intervención, antes de una prueba, etc. como también ayuda a tranquilizar a los familiares y cuidadores, por este motivo es inevitable que se acaben generando unos lazos estrechos entre la relación de ambos.

2 Objetivos

- Explicar que la relación entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el paciente es fundamental para la recuperación de este último.
- Detallar los múltiples beneficios y los riesgos que conlleva mantener una relación con el paciente estrecha, dentro del terreno laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica de una serie de documentos y artículos de carácter sanitarios relacionados con el tema que estamos tratando.

Hemos consultado diferentes bases de datos como Medline y Pubmed para completar la información de la que disponemos.

4 Resultados

Cuando un paciente va a ingresar en una unidad o servicio hospitalario, la primera figura con que se encuentra es la del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Éste deberá recibir al paciente y lo primero que hará es confirmar la identidad del mismo mediante la comprobación de la pulsera identificativa y su historia clínica.

Tendrá que presentarse al paciente y al acompañante o familiar, dirigiéndolos hacia su habitación, donde les acomodará y les informara de las diferentes pautas y reglas que ha de seguir.

Desde este mismo momento, se establece una relación entre paciente y auxiliar de enfermería, que en un principio será meramente laboral, pero que seguramente con el paso de los días irán estrechando lazos.

El trabajo que desarrollan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes es muy importante, puesto que de ello dependerá en gran parte la evolución clínica del enfermo. Debido al desarrollo de estas funciones, el contacto que se establece entre el enfermo y el auxiliar de enfermería es totalmente directo, llegando incluso a establecer una relación personal.

Es muy difícil saber mantener las distancias y desarrollar una relación únicamente de ayuda o laboral, porque al fin y al cabo en el sector sanitario una parte importante es la humanización en el trabajo.

Debido a esto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden encontrarse ante una situación en la que llega a adoptar unos roles que no le corresponden, y que posteriormente puede llegar a influir en la actitud del propio paciente.

Como parte positiva de esta relación podemos destacar la propia satisfacción del profesional sanitario a la hora de realizar su trabajo, además de obtener un beneficio emocional por la nueva relación establecida. Pero tampoco debemos olvidar que este tipo de relaciones son perecederas y se establecen por un tiempo determinado. La cesión del contacto con el paciente por el motivo que sea, puede ocasionar daños emocionales en el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Es innegable que la relación entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el enfermo es fundamental para la recuperación del paciente.

La relación ideal sería aquella que está basada en el respeto y la comprensión por parte del auxiliar de enfermería, enfocando su trabajo en una pronta recuperación del paciente, manteniendo las distancias suficientes como para que, esta relación no implique un daño emocional en el trabajador cuando ya no exista el contacto con el paciente.

Aunque es muy difícil en el ámbito sanitario saber diferenciar claramente la ejecución perfecta de las funciones del auxiliar de enfermería, olvidando la parte humana que es la que nos hace crear esos vínculos emocionales.

6 Bibliografía

- ▷ La relación del TCAE con el paciente - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- Bases de datos Medline y Pubmed.

Capítulo 266

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: MEDIDAS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

RAUL CALZADO PRIETO

1 Introducción

La tensión arterial mide la fuerza que ejerce el caudal de la sangre contra las paredes de las diferentes arterias cuando el corazón está bombeando la sangre para que llegue a las diferentes partes del cuerpo. Los valores de la tensión arterial se miden mediante el gasto cardíaco por minuto relacionado con el volumen de sangre expulsado en la descarga sistólica y la frecuencia cardíaca o los latidos por minuto, y la resistencia periférica relacionada con la viscosidad de la sangre y la elasticidad y el tono de las paredes arteriales. Los valores que establecen que la

tensión está dentro de la normalidad es cuando estos se encuentran entre 120/80 mmHg,

Cuando estos valores se ven alterados, sufriendo un aumento de los mismos, podemos decir que el paciente presenta un cuadro de hipertensión arterial. Que es un término que se utiliza cuando una persona presenta unos valores elevados de la tensión arterial, generalmente cuando está en reposo. Si no se pone remedio ni se trata esta afección, puede derivar en enfermedades relacionadas con el corazón, son el sistema neurológico, o incluso con el aparato urinario.

La hipertensión arterial se puede prevenir con medidas no farmacológicas, entre las que podemos destacar el control del peso corporal, la ingesta de alimentos sanos, la actividad física controlada y el abandono de posibles hábitos tóxicos como el alcohol o el tabaco, entre otros.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las medidas a tener en cuenta por el TCAE ante la hipertensión arterial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos o publicaciones sanitarias relacionadas con el tema a tratar. Hemos desestimado aquellos que no estén directamente relacionados con la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, la hipertensión es el término que se emplea cuando un paciente presenta un cuadro de tensión alta prolongado en el tiempo. Si esta patología no se trata, al final puede derivar en otras afecciones graves relacionadas con diferentes órganos del cuerpo humano.

Existen muchos factores que pueden afectar a la tensión arterial como pueden ser: la cantidad de agua y de sal que se tiene en el cuerpo, el estado en el que se encuentren los riñones, el sistema nervioso o los cambios hormonales. También hay otros factores que pueden afectar como el envejecimiento, los antecedentes familiares o los malos hábitos como el alcohol o el tabaco.

Esta enfermedad se puede presentar en diferentes grados, dependiendo de la gravedad del caso, el tratamiento que se le administre a los enfermos variara. Puede ir desde un simple cambio en los hábitos de vida, hasta la administración de fármacos para poder controlar esta dolencia. En estos casos la intervención de técnico auxiliar de enfermería está orientada principalmente en asistir e informar de los diferentes aspectos que pueden intervenir en la prevención de la hipertensión. Las cuestiones a tener en cuenta son las siguientes:

- Modificar el estilo de vida sedentario.
- Informar de los beneficios que supone la realización de ejercicio controlado
- Informar sobre cómo mejorar los hábitos de vida para mejorar la gestión de la propia salud.

En el caso de que un paciente, un paciente presente un cuadro de hipertensión grave o de otras afecciones de otros órganos del cuerpo, el paciente deberá ser ingresado para un mayor control del estado de su salud. En estos casos, el tratamiento a aplicar no solo se centrará en fármacos y buenos hábitos, sino que habrá que valorar otras opciones de tratamiento más agresivas.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es una dolencia que puede aparecer de manera súbita, siendo un episodio aislado o bien puede prolongarse en el tiempo, siendo más complicado su tratamiento. En cualquiera de los dos supuestos, es necesario un tratamiento para evitar que esto siga sucediendo y así evitar, también, posibles complicaciones que pueden derivar en otras enfermedades o patologías, que pueden poner en riesgo la vida del paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe estar formado en la materia, y conocer con exactitud los valores de las constantes vitales, como es el caso de la tensión arterial, para poder avisar en un momento dado de cualquier alteración que el paciente pueda sufrir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 267

EL TURNO DE MAÑANA CON EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

M BEGOÑA JUNQUERA RODRIGUEZ

1 Introducción

El TCAE, es un profesional sanitario con una formación especializada, con una duración de dos años aproximadamente, junto con la práctica de la FCT, que sería formación de contrato de trabajo.

En las prácticas, el profesional sanitario ya formado, será el encargado de enseñarle todas las funciones que son responsabilidad del auxiliar de enfermería y a medida que vaya avanzando el tiempo, irá aprendiendo poco a poco a desenvolverse con la actividad que debe de cumplir, para ello tendrá la supervisión del profesional sanitario que está con la persona durante todas las prácticas y la supervisora de planta o del área donde se encuentre.

Para que en el centro donde haya estudiado la formación profesional, le acepten las prácticas, debe de entregarles un documento firmado y con el visto bueno de la supervisora de área, pero siempre y cuando vea que pone interés y se desenvuelve más o menos. También tendrá tutorías, cada 15 días aproximadamente, para observar y controlar como va en las prácticas y dar su seguimiento.

En el lugar donde hagamos las prácticas, el personal sanitario debe de ayudarnos porque somos nuevos y tenemos que aprender a desenvolvernos y brindar las necesidades necesarias que hace este profesional a sus pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer la labor del auxiliar de enfermería en el turno de mañana.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

El horario de entrada en el turno de mañana será desde las ocho de la mañana hasta las tres de la tarde. El TCAE, debe de ir con antelación, como 15 minutos antes para cambiarse, ponerse el pijama hospitalario y escuchar el cambio de turno del personal de por la noche.

Una vez que ya ha recibido el cambio por el compañero, observará el número de pacientes que le toca llevar y que parte es junto con el número de habitaciones que tiene a su cargo.

A continuación, comenzará a repartir material de higiene como toallas, pañales en caso de que lleven, pijama hospitalario para el paciente o camisón, junto con esponjas jabonosas para el aseo y ropa de la cama limpia.

Una vez terminada esta tarea, empezará a realizar aseos a las personas que no son válidas junto con el celador, paciente por paciente, les hará el aseo y también cambiándoles la ropa de la camilla por ropa limpia.

Luego, sobre las nueve, entregaremos los desayunos a los pacientes y les ayudaremos a comerlo a los que no puedan. Recogeremos las bandejas del desayuno y las meteremos en el carro de comidas.

Luego ayudaremos a las enfermeras en las técnicas que necesiten, y repondremos los carros de ropa con pijamas sanitarios y toallas, pero también repondremos los carros de enfermería siguiendo el papel con las unidades necesarias.

También tendremos un descanso aproximadamente de media hora para tomar un tentempié. Acostaremos a los pacientes que hemos pasado al sillón y haremos ronda de pañales. Sobre las 13:30 repartiremos las comidas y ayudaremos a comer a la persona que no se valga por sí misma, y los acostaremos y recogeremos las

bandejas y las colocaremos de nuevo en el carro de comidas. Luego haremos control de líquidos y diuresis. Miraremos que en el ordenador estén todos los cuidados firmados.

5 Discusión-Conclusión

Por último, se debe de tener en cuenta que el turno de este profesional sanitario debe ser eficaz y que debe de cumplir y cubrir todas las necesidades que se le atribuyen satisfaciendo su bienestar completo. El profesional sanitario debe de descansar para enfrentarse a su turno hospitalario. Este profesional es de gran importancia en el ámbito sanitario, puesto que está en primera línea y en contacto siempre con el paciente, cubriendo todas sus necesidades, poder vivir y que goce de un bienestar completo, físico, mental y social durante su estancia mientras permanezca ingresado en el interior del medio hospitalario.

6 Bibliografía

1. Cámara, Por Nora (16 de agosto de 2022). «'Turno de día': reparto y crítica de la película de estreno en Netflix». Diez Minutos. Consultado el 13 de junio de 2023.
2. N'Duka, Amanda (20 de octubre de 2020). «Jamie Foxx To EP & Star In Vampire Hunter Movie 'Day Shift' For Netflix». Deadline Hollywood. Consultado el 21 de noviembre de 2021.

Capítulo 268

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA.

MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ

MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

ANA LOPEZ PEREZ

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la rehabilitación son todas las medidas sociales, educativas y profesionales que su único objetivo es restituir al individuo en las situaciones de discapacidad. Se puede decir que la rehabilitación es un proceso de forma continua que tanto su duración como sus objetivos son limitados. Lo que se pretende con la rehabilitación es conseguir que el individuo consiga obtener ciertos niveles óptimos de independencia física y a su vez también unas habilidades funcionales.

En muchas ocasiones la rehabilitación consta de un proceso bastante complejo en el que se trata de aplicar muchos procedimientos para lograr conseguir que la

persona que se encuentra impedida pueda llegar a recuperar total o parcialmente su estado funcional. Por así decirlo, se trata de que dicha persona pueda volver a recuperar sus capacidades y funciones que por algún motivo se vieron afectadas. Cuando se realiza la rehabilitación al paciente, lo que se intenta conseguir es actuar sobre los 3 niveles de prevención existentes. Estos tres niveles son el nivel de prevención primario, el secundario y el terciario.

Haciendo mención al tratamiento rehabilitador, hay que tener en cuenta un factor demasiado importante como es la motivación. Con esto se quiere decir que cuando una persona ha sufrido unos daños y se tiene que enfrentar a unos problemas, no es lo mismo afrontarlos estando motivado que estando desmotivado y pensando que todo va a salir fatal. En la rehabilitación las técnicas más empleadas se puede decir que son la crioterapia y la electroterapia, la ultrasonoterapia y la cinesiterapia.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en dar a conocer las funciones del TCAE en el área de rehabilitación para que el paciente pueda recuperar el mayor grado posible de independencia.

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 funciones del TCAE dentro de un hospital abarcan muchos ámbitos y áreas dentro de la sanidad, entre todos estos se encuentra la rehabilitación. El auxiliar de enfermería puede realizar cursos especializados sobre esta materia. Las tareas que realizará el TCAE estarán siempre bajo la supervisión de un médico o enfermera, entre ellas podemos enumerar las siguientes:

- Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse para realizar las actividades.

- Vigilar las posturas del paciente.
- Acomodar al paciente en los lugares de la sala de rehabilitación que necesite utilizar.
- Realizará o ayudará en el aseo e higiene al paciente que no pueda realizarlo por sí solo
- Se encargará de suministrar y organizar el material, y de la limpieza y esterilización de los instrumentos
- Realizará labores de apoyo a médicos y enfermeros.
- El TCAE deberá escuchar a sus pacientes escuchando sus preocupaciones y anotarlas para después redactar un informe que trasladará a sus superiores, es decir, el médico o enfermero.

La función del TCAE puede consistir también en:

- Apoyo psicológico a personas con depresión.
- Enseñar a personas con pérdida de visión a usar el bastón.
- Hacer con el paciente ejercicios para el habla.
- Informar y reeducar a personas que han sufrido una cardiopatía.
- Ajustar prótesis tras la amputación.

En líneas generales podríamos distinguir 3 tipos de rehabilitación:

- Terapia ocupacional (sobre todo realizado en la tercera edad)
- Tratamiento del dolor
- Fisioterapia

Los tratamientos de rehabilitación pueden ser realizados de forma individual o a un grupo de personas, además de los que se pueden realizar en el domicilio del paciente. El tratamiento de rehabilitación no se aplica solamente en dolencias o trastornos de larga duración. Tenemos que considerar que la rehabilitación es una medida muy importante del centro de salud que ha de recibir cualquier paciente con problemas de salud.

5 Discusión-Conclusión

La rehabilitación es un proceso largo y a veces desesperado para el paciente que lo realiza. Con la rehabilitación lo que se pretende conseguir es rehabilitar a una persona que ha sufrido un daño y se quiere conseguir restaurar esa parte afectada para que vuelva a funcionar correctamente. Un factor muy importante de cara a realizar la rehabilitación, es la motivación. Este factor va a depender mucho de cómo el paciente se enfrente a un proceso de rehabilitación, ya que no es lo

mismo ir motivado y con ganas que ir desmotivando pensando que todo va a salir mal.

Otra cosa muy importante es que las sesiones nunca deben de ser largas para no producir fatiga.

Por último, decir que el TCAE juega un papel bastante importante en la unidad de rehabilitación, porque ayuda al personal auxiliar sanitario en todo lo que necesite.

6 Bibliografía

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

Capítulo 269

EL PROFESIONAL TCAE Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN SHOCK

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

Podemos decir que un shock es el estado en el que entra nuestro cuerpo cuando no llega la suficiente cantidad de sangre a los tejidos y en consecuencia de esto, los órganos no reciben el oxígeno necesario para realizar correctamente sus funciones.

Al ocurrir esto, se produce un fallo multiorgánico que si no se trata a tiempo, puede producir daños irreversibles llegando en ocasiones a producir la muerte. Si en algún momento presenciamos que una persona está sufriendo un shock, es muy importante actuar cuanto antes y prestarle los primeros auxilios para tratar de evitar que sufra daños en los órganos vitales.

Es importante saber cuáles son los motivos que pueden llegar a provocar un shock entre los que podemos citar los siguientes: sufrir una congelación que nos congele los tejidos, una reacción alérgica, un fallo cardíaco o incluso una pérdida volémica de sangre.

Cuando se está sufriendo un shock, es importante actuar con urgencia debido a que puede empeorar muy rápido. Según las estadísticas, uno de cada 5 personas que sufren un shock terminan falleciendo.

Una vez que se hace el diagnóstico, es importante estabilizar al paciente tanto a nivel médico como emocionalmente. Es importante tranquilizar al paciente para que se tranquilice y evitar que su estado de agitación aumente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante ante este tipo de pacientes debido a la atención que se les debe de brindar.

2 Objetivos

Explicar como tiene que actuar el personal trae ante un paciente que sufre un shock.

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

Debido a la importancia que tiene el diagnosticar lo más rápido posible un shock, es muy importante que todo el profesional sanitario esté bien formado y tenga los conocimientos suficientes sobre la materia.

La primera toma de contacto del paciente con un profesional sanitario suele ser cuando este acude ya bien sea a urgencias o acude a su MAP. Por lo general, suele sentir un malestar general y es el médico que le atiende quien interprete su diagnóstico.

Este profesional sanitario que le presta sus servicios tiene que actuar identificando los síntomas que presenta el paciente y debe de aplicar con rapidez los primeros auxilios para el caso concreto.

Los síntomas son:

Una presión arterial baja y un pulso muy rápido y débil.

Una agitación excesiva y un estado de ansiedad. Puede ser que también se produzcan temblores.

Puede sufrir una cianosis en las mucosas producido por la falta de oxígeno.

Sufrir escalofríos con acompañamiento de sudoración fría.

La respiración puede ser lenta y superficial o por el contrario puede ser rápida y profunda.

Se pueden producir desmayos, mareos y vómitos.

Puede aparecer dolor torácico y sentir una dificultad respiratoria.

Cuando un paciente está sufriendo un shock, es muy importante estar a su lado en todo momento debido a que puede empeorar y así avisaríamos con rapidez a un médico.

A partir de que se ponen en conocimiento los síntomas anteriormente mencionados, el técnico auxiliar en cuidados de enfermería tiene que hacerle el seguimiento tomándole las constantes y controlándole la diuresis.

Es importante recordad que un paciente que está en estado de shock puede manifestar agitación, nerviosismo y sufrir crisis violentas.

Cuando esto ocurre, el TCAE tiene que intentar calmar al paciente para intentar controlar la situación.

El papel del tcae ante este tipo de pacientes es muy importante debido a que están en contacto continuo con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la posibilidad que tiene un TCAE (técnico auxiliar en cuidados de enfermería) de estar con un paciente que está sufriendo un shock, es muy importante que tenga los conocimientos necesarios para saber identificar los signos y los síntomas. A parte de esto, también es muy importante que sepa actuar y prestarle los primeros auxilios al paciente, ya que esto dependiendo de la rapidez con la que se haga va a repercutir en la salud del paciente.

En caso de que nos encontremos un shock fuera de un centro hospitalario, lo primero que se haría es llamar a los servicios de emergencia y acto seguido prestarle los primeros auxilios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 270

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN CENTRO SANITARIO.

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria se puede dividir en tres tipos de atención: Atención primaria, secundaria y terciaria. En ambos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pueden desarrollar su labor, vamos a centrarnos en la atención secundaria y terciaria, más específicamente en las consultas externas, es decir, a nivel hospitalario (acompañamiento de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería al facultativo en las visitas de pacientes y asistirlo en lo necesario).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en las consultas externas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos dividir las funciones del TCAE en las consultas externas en dos grupos, las funciones relacionadas con la preparación de la consulta y las que se relacionan con la preparación del paciente.

- La consulta: La consulta médica no es tan solo un espacio físico, consideramos consulta a un conjunto de medios humanos y materiales y a una serie de actividades diagnósticas que se realizan para la atención a un paciente. En el espacio físico podemos distinguir dos zonas, la zona de entrevista, en la que el médico realiza la anamnesis al paciente y recoge los datos en la historia clínica, y la zona de exploración, en la que el médico realiza una exploración física al paciente y si es necesario recoge muestras o realiza otras pruebas diagnósticas. Antes de la consulta, el TCAE preparará la mesa auxiliar con el material e instrumental que se necesitará según el tipo de consulta, ordenará y preparará los documentos necesarios y preparará la camilla de la zona de exploración, además comprobará temperatura, iluminación, corrientes de aire, etc. Una vez finalizada la consulta deberá recoger el material utilizado y procederá a reponerlo, enviando el material a limpieza y esterilización si así se precisa.

- Preparamos al paciente: Dependiendo del tipo de consulta en la que estemos trabajando, el TCAE deberá conocer las técnicas de exploración que se van a realizar para poder así colaborar en la preparación del paciente. Antes de la exploración, el TCAE ayudará al paciente a desvestirse si es necesario y lo colocará en la camilla sobre una sabanilla en la posición apropiada para la exploración (que dependerá del servicio al que pertenezca la consulta), el TCAE tapaná con una sabanilla al paciente protegiendo en todo momento su intimidad y procurando que se sienta cómodo. Mientras tiene lugar la exploración, el TCAE irá cubriendo los volantes de aquellas pruebas que se vayan a realizar y colaborará con el médico en el desarrollo de sus funciones.

- La exploración física: Consiste en una serie de pruebas generales que ayuda al médico a detectar los signos y conocer los síntomas que aportarán información para el diagnóstico.
- Inspección. Analiza aspectos como el estado nutricional, la coloración de la piel, estado de hidratación, actitud o estado mental.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es fundamental en el equipo de trabajo sanitario. Todo el equipo sanitario debe de conocer a la perfección sus funciones y lo que tiene prohibido hacer, ya que si hacen algo que no les corresponde se podrían meter en muy serios problemas con el Estado. El TCAE tiene un gran trabajo en todos los servicios del hospital, pero además este trabajo científico se enfoca en las funciones del TCAE en las consultas externas. El TCAE es primordial, sin él el trabajo nos sería de calidad ni efectivo. En este tipo de servicio de consultas externas del hospital se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método científico de trabajo, en el cual es de suma importancia que se sigan los pasos a la perfección para que el trabajo sea de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 271

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una modalidad de atención médica especializada diseñada para mitigar el dolor, la angustia y el sufrimiento en pacientes que se encuentran en una fase avanzada e incurable de enfermedades tales como el cáncer, patologías respiratorias, cardiovasculares y neurodegenerativas. Estos cuidados son aplicables tanto en contextos domiciliarios como hospitalarios y son implementados por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, compuesto por enfermeros, facultativos, psicólogos, fisioterapeutas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

El propósito central de los cuidados paliativos radica en optimizar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan estas enfermedades incurables, así como

prestar apoyo a sus familiares. Esta mejora se logra a través de un enfoque de atención personalizado y completo que permite afrontar la enfermedad de manera eficaz y con la menor carga de sufrimiento posible. Entre las estrategias empleadas se encuentran la administración de fármacos, programas de ejercicio, terapias especializadas, asistencia psicológica, manejo del descanso y otras intervenciones. Este estudio abordará la metodología para abordar a estos pacientes, identificará los recursos disponibles y especificará el público objetivo de estas intervenciones. Además, se analizará el rol fundamental que desempeñan los TCAE en la implementación de cuidados paliativos en entornos hospitalarios.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones que van a llevar a cabo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en el servicio de cuidados paliativos.

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", "paliativos" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en el contexto de los cuidados paliativos. El proceso de comunicar la noticia de una enfermedad terminal es un momento sumamente delicado, y aquí es donde los TCAE desempeñan un papel esencial al ofrecer apoyo emocional y psicológico. Los TCAE deben estar atentos a las reacciones emocionales y cognitivas, como la desesperanza, el enojo, la soledad y la confusión, y proporcionar un ambiente que permita la expresión de estos sentimientos.

Además, los TCAE deben estar capacitados para reconocer las sensaciones físicas que los pacientes y sus familiares pueden experimentar, como la soledad, la tensión corporal, la ansiedad y la sensación de vacío en el estómago. Ofrecer cuidados que aborden estas necesidades físicas es fundamental.

En lo que respecta a los pensamientos y comportamientos, los TCAE deben estar alerta a señales de intranquilidad, alucinaciones y cambios en el comportamiento, como la pérdida de apetito y el aislamiento social. Ofrecer apoyo y canalizar a los pacientes y sus familias hacia recursos adecuados es parte de su función.

Una vez que un paciente se encuentra bajo cuidados paliativos, el enfoque se centra en aliviar el dolor y el sufrimiento, garantizando que el paciente esté lo más cómodo posible durante el proceso. Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, enfermeros y médicos, para proporcionar una atención completa.

Además, los TCAE desempeñan un papel importante en la facilitación de la comunicación entre el paciente y su familia, evitando el aislamiento y ayudando a prevenir la depresión. Esto implica abordar el tema de la muerte de manera franca y compasiva.

Tras el fallecimiento del paciente, los TCAE continúan ofreciendo apoyo emocional y psicológico a la familia, ayudándolos a sobrellevar la pérdida y ajustarse a la nueva realidad. Su presencia constante es fundamental para acompañar a la familia en el proceso de aceptación y adaptación a la ausencia del ser querido.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el análisis de las actuaciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de cuidados paliativos revela la importancia de su papel en la atención integral a pacientes en fases avanzadas de enfermedades incurables. Los TCAE desempeñan un papel esencial al proporcionar apoyo emocional y físico a los pacientes y sus familias en un momento de gran vulnerabilidad. Su capacidad para abordar los aspectos emocionales, reconocer y atender las necesidades físicas, facilitar la comunicación y ofrecer un apoyo constante después del fallecimiento del paciente contribuye significativamente a la calidad de vida de los pacientes y a la adaptación de las familias a la pérdida.

6 Bibliografía

1. Davison, S. N., & Simpson, C. (2006). Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ*, 333(7574), 886.
2. Doyle, D., Hanks, G. W., Cherny, N. I., & Calman, K. (2017). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press.

Capítulo 272

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

1 Introducción

En esta unidad hospitalaria se atiende a pacientes con afecciones oncológicas que requieren cuidados altamente especializados debido a su estado de salud delicado. Estos pacientes a menudo presentan sistemas inmunológicos debilitados, ya sea como consecuencia de la enfermedad misma o debido a tratamientos agresivos, a los que se suman factores como enfermedades crónicas y una avanzada edad. Los pacientes que ingresan en esta planta incluyen aquellos que necesitan quimioterapia de larga duración o con dificultades en la administración, así como

aquellos cuyos efectos secundarios exigen un aislamiento protector. También se hospitalizan pacientes en proceso de diagnóstico, aquellos con episodios recurrentes, pacientes cuya enfermedad progresa, y aquellos en cuidados paliativos en etapas avanzadas.

El equipo multidisciplinario está formado por médicos oncólogos, enfermeros especializados, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), farmacéuticos y otros profesionales. Trabajan en colaboración con servicios como radiología, nutrición, endocrinología y cuidados paliativos para proporcionar una atención completa y adaptada a las necesidades de los pacientes.

El rol de los TCAEs es esencial en este entorno, ya que trabajan en estrecha colaboración con el equipo para garantizar que los pacientes reciban los cuidados necesarios a lo largo de su proceso oncológico, prestando una atención especializada que combina precisión clínica y empatía hacia el paciente y sus familiares.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en la planta de oncología en la unidad de hospitalización.

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", "oncología" y "planta" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel de suma importancia en la unidad de hospitalización oncológica al garantizar la atención especializada y el bienestar de los pacientes. Su labor se extiende desde la preparación de las habitaciones antes de la admisión hasta la colaboración en el proceso de alta.

Inicialmente, los TCAEs se encargan de asegurar que las habitaciones estén equipadas con dispositivos y suministros esenciales para brindar atención de

alta calidad. Esto incluye la revisión y el mantenimiento de equipos médicos, especialmente aquellos requeridos para el cuidado de pacientes oncológicos con necesidades médicas específicas.

Una vez que el paciente ingresa a la unidad, los TCAEs juegan un papel fundamental en su acogida. Esto implica orientar al paciente en su nuevo entorno, identificarlo adecuadamente y proporcionar una explicación detallada de los procedimientos y horarios del hospital. Esta labor establece una relación de confianza y asegura que el paciente esté informado sobre su estancia y tratamiento.

Los TCAEs fomentan la independencia de los pacientes al promover actividades de autocuidado, como la higiene personal diaria, y proporcionar los materiales necesarios. Para aquellos que no pueden realizar estas actividades por sí mismos, los TCAEs ofrecen cuidados especializados, prestando atención a la prevención de complicaciones, como las úlceras por presión, que pueden surgir debido a la inmovilidad prolongada.

Su labor va más allá de la habitación del paciente, ya que coordinan y respaldan procedimientos médicos y de enfermería, incluyendo la recopilación de datos vitales y la administración de medicamentos bajo supervisión.

Los TCAEs también desempeñan un papel esencial en la movilización y traslado de pacientes, evitando úlceras por presión, un riesgo particular en pacientes oncológicos debido a la fragilidad de su piel. Además, asisten en actividades cotidianas, como la higiene y la alimentación, para pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos, y mantienen el carro de lencería bien abastecido.

Por último, en cuanto a la documentación clínica y administrativa, los TCAEs colaboran en la elaboración de registros, facilitando el seguimiento de la evolución de los pacientes y el proceso de alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de hospitalización oncológica, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería emergen como un eslabón fundamental en el entramado de la atención integral a pacientes afectados por enfermedades oncológicas. Su contribución abarca desde la preparación meticulosa de las habitaciones hasta la asistencia en procedimientos clínicos, pasando por la promoción de la autonomía de los pacientes y la prevención de complicaciones, como úlceras por presión. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la atención y el bienestar de los pacientes, aliviando la carga de trabajo de otros miembros del equipo de salud y facilitando un entorno hospitalario que promueve la confianza y la comodidad del paciente.

6 Bibliografía

1. Hickey, M. (2017). La práctica clínica de la enfermería neurológica y neuroquirúrgica. Salud de Wolters Kluwer.
2. Monsalve, P. y Rubio, I. (2019). Manual de Oncología para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Elsevier España.

Capítulo 273

OPTIMIZANDO LA CALIDAD DE VIDA: EL ROL INTEGRAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

1 Introducción

En esta sección, procederemos a examinar la etapa del envejecimiento en la que los trastornos de salud generales tienden a manifestarse con mayor frecuencia. No obstante, a pesar de las transformaciones significativas que han tenido lugar en las necesidades de la población anciana en las últimas dos décadas, la vejez suele definirse, desde una perspectiva médica, en torno a los 65 años de edad.

Es imperativo reconocer que el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE) ocupa un puesto de relevancia en la prestación de atención a los pacientes geriátricos, dado que es el profesional de la salud que mantiene la interacción más frecuente con ellos. Este personal está encargado de abordar sus requerimientos básicos y salvaguardar sus áreas anatómicas más susceptibles, en razón de la

avanzada edad de los pacientes. En este contexto, resulta esencial comprender las demandas específicas de la población de edad avanzada, los aspectos abarcados en la atención, así como la realización de una evaluación geriátrica exhaustiva, basada en el diagnóstico médico de los ancianos.

Se pone de manifiesto cuáles necesidades son incongruentes con el proceso de envejecimiento desde una perspectiva fisiológica o patológica del paciente geriátrico, y se consideran las limitaciones estructurales que puedan influir. Para abordar estas necesidades, es imperativo abordar al paciente anciano desde tres dimensiones distintas: mental, física y social, haciendo hincapié en la concienciación del paciente acerca de sus necesidades en cada una de estas áreas.

La colaboración constante con el conjunto de especialistas que componen el equipo geriátrico es fundamental, ya que garantiza una atención integral y satisface las necesidades del paciente geriátrico de manera óptima.

2 Objetivos

Analizar, de manera exhaustiva, las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con paciente geriátricos.

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 "geriátrica" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Cuando se aborda la compleja temática de los síndromes geriátricos, se destaca la presencia de diversas condiciones patológicas que afectan de manera significativa a la población de edad avanzada. Entre estas afecciones de relevancia sobresalen las caídas, la inmovilidad, la incontinencia y la disfunción cognitiva, entre otras. En este contexto, los técnicos auxiliares de enfermería desempeñan un rol central al ser responsables de la atención integral de estos pacientes geriátricos.

El TCAE se convierte en el pilar fundamental al asumir el compromiso de asistir a los pacientes en sus actividades cotidianas esenciales, abarcando desde la asistencia para levantarse de la cama hasta el aseo personal y el proceso de vestirse. Además, en situaciones que así lo requieran, los TCAE acompañan a los pacientes en sus visitas a servicios ambulatorios o sesiones de asesoramiento, asegurando un apoyo continuo.

Otra función relevante del rol del TCAE es dar apoyo en el ámbito de la higiene, especialmente en lo concerniente al uso del baño. Su intervención se extiende a facilitar la integración de los pacientes geriátricos con la comunidad, contribuyendo a la realización de tareas que reduzcan el riesgo de accidentes y pérdidas.

El TCAE también juega un papel esencial en la atención alimentaria y en la hidratación de los pacientes, promoviendo la autonomía y motivando el autocontrol. Asimismo, su labor incluye la colaboración estrecha con el equipo médico para recopilar información relevante sobre los cambios físicos y mentales de los pacientes, lo cual implica la monitorización de parámetros como la temperatura corporal, la producción de orina, el estado de ánimo y la salud general.

En situaciones más especializadas, los TCAE participan activamente en la administración de procedimientos médicos, como vendajes, enemas, medicamentos y, en ocasiones, inyecciones intravenosas. Su contribución en esta área es crucial para asegurar el bienestar de los pacientes geriátricos.

Además de su enfoque en la atención directa, los TCAE también tienen un papel informativo al alertar a los familiares sobre los cambios inherentes al proceso de envejecimiento. Esta comunicación efectiva es esencial para una comprensión compartida de las necesidades y desafíos de la población geriátrica.

El TCAE también ejerce un papel preventivo al evaluar el entorno del paciente y tomar medidas para minimizar riesgos, como la eliminación de alfombras y la garantía de la seguridad en pasamanos y barandillas. La prevención de caídas, que pueden tener consecuencias graves, es de suma importancia en el cuidado geriátrico.

El aspecto emocional y de bienestar no se pasa por alto, ya que los TCAE cuidan al paciente, comprenden sus necesidades emocionales y ofrecen apoyo emocional en el transcurso del tratamiento. Bajo la supervisión de profesionales médicos, estos asistentes fomentan la práctica de ejercicios físicos que son vitales para el bienestar de los pacientes.

Finalmente, los TCAE también se adaptan al estado del paciente, especialmente en situaciones de problemas de audición, empleando un lenguaje claro y sencillo con un tono de voz más alto, si resulta necesario. Además, se promueve la visita

familiar, proporcionando un ambiente privado y evitando el aislamiento, lo que contribuye significativamente a la salud mental y emocional de los pacientes geriátricos.

5 Discusión-Conclusión

En unidades geriátricas, la labor de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería se erige como un componente esencial para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes de edad avanzada. Estos profesionales desempeñan un papel multifacético al abordar los diversos síndromes geriátricos, como la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y la disfunción cognitiva. Su actuación abarca desde asistir en las actividades básicas de la vida diaria hasta colaborar estrechamente con el equipo médico, facilitando el bienestar físico y emocional de los pacientes. Los TCAE son responsables de prevenir caídas y accidentes, fomentar la autonomía y la actividad física, y brindar un apoyo emocional fundamental. Además, su capacidad para adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, incluyendo problemas de audición o comunicación, asegura una atención personalizada.

6 Bibliografía

1. García, M. L., & Pérez, S. C. (2020). Impacto de la atención de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la calidad de vida de pacientes geriátricos. *Journal of Geriatric Nursing*, 18(2), 78-91.
2. Rodríguez, A. P., & López, R. G. (2019). Prácticas efectivas de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de pacientes de edad avanzada. *Enfermería Geriátrica Avanzada*, 28(1), 45-60.

Capítulo 274

APLICACIÓN DE ÁCIDO ACÉTICO MEDIANTE IONTOFORESIS EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

1 Introducción

La iontoforesis consiste en la aplicación de corriente galvánica (u otras corrientes que tienen base galvánica, como la difásica fija y träbert) para la introducción de medicamentos en el interior del organismo a través de la epidermis y las mucosas (glándulas sudoríparas y folículos pilosos son los que ofrecen menor resistencia). La entrada se produce por el rechazo de iones del mismo signo, aprovechando los efectos polares.

Este tipo de corrientes se utiliza para la tendinitis calcificante de hombro, en la cual se forma depósito de calcio en el tendón del hombro. Este depósito puede

causar dolor y limitar el rango de movimiento en el hombro afectado. Aunque la causa exacta no siempre está clara, se cree que factores como la edad, lesiones en el hombro, y problemas con el suministro de sangre al tendón pueden contribuir al desarrollo de la tendinitis calcificante. Entre los síntomas se pueden encontrar: dolor en el hombro que puede variar en intensidad y que puede empeorar por la noche, inflamación y limitación en el movimiento de la articulación y a nivel funcional para las actividades de la vida diaria.

Dentro del tratamiento de fisioterapia existen diversas técnicas para el tratamiento de dicha patología: más conservadora como movilizaciones articulares y potenciación del manguito de los rotadores, electroterapia y ondas de choque. Si el tratamiento conservador no funciona, se puede incluir un tratamiento más invasivo mediante punción-aspiración bajo control de ecografía o artroscopia.

Para la presente revisión nos hemos centrado en la aplicación ácido acético al 5% mediante iontoforesis para el tratamiento de las calcificaciones del hombro, viendo su efectividad y eficacia en la disminución de las calcificaciones y, por ende, en la sintomatología del paciente. El ácido se aplica en el polo negativo (cátodo) penetrando por las glándulas sudoríparas y en menor medida por los folículos pilosos. Durante el proceso el radical acetato reacciona con el carbonato cálcico de la calcificación formando agua, acetato cálcico y dióxido de carbono. Esto hace que la calcificación desaparezca.

2 Objetivos

Explicar el efecto del ácido acético mediante iontoforesis sobre la reducción del tamaño de la calcificación (radiológica) de las tendinopatías calcificadas del hombro, y en especial del supraespinoso.

3 Metodología

La presente revisión se ha elaborado a través una búsqueda sistemática de libros y de las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo y Google Académico. Se utilizaron las siguientes palabras clave para la búsqueda: iontoforesis, ácido acético, tendinitis calcificante, hombro y fisioterapia. Se acotó la búsqueda a aquellos artículos tanto en inglés como en español comprendidos entre el año 2015 al 2023.

4 Resultados

Dentro de los resultados obtenidos en los diferentes artículos, todos coinciden en que el tendón más afectado por las calcificaciones es el del supraespinoso. No hay consenso en cuanto al segundo o tercero más afectado, ya que hay estudios que describen al tendón del infraespinoso como el segundo más afectado y otros el subescapular.

La disminución de la calcificación, el dolor y la limitación funcional han sido las variables buscadas para valorar la efectividad y la eficacia del tratamiento.

Para la aplicación del tratamiento se utiliza una densidad de corriente de entre 0,15-0,5 mA/cm² de forma diaria durante 15-20 sesiones.

En los estudios seleccionados, se muestra una mejoría de los signos y síntomas asociando el tratamiento de ácido acético mediante iontoforesis junto a ultrasonidos, mejorando la movilidad del hombro y el dolor subagudo o crónico. Igualmente, se observa una desaparición/ disminución de las calcificaciones, considerando la desaparición de la misma (disminución de más del 75 %), disminución (reducción entre el 25-75 %) o no resolución (reducción de menos del 25 %) de la calcificación.

Según otro estudio, se compara la aplicación de ácido acético mediante iontoforesis con ondas de choque extracorpóreas (ODCE), tanto radiales como focales. No existen diferencias significativas en cuanto a la reducción media del tamaño de las calcificaciones al concluir el periodo de seguimiento, independientemente del tipo de terapia utilizada. Para la valoración funcional y dolor se empleó la escala de Constant-Murley, una de las más usadas como herramienta para valorar el hombro. Combina el examen físico (movimiento y fuerza) con la evaluación subjetiva del paciente (dolor y actividades de la vida diaria). Se observó una ganancia significativa a favor del tratamiento con iontoforesis, seguido del tratamiento con ondas de choque radiales y por último de las focales. Los resultados radiológicos y clínicos se reestablecen de forma favorable al mes de tratamiento, independientemente del tipo de tratamiento utilizado. Esta mejoría se acentúa durante el periodo de seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la tendinitis calcificante de hombro es desde hace décadas la modalidad terapéutica más frecuentemente aplicada en los servicios de rehabilitación. Sin embargo, existen pocos estudios que avalen su uso.

El tratamiento de iontoforesis con ácido acético es tan eficaz como las ondas de

choque extracorpóreas para lograr el alivio sintomático y disminuir la calcificación en la tendinitis calcificada del supraespinoso.

La iontoforesis con ácido acético al 5 % junto con ultrasonidos es la técnica más sencilla, efectiva, barata, capaz de aliviar el dolor y la calcificación, y recuperar la movilidad en la tendinitis calcificante de hombro.

El tratamiento con ácido acético implica menor coste que la terapia con ondas de choque, por lo que ha sido utilizado hasta el momento en hospitales como primera forma de tratamiento. No obstante, cualquiera de estas terapias muestra menor coste al del tratamiento quirúrgico con su consiguiente rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Chico-Álvarez E. Estudio prospectivo comparando los tres resultados obtenidos con tres tratamientos de electroterapia en las tendinopatías calcificadas del supraespinoso [Tesis Doctoral]. Universidad de Valladolid; 2015.
2. Fernández-Cuadros ME, Albaladejo-Florin MA, Álava-Rabasa S, Pérez-Mor OS. Algorithm of management based on treatment goals for calcifying tendonitis of the shoulder: rigidity, pain and size of calcification. *MOJ Orthop Rheumatol*. 2020;12(2):26-9. DOI: 10.15406/mojor.2020.12.00511.
3. Fernández Cuadros ME, Pérez Moro OS, Álava Rabasa S, García González JM, Mirón Canelo JA. Calcifying Tendonitis of the Shoulder: Risk Factors and Effectiveness of Acetic Acid Iontophoresis and Ultrasound. *Middle East. J Rehabil Health*. 2016.
4. Razmjou H, Holtby R. Impact of rotator cuff tendon reparability on patient satisfaction. *JSES Open Acces*. 2017.

Capítulo 275

EFICACIA DEL PROGRAMA FIFA 11+ PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES EN JUGADORES DE FÚTBOL

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El fútbol es uno de los deportes más practicados a nivel mundial, la FIFA estima que más de 250.000 millones de personas juegan al fútbol regularmente. La práctica habitual de fútbol tiene numerosos beneficios para la salud a nivel cardiovascular, pulmonar y musculoesquelético, pero también conlleva un riesgo de lesión en especial las que afectan a tobillo, rodilla y cadera.

Una revisión sistemática estima que se producen entre alrededor de 35 lesiones por cada 1000 horas de partido y 3,7 lesiones por cada 1000 horas de entrenamiento.

Otros datos significativos es que, en un equipo profesional, cada jugador sufre de media unas dos lesiones por temporada, lo que se traduce en unas 50 lesiones por temporada para cada equipo.

Teniendo esto en cuenta, cada vez se busca profundizar más en el campo de la prevención de lesiones, en especial las que afectan a los miembros inferiores.

La “FIFA Medical Assessment and Research Centre” (F-MARC), centro de investigación fundado por la FIFA para investigar las causas, prevención y tratamiento

de lesiones en el fútbol, cuenta con un protocolo de calentamiento: FIFA 11+, cuyo objetivo es reducir las lesiones.

Se compone de un documento de tres partes con un total de 15 ejercicios que deben realizarse al comienzo de cada sesión de entrenamiento en un orden concreto:

1. 6 ejercicios de carrera lentos, estiramientos y contactos controlados.
2. 6 ejercicios de tronco, piernas, pliometría y equilibrio, cada uno con 3 niveles de progresión.
3. 3 ejercicios de carrera a más velocidad con cambios de dirección.

Ya que este protocolo se desarrolló en 2006, vamos a analizar, tras 17 años de uso, qué efectividad tiene para prevenir lesiones en el fútbol.

Cabe destacar que actualmente la FIFA está revisando este protocolo y una nueva actualización estará disponible en el primer trimestre de 2024.

2 Objetivos

Analizar la eficacia que ha tenido el programa FIFA 11+ en la prevención de lesiones en jugadores de fútbol jóvenes y adultos

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane Library, CINHAl y SportDiscuss introduciendo los términos “prevention”, “injury”, “injuries”, “football”, “soccer”, “FIFA 11” y “Fifa 11+” tanto en español como en inglés.

Tras filtrar los resultados, se incluyen 6 revisiones sistemáticas para su revisión.

4 Resultados

Entre los artículos revisados existe un consenso sobre el uso del programa FIFA 11+ como protocolo de calentamiento para evitar lesiones: es eficaz para reducir la incidencia de lesiones entre un 30% y un 45%.

Uno de los artículos llega a ser más específico y desglosa estos datos: puede llegar a reducir las lesiones de isquiotibiales en un 60%, las de cadera (y aductores) en un 41%, las de rodilla en un 48% y las de tobillo en un 32%.

Otro dato interesante es su influencia sobre el core, se encontraron adaptaciones estructurales de la pared abdominal tras llevar a cabo este calentamiento durante

al menos una temporada (de septiembre a mayo). Las alteraciones neuromusculares encontradas muestran mejoría en el control de tronco, que se traduce en una mayor capacidad para estabilizar las articulaciones lumbopélvicas y por tanto, todo el miembro inferior.

Debido a la alta variabilidad de pacientes (edades entre 14 y 60 años, género masculino y femenino, futbolistas profesionales y amateur, etc.) los datos pueden llegar a ser contradictorios en algunas ocasiones. Por ejemplo, todavía se sigue debatiendo si este protocolo tiene efectividad para corregir los aterrizajes tras un salto (mecanismo lesional más común para el ligamento cruzado anterior).

Mientras que para las futbolistas mujeres entre 14 y 20 años sí ha mostrado diferencias significativas en la reducción de lesiones de ligamento cruzado anterior, los datos no son claros a partir de esta edad.

En ningún caso se encontraron diferencias en los parámetros más técnicos antes y después de usar este protocolo, por ejemplo, en los casos de golpeo de balón, regate y sprint.

No solo esto, sino que además algún autor refirió que estos parámetros habían empeorado justo después de realizar este calentamiento y, aunque a medio-largo plazo es muy efectivo para prevenir lesiones, algunos equipos son reacios a implementar un protocolo que pueda “empeorar a los jugadores” justo antes de un partido. En futuras actualizaciones surge la necesidad de no solo buscar prevenir las lesiones, sino también mejorar (o mantener) el rendimiento técnico de los jugadores.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que los resultados son satisfactorios en la mayoría de artículos, mostrando una clara efectividad para reducir lesiones en los futbolistas, todavía queda margen de mejora: a pesar de que se recomienda utilizar este protocolo entre 2 y 3 veces por semana, solo alrededor de un 13% de los equipos que lo pusieron en práctica cumplían con este criterio. Conseguir que se llegue a utilizar al menos 2 veces por semana y un mínimo de 8 semanas podría llegar a mostrar una mejora aún más significativa en los resultados.

Como “tareas pendientes” de este protocolo de calentamiento destacaría la inclusión de ejercicios más técnicos centrados en los gestos más comunes en este deporte, y otro factor a tener en cuenta sería los ejercicios especializados por géneros. En varios de estos artículos revisados se destaca que los futbolistas son más propensos sufrir a lesiones musculares, mientras que las futbolistas son más propensas a sufrir lesiones ligamentosas. Para reducir la incidencia de lesiones

es importante contar con un protocolo lo más específico posible, y eso pasa por atender a los factores de riesgo más comunes de cada población y actuar sobre ellos.

En conclusión, se recomienda el uso del protocolo de calentamiento FIFA 11+ en todos los equipos de fútbol a nivel amateur para reducir la incidencia de lesiones en este deporte.

6 Bibliografía

1. Junge, A., & Dvorak, J. (2004). Soccer injuries: a review on incidence and prevention. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 34(13), 929–938. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434130-00004>
2. Ekstrand, J., Häggglund, M., & Waldén, M. (2011). Injury incidence and injury patterns in professional football: the UEFA injury study. *British journal of sports medicine*, 45(7), 553–558. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2009.060582>
3. Blatter, J.S., Dvrokak, J. Un programa completo de calentamiento para prevenir las lesiones en el fútbol. 2012; 73.
4. Hanlon, C., Krzak, J. J., Prodoehl, J., & Hall, K. D. (2020). Effect of Injury Prevention Programs on Lower Extremity Performance in Youth Athletes: A Systematic Review. *Sports health*, 12(1), 12–22. <https://doi.org/10.1177/1941738119861117>
5. Barengo, N. C., Meneses-Echávez, J. F., Ramírez-Vélez, R., Cohen, D. D., Tovar, G., & Bautista, J. E. (2014). The impact of the FIFA 11+ training program on injury prevention in football players: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 11(11), 11986–12000. <https://doi.org/10.3390/ijerph11111986>
6. Gomes Neto, M., Conceição, C. S., de Lima Brasileiro, A. J. A., de Sousa, C. S., Carvalho, V. O., & de Jesus, F. L. A. (2017). Effects of the FIFA 11 training program on injury prevention and performance in football players: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 31(5), 651–659. <https://doi.org/10.1177/0269215516675906>
7. Thorborg, K., Krommes, K. K., Esteve, E., Clausen, M. B., Bartels, E. M., & Rathleff, M. S. (2017). Effect of specific exercise-based football injury prevention programmes on the overall injury rate in football: a systematic review and meta-analysis of the FIFA 11 and 11+ programmes. *British journal of sports medicine*, 51(7), 562–571. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097066>
8. Sadigursky, D., Braid, J. A., De Lira, D. N. L., Machado, B. A. B., Carneiro, R. J. F., & Colavolpe, P. O. (2017). The FIFA 11+ injury prevention program for soccer

players: a systematic review. BMC sports science, medicine & rehabilitation, 9, 18. <https://doi.org/10.1186/s13102-017-0083-z>

9. Asgari, M., Nazari, B., Bizzini, M., & Jaitner, T. (2023). Effects of the FIFA 11+ program on performance, biomechanical measures, and physiological responses: A systematic review. Journal of sport and health science, 12(2), 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2022.05.001>

Capítulo 276

ESCALAS DE EVALUACIÓN EN FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

GLORIA OTERO CORTIJO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

1 Introducción

En la fisioterapia geriátrica, las escalas de evaluación desempeñan un papel crucial en la medición objetiva del estado de salud y funcionalidad de los pacientes mayores. Estas escalas son herramientas estandarizadas que permiten a los fisioterapeutas y profesionales de la salud evaluar y cuantificar diferentes aspectos del funcionamiento físico y la calidad de vida en personas de edad avanzada. Aquí, se presentan algunas de las escalas de evaluación más comúnmente utilizadas en este contexto:

Escala de Tinetti: Esta escala se enfoca en la evaluación del equilibrio y la marcha de los pacientes mayores. Los fisioterapeutas observan y puntúan la capacidad del paciente para realizar una serie de tareas relacionadas con el equilibrio y la movilidad.

Escala de Barthel: La escala de Barthel se utiliza para medir la independencia en las actividades de la vida diaria, como vestirse, bañarse y alimentarse. Proporciona una puntuación que refleja el grado de autonomía del paciente.

Escala de Lawton y Brody: Esta escala evalúa la independencia en actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, comprar o usar el teléfono. Ayuda a comprender la capacidad del paciente para vivir de manera independiente.

Escala de Geriatric Depression Scale (GDS): Se utiliza para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en adultos mayores. Identificar la depresión es esencial, ya que puede afectar significativamente la funcionalidad y la calidad de vida.

Escala de Evaluación del Dolor: Dado que el dolor crónico es común en la población geriátrica, esta escala ayuda a medir y cuantificar la intensidad del dolor, lo que es esencial para un tratamiento adecuado.

Escala de Evaluación Cognitiva (como el Mini-Mental State Examination - MMSE): Evalúa la función cognitiva y detecta posibles problemas de demencia. Ayuda a los profesionales a adaptar sus enfoques de tratamiento y a proporcionar apoyo adecuado.

Estas escalas son solo algunas de las muchas herramientas disponibles en fisioterapia geriátrica. Son útiles para establecer líneas de base, rastrear el progreso de los pacientes y guiar la planificación del tratamiento. Sin embargo, es importante que los fisioterapeutas las utilicen en conjunto con una evaluación clínica completa y teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales de cada paciente para brindar una atención óptima.

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

En la fisioterapia geriátrica, las escalas de evaluación son herramientas esenciales que permiten a los profesionales de la salud medir objetivamente la funcionalidad, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes mayores. Estas escalas estandarizadas ayudan a los fisioterapeutas a evaluar y cuantificar diversos aspectos del envejecimiento y las afecciones asociadas, lo que es fundamental para planificar y personalizar la atención. Aquí se presentan algunas de las escalas de evaluación más utilizadas en fisioterapia geriátrica:

Escala de Tinetti: Esta escala se enfoca en la evaluación del equilibrio y la marcha en adultos mayores. Evalúa la capacidad del paciente para realizar una serie de tareas relacionadas con el equilibrio y la movilidad, como levantarse de una silla, caminar y girar.

Escala de Barthel: La escala de Barthel evalúa la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), como vestirse, bañarse, comer y usar el baño. Proporciona una puntuación que refleja el grado de autonomía del paciente en estas tareas esenciales.

Escala de Lawton y Brody: Esta escala se centra en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como cocinar, hacer compras y usar el teléfono. Ayuda a determinar la capacidad del paciente para vivir de manera independiente en la comunidad.

Escala de Geriatric Depression Scale (GDS): La GDS se utiliza para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en adultos mayores. La detección temprana de la depresión es crucial, ya que puede afectar significativamente la calidad de vida y la participación en la terapia.

Escala de Evaluación del Dolor: Dado que el dolor crónico es común en la población geriátrica, esta escala ayuda a medir la intensidad del dolor y su impacto en la funcionalidad diaria.

Escala de Evaluación Cognitiva (como el Mini-Mental State Examination - MMSE): Evalúa la función cognitiva y detecta posibles problemas de demencia. Ayuda a los fisioterapeutas a adaptar sus enfoques de tratamiento y a proporcionar apoyo adecuado.

Estas escalas proporcionan información valiosa para guiar la planificación del tratamiento, establecer objetivos realistas y medir el progreso a lo largo del

tiempo. Sin embargo, es importante recordar que ninguna escala debe considerarse de forma aislada. Deben complementarse con una evaluación clínica integral y tener en cuenta las necesidades individuales de cada paciente para brindar una atención personalizada y centrada en la persona.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación fundamental del fisioterapeuta para una buena valoración de las escalas en fisioterapia geriátrica es asegurarse de que la evaluación sea realizada por un profesional de la salud capacitado y experimentado en el cuidado de adultos mayores. La precisión en la administración de las escalas es esencial para obtener resultados confiables y útiles que guíen el plan de tratamiento y la atención centrada en el paciente.

Además, es importante considerar que las escalas deben ser parte de una evaluación más amplia que incluya la historia clínica del paciente y una evaluación física completa. Las escalas deben adaptarse a las necesidades y características individuales de cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud general, sus objetivos y sus preferencias. La comunicación abierta con el paciente y su familia es esencial para comprender su situación y proporcionar una atención personalizada y efectiva. En resumen, la valoración con escalas en fisioterapia geriátrica debe realizarse de manera precisa y contextualizada para brindar la mejor atención posible a los adultos mayores.

6 Bibliografía

Vásquez, N. G. V., & Narváez, L. A. A. (2023). Instrumentos de Evaluación Fisioterapeuta en personas Adultas Mayores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 9748-9763.

Capítulo 277

TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA. HIPERINSUFLACIÓN MANUAL

GLORIA OTERO CORTIJO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

1 Introducción

La hiperinsuflación manual es una técnica utilizada en fisioterapia respiratoria para mejorar la ventilación pulmonar y eliminar secreciones de las vías respiratorias. Esta técnica se realiza mediante un dispositivo conocido como bolsa de reanimación o Ambú y un sistema de control de presión. Aquí se explican los conceptos clave y la aplicación de la hiperinsuflación manual:

La hiperinsuflación manual implica la administración de un volumen de aire controlado a los pulmones del paciente a través de una mascarilla facial o una cánula traqueal. El objetivo es mejorar la expansión pulmonar y ayudar a despejar las vías respiratorias.

Esta técnica es especialmente útil en pacientes con dificultades respiratorias, como aquellos con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), fibrosis quística o atelectasia. También se utiliza en pacientes que han sido sometidos a cirugía torácica y que necesitan recuperar la función pulmonar.

El fisioterapeuta controla cuidadosamente la presión y el volumen administrados para evitar lesiones pulmonares y garantizar que la hiperinsuflación sea segura y efectiva. La técnica puede ser complementada con la vibración y el drenaje postural para ayudar a eliminar las secreciones y mejorar la ventilación en las áreas colapsadas del pulmón.

La hiperinsuflación manual es una técnica importante en fisioterapia respiratoria que se utiliza para mejorar la expansión pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones en pacientes con afecciones respiratorias. Cuando se realiza adecuadamente por un profesional de la salud capacitado, puede ser beneficiosa para mantener la función pulmonar y mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas respiratorios.

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

Las técnicas de fisioterapia respiratoria son herramientas esenciales para el tratamiento y la mejora de la función pulmonar en pacientes con afecciones respiratorias. Una de estas técnicas, la hiperinsuflación manual, se utiliza con el propósito de optimizar la expansión pulmonar y promover la eliminación de secreciones de las vías respiratorias.

La hiperinsuflación manual implica la administración de una cantidad controlada de aire a los pulmones del paciente mediante el uso de una bolsa de reanimación (Ambú) y una mascarilla facial o una cánula traqueal. Este procedimiento se realiza en colaboración con un fisioterapeuta o un profesional de la salud capacitado. A través de la hiperinsuflación, se busca lograr varios objetivos importantes:

Mejora de la Ventilación Pulmonar: La técnica ayuda a expandir los alvéolos pulmonares, lo que mejora la capacidad del paciente para inhalar y exhalar aire de manera eficaz.

Eliminación de Secreciones: La hiperinsuflación contribuye a desplazar y movilizar las secreciones acumuladas en las vías respiratorias, facilitando su expulsión.

Prevención de Atelectasias: En situaciones posquirúrgicas o en pacientes que han estado en reposo prolongado, la técnica ayuda a prevenir la atelectasia, que es el colapso de áreas pulmonares.

Mejora de la Oxigenación: Al optimizar la ventilación, la hiperinsuflación también puede mejorar la oxigenación de la sangre, lo que es esencial en casos de insuficiencia respiratoria.

Facilitación de la Movilización: En pacientes con debilidad muscular o limitación de movimientos, la técnica puede ayudar a mantener la expansión pulmonar y la función respiratoria.

Es importante destacar que la hiperinsuflación manual debe ser realizada por un profesional de la salud debidamente capacitado y con experiencia en fisioterapia respiratoria. La presión y el volumen administrados deben ser controlados cuidadosamente para evitar lesiones pulmonares. Además, la técnica se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y puede ser complementada con otras modalidades de tratamiento, como el drenaje postural y la vibración, para lograr resultados óptimos.

La hiperinsuflación manual es una técnica valiosa en fisioterapia respiratoria que se utiliza para mejorar la expansión pulmonar, facilitar la eliminación de secreciones y mejorar la función respiratoria en pacientes con afecciones pulmonares. Cuando se aplica adecuadamente, puede ser una parte fundamental en la rehabilitación y el tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas y agudas.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del fisioterapeuta para un buen tratamiento de la hiperinsuflación manual es que debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado y con experiencia en fisioterapia respiratoria. La técnica de hiperinsuflación manual implica el uso de una bolsa de reanimación para administrar

aire a los pulmones del paciente, y el control preciso de la presión y el volumen es fundamental para evitar lesiones pulmonares.

Además, es esencial que el fisioterapeuta evalúe cuidadosamente las necesidades individuales del paciente y adapte la técnica en consecuencia. Esto incluye considerar la condición médica subyacente del paciente, su capacidad pulmonar y cualquier restricción o limitación que pueda tener.

La comunicación abierta con el paciente es clave. El fisioterapeuta debe explicar el procedimiento, responder preguntas y garantizar que el paciente se sienta cómodo y seguro durante la hiperinsuflación manual. También es importante supervisar continuamente la respuesta del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

En resumen, la hiperinsuflación manual es una técnica efectiva en fisioterapia respiratoria cuando se realiza adecuadamente bajo la supervisión de un profesional cualificado. La atención centrada en el paciente y la precisión en la administración son fundamentales para obtener los mejores resultados en la expansión pulmonar y la eliminación de secreciones.

6 Bibliografía

Gómez, W. C. (2022). *Fisioterapia en la UCI: Teoría, experiencia y evidencia*. Editorial El Manual Moderno.

Capítulo 278

PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DE LA REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL (RPG)

GLORIA OTERO CORTIJO

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

1 Introducción

La Reeducción Postural Global (RPG) es un enfoque de fisioterapia que se centra en la evaluación y corrección de la postura y la biomecánica del cuerpo. Fue desarrollada por el fisioterapeuta francés Philippe Souchart y se ha convertido en un método ampliamente utilizado para tratar una variedad de problemas musculoesqueléticos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La RPG se basa en la idea de que muchas afecciones musculoesqueléticas y dolores crónicos están relacionados con desequilibrios posturales y tensiones musculares. A través de una evaluación detallada de la postura y el movimiento del paciente, el fisioterapeuta identifica las áreas de disfunción y diseñará un programa de tratamiento personalizado.

Las técnicas utilizadas en la RPG incluyen estiramientos suaves y progresivos, así como ejercicios de fortalecimiento específicos para corregir los desequilibrios

musculares y restaurar una postura adecuada. A diferencia de otros enfoques, la RPG se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y se enfoca en la causa subyacente del problema, no solo en el alivio de los síntomas.

Los beneficios de la RPG incluyen la mejora de la postura, la reducción del dolor musculoesquelético, la prevención de futuras lesiones y la mejora de la calidad de vida en general. Se utiliza para tratar afecciones como la escoliosis, la hernia discal, la cervicalgia, la lumbalgia y muchas otras.

La RPG es una técnica no invasiva y suele ser bien tolerada por los pacientes. Sin embargo, requiere un compromiso activo por parte del paciente, ya que se basa en la participación activa en el proceso de rehabilitación y la adopción de cambios posturales en la vida diaria. Para obtener los mejores resultados, es importante buscar un fisioterapeuta certificado en RPG que pueda proporcionar una evaluación y tratamiento adecuados.

2 Objetivos

Exponer el papel del fisioterapeuta en distintas enfermedades y terapias.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

La Reeducción Postural Global (RPG) es un enfoque de fisioterapia que se basa en una serie de principios y objetivos específicos para abordar problemas posturales y musculoesqueléticos. Estos principios y objetivos son fundamentales para comprender la filosofía y la práctica de la RPG:

Principios de la RPG:

Globalidad: Uno de los principios centrales de la RPG es que el cuerpo humano es un sistema integrado en el que todas las partes están interconectadas. Los de-

se equilibrios en una parte del cuerpo pueden tener un impacto en otras áreas. Por lo tanto, la RPG se enfoca en tratar al paciente de manera integral, considerando todo el cuerpo y sus interacciones.

Causalidad: La RPG se concentra en la búsqueda de la causa subyacente de los problemas posturales y musculoesqueléticos en lugar de simplemente aliviar los síntomas. Busca identificar y corregir las disfunciones musculares y posturales que originan el dolor o la limitación de movimiento.

Individualización: Cada paciente es único, y la RPG se adapta a las necesidades y características individuales. El tratamiento se personaliza en función de la evaluación detallada de la postura y el movimiento de cada persona.

Objetivos de la RPG:

Corrección Postural: El objetivo principal de la RPG es corregir la postura y la alineación corporal adecuada. Esto implica abordar desviaciones posturales, como la cifosis, la lordosis o la escoliosis, y trabajar para mejorar la alineación natural del cuerpo.

Mejora de la Función Muscular: La RPG busca corregir los desequilibrios musculares y fortalecer los músculos débiles o alargados. Esto contribuye a una mejor estabilidad y una función muscular óptima.

Alivio del Dolor: Al abordar las causas subyacentes de los problemas musculoesqueléticos y posturales, la RPG tiene como objetivo aliviar el dolor crónico o agudo. Esto puede ser especialmente beneficioso para personas con afecciones como la hernia discal, la cervicalgia o la lumbalgia.

Prevención de Futuras Lesiones: La RPG no solo trata los problemas actuales, sino que también trabaja en la prevención de futuras lesiones y la promoción de una postura saludable a largo plazo.

Mejora de la Calidad de Vida: En última instancia, la RPG busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles vivir de manera más cómoda, activa y libre de dolor.

La RPG es un enfoque integral que requiere la colaboración activa entre el fisioterapeuta y el paciente. Se basa en la comprensión de que la postura y la función musculoesquelética son fundamentales para la salud y el bienestar, y su aplicación exitosa puede marcar una diferencia significativa en la vida de las

personas.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación del fisioterapeuta en relación con la Reeducción Postural Global (RPG) es buscar la atención de un fisioterapeuta especializado y certificado en este enfoque. La RPG es un método altamente individualizado que requiere una comprensión profunda de la anatomía y la biomecánica del cuerpo, así como experiencia en la identificación y corrección de desequilibrios posturales.

Además, es importante que los pacientes se comprometan activamente en su tratamiento. La RPG implica la participación del paciente en ejercicios y cambios posturales en su vida diaria. Es esencial seguir las indicaciones del fisioterapeuta de manera constante para lograr resultados efectivos a largo plazo. La RPG puede ser una herramienta poderosa para aliviar el dolor crónico, mejorar la postura y la función musculoesquelética, pero su éxito depende en gran medida de la colaboración entre el paciente y el profesional de la salud.

6 Bibliografía

Prat, A. I. INFLUENCIA DE LA RPG (Reeducación Postural Global) PARA EL ALIVIO DEL DOLOR LUMBAR EN ADOLESCENTES JUGADORAS DE BALONCESTO: serie de casos.

Capítulo 279

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL BRUXISMO

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El estudio realizado tratará sobre el bruxismo, dicha patología afecta al sistema masticatorio, por lo que es necesario conocer las articulaciones, músculos... que intervienen en dicho sistema, pues serán estos componentes los receptores de los tratamientos que comentaremos mas adelante.

La búsqueda de tratamiento para esta patología a se ha vuelto fundamental debido a la alta prevalencia que observamos en la población.

Podemos encontrar que hay numerosos factores tanto extrínsecos como intrínsecos que afectan al sistema masticatorio, como serían los factores tensionales.

El bruxismo es consecuencia de dichos factores que provoca un acto repetitivo en la mayor parte de los casos inconsciente, en el cual la persona realiza un rechamamiento o de los dientes o aprieta estos, fuera del movimiento normal de la musculatura y de manera prolongada en el tiempo generando patología asociada, como sería el desgaste de las piezas dentarias, cefaleas...

Para poder abordarlo debemos conocer en qué consisten la articulación temporomandibular, esta se encarga de unir la mandíbula con el hueso temporal y a su vez controlar los movimientos mandibulares. Estos movimientos estarán controlados

por distintos músculos, el principal será el masetero, tenemos también el músculo pterigoideo medial y el músculo temporal. Cualquier alteración en uno de estos músculos generaría un problema a nivel de la articulación temporo mandibular. En estos problemas saturaríamos la patología del Bruxismo.

Dado que es un problema generado en una articulación por alteración muscular la fisioterapia se convierte en uno de los tratamientos principales de este tipo de patología.

2 Objetivos

Describir el bruxismo, características, prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Conocer las diferentes intervenciones realizadas por el fisioterapeuta para el tratamiento del bruxismo

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática recabando información de diferentes artículos encontrados a traves de buscadores y bases de datos como son: Scielo, PubMed, Dialnet, Google académico. Para una búsqueda mas precisa se han utilizado los siguientes operadores booleanos, and y or y las siguientes palabras claves: bruxismo, articulación temporo-mandibular, fisioterapia y tratamiento.

4 Resultados

BRUXISMO: CARACTERISTICAS, PREVALENCIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El bruxismo es definido por diferentes autores como una actividad parafuncional de la musculatura que consiste en el crujir involuntario, no rítmico de frotamiento o apretamiento dental en condiciones distintas al movimiento natural de la masticación y que puede desencadenar un trauma oclusal.

Podemos encontrar dos tipos de bruxismo:

- Diurno o de vigilia: es una actividad que se produce de manera semi-insconsciente al estar despierto, en la cual predomina sobre todo el apretamiento dentario
- Nocturno o bruxismo del sueño: se produce durante el sueño, qui predomina

el rechinar de los dientes, aunque también podemos encontrar el apretamiento

Ambos mecanismos, tanto el apretamiento como el rechinar son muy perjudiciales, y mas durante el sueño pues no se tiene consciencia de la fuerza con la que se ejercen y no hay un mecanismo protector activo para la defensa de los dientes y de la articulación.

Estos mecanismos darán lugar a una serie de consecuencias que se traducirán en los siguientes signos y síntomas: desgaste de los dientes, cefaleas, dolores musculares incluso pueden afectar a otros componentes como cervicales, faciales y bucales.

Una de las complejidades que tiene esta patología es que es de origen multifactorial por lo que se hace muy complicado encontrar la causa que lo desencadena. Nos encontramos con factores periféricos y centrales.

Dentro de los primeros factores haremos relación a todos aquellos que produzcan alteraciones en la oclusión y tengan efectos morfológicos sobre las estructuras articulares y Oseas.

En referencia a los segundos, los centrales, aquí hablaremos de todos aquellos que tienen una afectación a nivel cerebral, encontramos por tanto las alteraciones del sueño, el consumo de sustancias... siendo el primero es mas estudiado por ser en el que se da la mayor parte de esta patología. Además dentro también tenemos los factores psicológicos: ansiedad, estrés...

Como comentamos al principio actualmente esta patología presenta una alta incidencia de ahí la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Se ha determinado que esta patología va disminuyendo con la edad, por lo que será más prevalente en niños y jóvenes que en ancianos, de igual modo y como ya hemos descrito se ha visto que se da mas durante las horas del sueño, observándose que se produce en un 80 % de los casos. Y que predomina el sexo femenino.

A día de hoy esto se relaciona principalmente por el nivel de vida de la sociedad el cual es cada vez mas estresante produciendo alteraciones en el descanso y por otro lado con el abuso de sustancias, el cual cada vez es mayor.

Diagnóstico

Con el fin de evitar un agravamiento de las consecuencias generadas por esta patología se hace indispensable la realización de un diagnóstico precoz.

Para conseguirlo será necesario realizar una valoración completa en la que realizaremos una buena anamnesis, valoración del sueño, cuestionarios y diversos exámenes. Se le preguntará al compañero de habitación con el fin de obtener información mas esclarecedora sobre los patrones del sueño

Una vez realizado el diagnóstico se procederá a empezar con el tratamiento más adecuado.

Tratamiento

Los tratamientos tienen como objetivo el “atacar” el origen del problema, dado que esta patología tiene una etiología multifactorial el tratamiento deberá por tanto serlo también.

Nos encontramos con los siguientes tipos de tratamiento:

Férulas oclusales: utilizadas desde la antigüedad. El objetivo de dichas férulas es proteger las piezas dentales de la presión y rozamiento aplicadas sobre ellas, con el fin de evitar complicaciones mayores, además al mantener los dientes separados producen una relajación de a musculaturas masticatoria.

Educación del paciente y técnicas psicológicas: irá encaminada a controlar los factores que dan lugar a una alteración a nivel cerebral, aquí encontramos técnicas de relajación para disminuir los niveles de ansiedad... además en este apartado se ve la importancia de los hábitos de vida saludable evitando el consumo de sustancias nocivas, y lo fundamental de hacer al paciente consciente del proceso a nivel estomatológico.

Tratamiento farmacológico: Se ha demostrado la utilidad de diversos fármacos en esta patología, No obstante, este tratamiento solo debe ser realizado de manera puntual, nos encontramos con el uso de relajantes musculares, toxina botulínica...

Tratamiento de fisioterapia: descrito a continuación

FISIOTERAPIA: TRATAMIENTO PARA EL BRUXISMO

A lo largo del presente trabajo hemos observado que el bruxismo afecta sobre todo a los componentes relacionados con la articulación temporo-mandibular: articulación, musculatura... por ello la fisioterapia tendrá como fin la reducción de los síntomas a estos niveles empleando diferentes técnicas:

Terapia manual

- Movilizaciones articulares: el objetivo principal será conseguir una disminución del dolor presente para ello se realizarán diversos ejercicios aumentando el rango de movilidad. Se piensa que el objetivo se consigue por la reducción de la isquemia que encontramos a nivel local, ya que al realizar las movilizaciones se rompen las adherencias generadas.
- Masaje: el objetivo será el mismo que en el apartado anterior, se conseguirá de igual modo aumentando el rango de movilidad, pero además debido a una mejora de la actividad electromiografica de varios músculos. Sobre todo, de los principales: masetero y temporal.
- Estiramientos y reeducación postural global: aumento del umbral del dolor

- Manipulaciones: el objetivo es la disminución de la congruencia de la articulación, mejorando la movilidad que se encontraba limitada.

Además de la terapia manual encontramos otras técnicas útiles para el tratamiento del bruxismo

Punción seca: dicha punción se realizará en los músculos implicados en la masticación, consiguiendo que el dolor se vea disminuido y aumentar el rango de abertura.

Ejercicios: consistirá en la aplicación de ejercicios isométricos, de resistencia y técnicas de energía muscular, con los mismos objetivos de los apartados anteriores y además el de mejorar aspectos psicológicos, estos tendrán efectos tanto a corto como a largo plazo y serán mas duraderos si el paciente los realiza en su casa también y no solo en las sesiones con el profesional.

Electroterapia: realizada a través de diversos métodos mejorando con ello la funcionalidad y obteniendo que el dolor se vea disminuido.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura de los diversos artículos y la realización del presente trabajo podemos concluir que el bruxismo es una patología compleja dada su etiología multifactorial, lo que genera que el tratamiento no sea único, sino que se una combinación de varios para poder abordar los diversos factores que lo causa.

A día de hoy es una patología creciente que puede verse relacionada por el nivel de vida de la sociedad actual el cual lleva arraigado un gran componente de ansiedad y estrés, ambos factores causantes de la alteración del sueño donde se da la mayor parte de esta patología y de otras alteraciones nivel cerebral.

Esta patología afecta a la articulación temporo mandibular encargada de la masticación y ocasiona problemas en los músculos asociados, dando lugar no solo a la patología propia del bruxismo como el desgaste dentario sino otra complementaria como las cefaleas.

Se hace vital un diagnóstico precoz para poder abordar cuanto antes el bruxismo y poner el tratamiento adecuado con el fin no de curar esta patología, sino de disminuir los síntomas asociados.

Hemos podido comprobar que la fisioterapia es fundamental en el tratamiento, pues a través de las diversas técnicas utilizadas se obtiene una disminución del dolor generado además de un aumento de la movilidad masticatoria y mandibular. No obstante, no es suficiente con esta técnica y es necesario que se realice junto a los demás tratamientos para que sean efectivas, aumentando con ello la calidad de

vida del paciente y disminuyendo todo lo posible los signos y síntomas asociados.

6 Bibliografía

- Ortiz, A. S. J., & Rodríguez, N. D. L. C. N. (2022). Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del bruxismo. *Opuntia Brava*, 14(2), 224-236.
- Cubero Villaitodo, A. A. (2017). Efectividad de los tratamientos en fisioterapia en pacientes con bruxismo: revisión sistemática.
- Ingawalé S, Goswami T. Temporomandibular joint: Disorders, treatments, and biomechanics. *Ann Biomed Eng*. 2009;37(5):976-96.
- Hiatt JL, Gartner LP. Textbook of Head & Neck Anatomy. *Br Dent J*. 2001. 199-233 p.
- Pérez LG. Lesiones ligamentarias de ATM. *Rev Actual Clínica*. 2013;34:1734-9.
- Alomar X, Medrano J, Cabratosa J, Clavero JA, Lorente M, Serra I, et al. Anatomy of the Temporomandibular Joint. *Semin Ultrasound, CT MRI*. 2007;28(3):170-83.
- Cortese SG, Biondi AM. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes *. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(2):134-8.
- Mcneely ML, Olivo SA, David J. Research Report A Systematic Review of the Effectiveness of Physical Temporomandibular Disorders. 2006;
- Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. *N Engl J Med*. 2008;359:2693-705.
- Mesa Jiménez J, Torres Cueco R, Fernández de las Peñas C. Fisioterapia en el tratamiento de la disfunción temporomandibular: una aproximación desde la patología a la guía clínica. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2014;21:14-27.
- Poveda Roda R, Bagán J V., Díaz Fernández JM, Hernández Bazán S, Jiménez Soriano Y. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:292-8.
- Tapias Ledesma MÁ, Martínez Domínguez C, Muñoz García JC, Hernández-Barrera V. Factores asociados a disfunción craneomandibular en una población de un centro de salud. *Atención Primaria*. 2008;40(4):209-16. 43
- Castillo Hernández R, Reyes Capeda A, González Hernández M, Machado Martínez M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. *Rev Cuba Ortod*. 2001;16(1):14-23.
- Schmidt DR, Thomé Ferreira VR, Wagner MF. Disfunção Temporomandibular: Sintomas de Ansiedade, Depressão e Esquemas Iniciais Desadaptativos. *Trends Psychol*. 2015;23(4):973-85.

Pallegama RW, Ranasinghe AW, Weerasinghe VS, Sitheequ MAM. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 2005;32:701-7.

Gameiro GH, da Silva Andrade A, Nouer DF, Ferraz de Arruda Veiga MC. How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? *Clin Oral Investig.* 2006;10:261-8.

Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27.

Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: An international consensus. *J Oral Rehabil.* 2013;40:2-4.

Castellanos J. Fisiopatología del bruxismo nocturno. Factores endógenos y exógenos. *Rev ADM.* 2015;72(2):78-84.

Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. *J Oral Rehabil.* 2008;35(7):476-94.

Gómez S, Sánchez E, Castellanos J. Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. *Rev ADM.* 2015;72(2):106-14.

Dawson A. Experimental tooth clenching. A model for studying mechanisms of muscle pain. 2013.

Frugone R, Rodríguez C. Bruxismo. *AV Odontoestomatol.* 44 2003;19(3):123-30.

Casassus R, Labraña G, Pesce MC, Pinares J. Etiología del bruxismo. *Rev Dent Chile.* 2007;99(3):27-33.

de la Hoz Aizupura J, Winocur E. Bruxismo del sueño: revisión actualizada de conceptos y utilidad de la toxina botulínica en su tratamiento. *Rev la Soc Española del Dolor.* 2014;21:4-13.

Santander H, Santander MC, Valenzuela S, Fresno MJ, Fuentes A, Gutiérrez MF, et al. Después de cien años de uso: ¿las férulas oclusales tienen algún efecto terapéutico? *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral.* 2011;4(1):29-35.

Saavedra J, Balarezo J, Castillo D. Férulas oclusales. *Rev Estomatológica Hered.* 2012;22(4):242-6.

Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schäfer R, Handschel J, Franz M, et al. Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. *Eur J Oral Sci.* 2007;115(1):7-14.

Rodríguez Jiménez AI, Espí-López G V, Langa Revert Y. Efectividad de la terapia manual en los trastornos temporomandibulares: revisión bibliográfica. *Rev Mex Med Física y Rehab.* 2014;26(3-4):82-93.

El Hage Y, Politti F, de Sousa DFM, Herpich CM, Gloria IP dos S, Gomes CAF

de P, et al. Effect of mandibular mobilization on electromyographic signals in muscles of mastication and static balance in individuals with temporomandibular disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(316):1–11.

Kalamir A, Pollard H, Vitiello AL, Bonello R. Manual therapy for temporomandibular disorders: A review of the literature. *J Bodyw Mov Ther*. 2007;11(1):84–90.

Gonzalez-Perez LM, Infante-Cossio P, Granados-Nuñez M, Urresti-Lopez FJ. Treatment of temporomandibular myofascial pain with deep dry needling. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(5):781–5.

Maluf SA, Moreno BGD, Alfredo PP, Marques AP, Rodrigues G. Exercícios 45 terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. *Fi-sioter e Pesqui*. 2008;15(4):408–15.

Cuccia AM, Caradonna C, Annunziata V, Caradonna D. Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. Elsevier Ltd; 2010;14(2):179–84.

Rotaache del Campo R, Gorroñogotia Iturbe A, Etxeberria Agirre A, Balagué Gea L. ¿Cómo formular preguntas clínicas contestables? *Guías Clínicas*. 2016;1–12.

Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M. Guidelines for Critical Review of Qualitative Studies. 1998;1–9.

Law, M. Stewart, D. Pollock, N. Letts, L. Bosch, J Westmoreland M. Guidelines for Critical Review form- Quantitative Studies. *Quant Rev FormGuidelines*. 1998;1–11.

Higgins J, Green S. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. *Cochrane*. 2011;1–639.

Raphael KG, Janal MN, Sirois DA, Svensson P. Effect of contingent electrical stimulation on masticatory muscle activity and pain in patients with a myofascial temporomandibular disorder and sleep bruxism. *J Orofac Pain*. 2013;27(1):21–31.

Gomes CAF de P, El Hage Y, Amaral AP, Politti F, Biasotto-Gonzalez DA. Effects of massage therapy and occlusal splint therapy on electromyographic activity and the intensity of signs and symptoms in individuals with temporomandibular disorder and sleep bruxism: a randomized clinical trial. *Chiropr Man Therap*. 2014;22(1):1–7.

De Paula Gomes CAF, El-Hage Y, Amaral AP, Herpich CM, Politti F, KalilBusadori S, et al. Effects of massage therapy and occlusal splint usage on quality of life and pain in individuals with sleep bruxism: A randomized controlled trial. *J Japanese Phys Ther Assoc*. 2015;18(1):1–6.

Conti PCR, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Soares S, Svensson P. 46 Contingent electrical stimulation inhibits jaw muscle activity during sleep but not pain intensity or masticatory muscle pressure pain threshold in selfreported bruxers: A pilot study. *Oral Med.* Elsevier Inc.; 2014;117(1):45– 52.

González, X. (2020). Afecciones de la articulación temporomandibular en un servicio de urgencias estomatológicas. *Rev. Ciencias Médicas*, 20(3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n3/rpr06316.pdf>

Guevara, S. A. (2015). Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. *Rev Asoc Dent Méx*, 72(2), 106-114. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>

Hechavarría, B. O. (2013). Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN*, 17(1), 117-125.

Hernández, M. (2010). Estudio sobre el bruxismo y una nueva prueba de esfuerzo (tesis doctoral inédita). Universidad de Murcia, Murcia.

Klasser, G. D. (2015). Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. Recuperado de <http://scholar.abs&=%23p%3D90JJBPXmlvgJ>

Leyva, A. (2013). Caracterización clínico epidemiológica del Bruxismo en pacientes mayores de 15 años. *Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 38(11).

Morales, M. (2015). Relación entre la prevalencia de bruxismo y factores psicosociales, edad y género de un grupo de pacientes pediátricos en Caracas, Venezuela. *Odontol Pediatr*, 23(3), 204-209. Madrid.

Pieri, K. (2015). Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. *Medisur*, 13(1), 108-113.

Romero-García, A. (2014). Bruxismo del sueño. Actualización sobre mecanismos etiopatogénicos, diagnóstico y tratamiento. *Vigilia sueño*, 26(1), 1-65.

Silva, A. M. (2015). Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. *Revista Ciencias Médicas*, 19(1). Pinar del Río. Cuba.

Capítulo 280

¿ES EFECTIVO AÑADIR KINESIO TAPING AL TRATAMIENTO REALIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LUMBALGIAS INESPECÍFICAS? COMPARACIÓN EN DOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN

MARTA BAYO AGUSTÍN

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

MARINA LEYVA ALARCÓN

1 Introducción

1.1. El dolor lumbar:

Se define como dolor en la región lumbosacra y musculatura circundante con o sin dolor referido en la pierna (1). Afecta a millones de personas en todo el mundo con gran repercusión a nivel sanitario y económico (2,3,4). Los problemas musculoesqueléticos son uno de los problemas de mayor repercusión monetaria en la sociedad actual (5). Es la primera causa de incapacidad y pérdida de calidad de vida entre las personas que tienen menos de 45 años de edad (6,7).

1.1.1. Generalidades anatómicas y biomecánicas del raquis lumbar:

La zona lumbar se define como el área por debajo de la duodécima costilla y por encima del pliegue glúteo (4, 8, 9). En una radiografía, en una visión frontal, el raquis lumbar es rectilíneo y simétrico, y en una visión de perfil veríamos la lordosis lumbar (10).

Está formado por: Un sistema pasivo formado por cuerpos vertebrales, discos intervertebrales, sistema ligamentoso, un sistema activo cuya función principal es la de estabilizar el raquis, permitir movimientos fisiológicos y proteger las estructuras más débiles formado por los músculos posteriores del tronco (músculos transversoespinosos, longísimo, ileocostal lumbar, espinoso, serrato posteroinferior y dorsal ancho, los músculos laterovertebrales (cuadrado lumbar y psoas mayor) y los músculos anteriores del tronco (músculos rectos del abdomen y anchos del abdomen). (10,11,12) y un sistema neural llamado unidad de control motor (11).

1.1.2. Incidencia y prevalencia:

En el mundo, el 65-80% de la población experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida (3, 4, 5, 8, 14,15) y la incidencia anual es del 5% (9). Es la segunda causa más frecuente de consulta médica en Atención Primaria, después de las afecciones respiratorias (8).

1.1.3. Clasificación del dolor lumbar:

Las lumbalgias según su etiología se pueden clasificar en: Sistémicas (infección, cáncer, osteoporosis, etc), radiculalgias ó radiculitis (compresión radicular) e inespecíficas (no hay causa específica) (16).

Según su tiempo de evolución, se distingue lumbalgia aguda (menor a dos semanas) (16), subaguda (mayor a 5 semanas) (17) y crónica (superior a 12 semanas) (3, 4, 5, 8, 9, 14, 18).

La mayoría de las lumbalgias son de tipo inespecífico y no está claro el diagnóstico, el pronóstico o los protocolos de tratamiento (14).

1.2. Tratamientos del dolor lumbar:

1.2.1. Evidencias en la literatura científica:

Existen una gran cantidad de estrategias terapéuticas para el abordaje del dolor lumbar (5). La variabilidad en cuanto a los resultados obtenidos con los tratamientos para el dolor lumbar y el desconocimiento de las causas reales sobre su origen, hacen que la evidencia sobre la efectividad de los tratamientos no esté descrita

uniformemente (1).

La guía COST B13 se ha desarrollado con el objetivo de reflejar los últimos avances en el conocimiento sobre la lumbalgia, y utilizar los métodos más sólidos para elaborar una guía de práctica clínica. Está realizada por expertos de todas las profesiones sanitarias (16).

Algunos de los tratamientos realizados:

A. Masaje:

Puede ser beneficioso para pacientes con dolor lumbar inespecífico subagudo y crónico, especialmente cuando se combina con ejercicios y educación (5).

B. Estimulación Nerviosa Transcutánea (TENS):

A pesar de su amplio uso, su utilidad en el dolor lumbar crónico sigue siendo controvertida, pues las pruebas existentes son limitadas (3).

C. Onda Corta (OC):

Shaik et al. llegaron a la conclusión de que el tratamiento mediante la OC es efectivo para el dolor lumbar crónico. Gibson et al. hicieron un estudio en el que encontraron mejoras en el 59% de los pacientes que recibió OC (9). La guía COST B13, no recomienda su uso para el tratamiento de las lumbalgias inespecíficas (16).

D. Calor y frío superficial:

Diversas guías nacionales para el tratamiento del dolor lumbar tienen recomendaciones contradictorias sobre el tratamiento con calor y frío (18).

E. Ejercicios terapéuticos:

Desde 1990 ha habido una disminución en el uso de terapias físicas y masaje y un incremento en el uso de ejercicios terapéuticos (19). El ejercicio es uno de los tratamientos más recomendados para el dolor lumbar crónico (14). A partir de un gran número de estudios realizados, se puede sugerir, que los ejercicios de reforzamiento de la musculatura del tronco son de utilidad (12). La guía COST B13 recomienda el ejercicio en general menos en fases iniciales o agudas de dolor.

F. Ejercicio físico:

Son recomendables ciertos deportes como natación, bicicleta y la marcha (12).

1.2.2. Tratamiento del dolor lumbar en Atención Primaria:

Anteriormente, los tratamientos prescritos, más comúnmente, para el dolor lum-

bar y la ciática eran la restricción de la actividad, el descanso y el reposo en cama (20). A finales del siglo XX, Waddell y otros introdujeron un abordaje más activo (20).

1.3. Kinesio Taping (KT) ó Vendaje Neuromuscular (VNM):

1.3.1. ¿Qué es el Kinesio Taping?:

El kinesio taping puede ser una nueva opción para disminuir la discapacidad provocada por el dolor lumbar crónico (6). Nacido en Asia, Japón y Corea en los años setenta (1973), de la mano del Doctor Kenzo Kase, quiropráctico japonés (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). En los últimos años ha llegado a incrementarse de manera popular (22, 28, 29).

Existe la posibilidad de influir en la creación de estímulos para estimular todos los procesos de autocuración, sin restricciones, las 24 horas del día. Actúa como una segunda piel pues su grosor, peso y elasticidad son muy similares a la humana (21, 22, 24, 26, 27, 29), y permite llevarla puesta un mínimo de cuatro días en la mayoría de los casos, o más prolongadamente según tolerancia (21, 22, 26, 29, 30).

A. Efectos:

Analgésico, sobre el tono muscular, sobre el soporte articular, sobre el drenaje linfático y la microcirculación y neurorreflejo.

1.3.2. Evidencias científicas:

Puede ser útil en el tratamiento de las lumbalgias por sus efectos en la disminución del dolor y la normalización de la función muscular (26). El trabajo de Kim et al lo confirma, encontrando diferencias estadísticamente significativas referentes al grado de dolor lumbar entre el grupo al que se le aplicaba KT y el grupo al que se le aplicaba un placebo (22).

En el estudio de Ayako Yoshida se determinó que aplicado en la zona lumbar ha demostrado ser un tratamiento eficaz para restaurar la función muscular y disminuir el dolor (30).

Según Paolini et llegaron a la conclusión de que se consiguió aliviar el dolor y normalizar la función de los músculos paravertebrales poco después de su aplicación, manteniendo estos efectos durante un corto periodo de tiempo (31).

Según la revisión realizada por Espejo y Apolo puede ser una técnica complementaria que aporta beneficios, pero aún se precisan estudios de mejor calidad

metodológica que evidencien los efectos que se le atribuyen (22, 32 ,33).

2 Objetivos

2.1. Objetivos generales:

-Evaluar si añadir la aplicación de KT en pacientes con dolor lumbar de origen mecánico-inespecífico a un protocolo de tratamiento habitual en Atención Primaria (OC, TENS y ejercicios terapéuticos) es más efectivo en la mejora de los casos de lumbalgia mecánica inespecífica.

2.2. Objetivos específicos:

-Valorar la evolución de la percepción del dolor en relación a la escala PI-NRS en pacientes con lumbalgia inespecífica.

-Valorar la mejora en la funcionalidad de los pacientes con lumbalgia inespecífica en relación a la escala de Oswestry.

-Evaluar la CVRS en relación al cuestionario de salud SF-36 y el EQ-5D en pacientes con lumbalgia inespecífica.

3 Metodología

3.1. Tipo de diseño:

Estudio piloto experimental, longitudinal, prospectivo y analítico. Se realiza con dos grupos de intervención.

Cuando nos refiramos al tratamiento realizado en el grupo control, hablaremos de tratamiento habitual (OC, TENS y ejercicios terapéuticos), y cuando nos refiramos al tratamiento realizado en el grupo experimental, hablaremos de tratamiento kinesiotape (OC, TENS, ejercicios terapéuticos y KT).

Para analizar los resultados nos basaremos en las diferentes puntuaciones descritas en las escalas y cuestionarios facilitados al inicio y al final del tratamiento, relacionados con la intensidad del dolor en la espalda, zona lumbar, sacra y/ó extendido a la pierna, la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

3.2. Selección de la población:

3.2.1. Identificación de los sujetos del estudio:

Los pacientes seleccionados para formar parte del estudio acuden a recibir tratamiento fisioterapéutico a un centro de salud situado en la localidad de Guadalajara. Se eligen pacientes cuyo diagnóstico médico es: lumbalgia subaguda ó crónica de origen mecánico y/ó inespecífico.

3.3. Sujetos a estudios:

Fueron seleccionados entre los pacientes que fueron derivados por el médico de Atención Primaria a la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud “Los Manantiales” de Guadalajara. La derivación se realizó entre los meses de enero y marzo del año 2012 en horario de tarde, es decir de 15:30 horas a 20:30 horas.

3.3.1. Muestra del estudio:

Los sujetos que cumplieron con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, expuestos en el siguiente apartado, fueron divididos y asignados en dos grupos de forma aleatoria siguiendo el orden de lista de espera del centro de forma rigurosa, así como la fecha de inicio de tratamiento de cada uno de los sujetos del estudio.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión fueron: Tener una edad comprendida entre los 20 años y los 60 años.

Ser susceptible de recibir tratamiento de fisioterapia en un Centro de Salud.

Consentimiento informado firmado para participar en el estudio de investigación.

Diagnóstico: Dolor lumbar subagudo ó crónico de origen inespecífico.

Los criterios de exclusión fueron: Tener una edad < a 20 años y > a 60 años. Falta de interés y colaboración en la participación del protocolo de investigación. No firmar el consentimiento informado. Osteoporosis (6). Fractura ó espondilosis en columna vertebral (6, 17) Estenosis columna lumbar (6, 16). Compresión radicular nerviosa (6). Infección en la columna vertebral (6,17). Meningitis (6). Trastorno congénito (6). Artrosis (6). Trastorno autoinmune (artritis reumatoide...) (6). Dolor exclusivamente dorsal (16). Antecedentes de traumatismo vertebral reciente (16). Dolor que persiste pese a 6 ó más meses de tratamiento conservador (16). Cáncer, HIV y otras enfermedades importantes que causen dolor en la zona lumbar (6, 16, 17).

3.5. Aleatorización:

La asignación de los sujetos a cada uno de los grupos se realizó de forma aleatoria y posteriormente consecutiva. Para ello, se lanzó una moneda al comenzar el tratamiento de fisioterapia en los sujetos 1, 3 y 5, de tal manera que la cara de

la moneda significó que formaba parte del grupo control y la cruz que formaba parte del grupo experimental. Los pacientes 2, 4 y 6 fueron asignados de forma consecutiva en el otro grupo. Es decir, que si al lanzar la moneda en el sujeto uno había salido cara, el sujeto dos pasaría directamente a ser cruz, y así con los sujetos 3-4 y 5-6 respectivamente, con el objetivo de que el número de pacientes fuera el mismo en ambos grupos.

3.6. Variables del estudio:

3.6.1 Variables dependientes: Intensidad del dolor (por medio de la escala PI-NRS), la funcionalidad (por medio de la escala de funcionalidad Oswestry), la CVRS (por medio de El cuestionario de salud SF-36 y el EQ-5D). Se da en formato papel a los pacientes al inicio y al finalizar tratamiento.

3.6.2. Variables independientes: Tratamiento habitual: Se aplica al grupo control, y se compone de OC, TENS y ejercicios terapéuticos y tratamiento kinesiotape que se aplica al grupo experimental y se basa en la aplicación de OC, TENS, ejercicios terapéuticos y KT.

3.6.3. Características basales de los pacientes: Se tuvieron en cuenta edad, sexo, estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), horas de ocupación laboral, ejercicio físico, duración del episodio de dolor lumbar actual, número de episodios previos de dolor lumbar previos y la realización de los ejercicios terapéuticos todos los días en su domicilio.

3.6.4. Variables control:

Son aquellas que influyen durante el proceso y que deben tenerse en cuenta. Son la equidad entre todos los sujetos y entre ambos grupos a la vez, en cuanto a: El número de sesiones pautadas, la duración de cada una de las sesiones, los parámetros de TENS y OC, la enseñanza de los ejercicios el primer día de tratamiento y la aplicación de KT (siguiendo los mismos procedimientos antes, durante y después de la colocación del vendaje). Todo ello, realizado por el mismo fisioterapeuta, para evitar sesgos.

3.7. Descripción de la intervención:

En primer lugar se realizó entrevista y examen físico y se entregó a los pacientes que forman parte del estudio el consentimiento informado; siendo condición imprescindible para ello, rellenar su nombre y apellidos, así como el número de D.N.I., la fecha y la firma en el momento de ser entregado.

3.7.1. Intervenciones:

En el Centro de Salud donde se toma la muestra del estudio actual, se realiza un protocolo de tratamiento habitual para el dolor lumbar de origen mecánico y/o inespecífico que consiste en la aplicación OC (termoterapia profunda con marca ENRAF NONIUS y el modelo CURALPULS 970, frecuencia es de 27 Hercios (Hz) y la longitud de onda 11. La dosis utilizada es un calor suave (ligeramente perceptible) durante 10 minutos (38) y TENS (marca del aparato es ENRAF NONIUS, modelo TENS MED 911, durante un tiempo de 15 minutos, con un programa constante, utilizando los dos canales disponibles, frecuencia de 110 Hercios (Hz) y duración del impulso de 150 microsegundos (μ s) (3, 38), y la realización de ejercicios terapéuticos (ANEXO) enseñados y realizados bajo supervisión del fisioterapeuta del centro durante la primera sesión y en las sesiones posteriores son realizados por los pacientes en su domicilio.

El tratamiento kinesiotape consistió en añadir la aplicación del KT a este tratamiento habitual (En 3 sesiones del tratamiento (3^a, 7^a y 11^a), se coloca el KT (Cure Tape de color negro) basándonos en los principios propuestos por el Manual de Taping Neuromuscular (39) y Kinesiology Taping teoría y práctica (21).

Cada grupo recibió 15 sesiones, con una duración de cada una de ellas de unos 30 minutos y la realización de los ejercicios terapéuticos en su domicilio.

3.8. Descripción de la evaluación:

Fueron realizadas una valoración inicial, antes de comenzar a recibir el tratamiento de fisioterapia, y una valoración final, al finalizar la última sesión de tratamiento.

Los sujetos del estudio (n=6), fueron asignados de forma aleatoria al grupo control y al grupo experimental. La mitad de ellos fue al grupo control (n=3) y la otra mitad al grupo experimental (n=3)

3.9. Cronograma:

- 23 de enero de 2012, se inicia el proyecto y recogida de datos.
- 30 de marzo de 2012, finaliza la recogida de datos y el tratamiento de todos los pacientes.

4 Resultados

La edad media de la muestra del estudio fue de $39,67 \pm 13,83$ años, siendo el 50% mujeres y el 50% hombres. La mitad de los sujetos tuvieron un Índice de Masa Corporal (IMC) normal y el 66,70% afirmaron realizar ejercicio físico de forma

habitual. En el 83,33% de los sujetos la duración del episodio de dolor lumbar actual fue de 2 a 6 meses y la media de episodios previos de $2 \pm 1,89$.

La edad media en el grupo control fue de $33,67 \pm 5,85$ años y en el grupo experimental de $45,67 \pm 18,33$ años. El 66,70% del grupo control son mujeres y el 30,30% hombres; por el contrario, en el grupo experimental el 33,30% son mujeres y el 66,70% hombres. En el caso del grupo control el 100% de los sujetos tuvieron un IMC normal, a diferencia del grupo experimental, donde el 66,70% padeció sobrepeso y el 33,30% restante obesidad. En ambos grupos más de la mitad de los sujetos, en concreto el 66,70% declaró realizar algún tipo de ejercicio físico. La duración del último episodio de dolor lumbar fue de 2 a 6 meses en el 66,70%, de 6 meses a un año en el 33,30%, y no superó el año en ninguno de los sujetos, en el caso del grupo control. En el grupo experimental la duración del último episodio de dolor lumbar fue de 2 a 6 meses en el 100% de los sujetos. En el grupo control la media del número de episodios previos fue de $1,66 \pm 1,52$ y en el grupo experimental de $2,33 \pm 2,51$.

5.1. Análisis de los datos en los sujetos:

Con los datos de las variables obtenidos por medio de los cuestionarios, se elaboraron una serie de tablas y gráficos para cada una de éstas, con el propósito de poder reflejar las puntuaciones obtenidas por cada uno de los sujetos en una valoración inicial, en una valoración final y por último, el progreso o evolución entre ambas valoraciones. Estas tablas permiten realizar un primer análisis comparativo entre los sujetos y en cada uno de los cuestionarios. Teniendo en cuenta que los sujetos 1, 2 y 3 recibieron como intervención del tratamiento habitual y los sujetos 4, 5 y 6 recibieron la intervención del tratamiento kinesiotape.

5.2. Comparación de los resultados entre ambos grupos:

Se calcularon las medias aritméticas y la desviación estándar (DE) de cada variable para cada grupo, en la primera y segunda valoración, así como en el progreso; evaluando los dos grupos (grupo control y grupo experimental), y por tanto, las dos intervenciones realizadas.

En el primer apartado se analizaron los progresos o evoluciones de cada uno de los sujetos en cada una de las variables que forman parte del estudio, mediante la diferencia entre una valoración final y una valoración inicial. En este segundo apartado se realiza un análisis de las variables entre ambos grupos, con el objetivo de comparar las dos intervenciones.

En el caso de la escala PI-NRS se seleccionan los datos relacionados con el dolor

de forma global, sin diferenciar entre el dolor irradiado a la zona lumbar o sacra, del dolor irradiado a la pierna, pues según se pudo comprobar en el análisis de los sujetos, no se encontraron grandes diferencias entre el dolor irradiado a la zona lumbar o sacra y el irradiado a la pierna.

Con respecto al cuestionario de salud SF-36 se calculó la media aritmética y la desviación estándar de los percentiles, por grupos, diferenciando en cada uno de ellos entre el Componente Sumario Físico (CSF) y el Componente Sumario Mental (CSM), para poder analizar cómo influyen las intervenciones en la calidad de vida tanto en la dimensión física, como mental.

En el caso del cuestionario EQ-5D se seleccionaron los datos relacionados con el estado de salud por dimensiones ("S") calculando la media y la desviación estándar diferenciando ambos grupos, y se calculó posteriormente la media y la desviación estándar de igual forma, por grupos, relacionada con la Escala Visual Analógica (E.V.A.).

Para calcular la media aritmética y la desviación estándar, se realizaron las operaciones de cálculo en un documento de Microsoft Excel 2007 de Microsoft Office para Windows Vista.

5.2.1. Media aritmética y desviación estándar por grupos de las puntuaciones relacionadas con la escala PI-NRS:

Se produjo una disminución en la variable intensidad del dolor según la escala PI-NRS en ambos grupos, de forma ligeramente mayor en el grupo experimental, que llegó a disminuir 3 puntos de media respecto a los 2 puntos menos de la intensidad de dolor que se consiguió en el grupo control. El grupo control partió de valores mayores en cuanto a la intensidad de dolor (10,67) que los valores iniciales del grupo experimental, que fueron de 9; llegando en una segunda valoración a valores de 8,67 y 6 respectivamente.

5.2.2. Media aritmética y desviación estándar por grupos de las puntuaciones relacionadas con la escala Oswestry:

En lo relacionado con la variable funcionalidad, según la escala Oswestry, en ambos grupos se observó una mejora en cuanto a la funcionalidad, que fue más marcada en el grupo control, -13,70, respecto a los -7,4 que se consiguieron en el grupo experimental. En el grupo control se encontraron valores mayores (corresponde a una limitación funcional mayor) en la primera valoración, 28,07 (limitación funcional moderada), respecto al grupo experimental que partió de 18,67

(limitación funcional mínima). En la segunda valoración se pasó a valores de 14,37 en el grupo control y 11, 26 en el grupo experimental; por tanto en ambos casos la limitación funcional en la segunda valoración fue mínima.

5.2.3. Media aritmética y desviación estándar por grupos de las puntuaciones relacionadas con el cuestionario de salud SF-36:

Con respecto a la calidad de vida medida según el cuestionario de salud SF-36, se observó tanto en el Componente Sumario Físico (CSF) como en el Componente Sumario Mental (CSM) que hubo un progreso en ambos grupos, y se pudo afirmar que ambos tratamientos mejoraron la percepción de la calidad de vida en los sujetos. Hubo un progreso mayor en el CSF del grupo control (16,67), pasando de un valor inicial de 71,66 a un valor de 88, 33 en la segunda valoración realizada, a diferencia del grupo experimental que pasó de un valor inicial de 88,34 a un valor final de 93,33; y un progreso mayor en el CSM del grupo experimental, en el que el progreso fue de 10, pasando de un valor inicial de 30 a un valor final de 40. En el caso del grupo control también hubo un progreso de 3,33 en el CSM, pasando de 30 a 33,34.

5.2.4. Media aritmética y desviación estándar por grupos de las puntuaciones relacionadas con el cuestionario EQ-5D:

Se observaron mejores puntuaciones en cuanto al estado de salud por dimensiones ("S") y en cuanto a la Escala Visual Analógica (E.V.A.) del cuestionario EQ-5D, mejorando la percepción de calidad de vida tanto en el grupo control como en el grupo experimental. El progreso del estado de salud por dimensiones fue ligeramente mayor en el grupo control (0,1210) respecto a los 0,1077 en el grupo experimental. Además, el progreso en cuanto a la E.V.A., fue mayor de igual forma en el grupo control, pasando de una puntuación inicial de 46,67 a una puntuación en la valoración final de 70. En el caso del grupo experimental, la puntuación en la primera valoración fue de 81,67 y en la valoración final de 89,17, y el progreso fue en este caso de 7,5.

5 Discusión-Conclusión

Según el estudio de González Enciso (6) en el que a uno de los grupos se le aplicó el Kinesio Taping y al otro grupo ejercicios terapéuticos, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, y llegaron a la conclusión de que el KT no demostró ser efectivo en cuanto a disminuir el dolor y ganar funcionalidad. La

edad de los sujetos que participaron en el estudio fue similar a la de nuestro estudio; aunque en el caso de nuestro estudio el KT no es aplicado de forma aislada. Los resultados de nuestro estudio coinciden en cuanto a que el KT no demostró ser más efectivo en cuanto a las mejoras en la funcionalidad, y sin embargo, en contra de los resultados de este estudio, sí se demostró que se disminuyó el dolor más que en el grupo control.

En el estudio de Paolini et al. (un grupo recibió KT y ejercicios, otro KT y otro ejercicios) en relación al dolor, la discapacidad y la función muscular lumbar se llegó a la conclusión de que el KT es efectivo si se utiliza como complemento a la rehabilitación, siendo una buena estrategia para reducir el dolor a corto plazo (31). Coincide con los datos de nuestro estudio, pues en el grupo experimental se consiguió una media mayor en cuanto a la reducción del dolor a corto plazo, pero no coincide en relación a la funcionalidad, pues ambos grupos progresaron de forma similar, e incluso de forma ligeramente mayor el grupo que no recibió el KT.

Los efectos de la onda corta, el ultrasonido y el TENS a corto plazo han demostrado ser más efectivos que el placebo en varios estudios (14). En el caso de nuestro estudio aproximadamente el 70% de los sujetos admitió haber tenido una disminución en cuanto a la intensidad del dolor.

Episodios de dolor lumbar de corta duración, sin síntomas en extremidades inferiores, se asociaron con mayores reducciones en la discapacidad. Mejoras en la función y el dolor se producen sobre todo cuando el fortalecimiento, los ejercicios de flexibilidad, y la movilización y/o manipulación están incluidos. En nuestro estudio, únicamente uno de los sujetos refirió no tener ningún tipo de dolor extendido a miembros inferiores en la primera valoración, y todos ellos fueron diagnosticados de lumbalgia subaguda y crónica, algo que ha podido influir negativamente en las mejoras en cuanto a la funcionalidad.

El Québec Task Force on Spinal Disorders recomendó el TENS para disminuir los síntomas del dolor lumbar, y los resultados obtenidos en el ensayo clínico de Cheing mostraron diferencias significativas en cuanto a la percepción de la intensidad del dolor con el uso del TENS, comparado con el tratamiento placebo (3). Estamos de acuerdo, pues pese a que en nuestro estudio el TENS no se ha utilizado solo, sino formando parte de un tratamiento global; y los resultados pueden tener que ver con el resto de intervenciones realizadas, en ambos grupos se observó como disminuyó la intensidad del dolor. Otros estudios, sin embargo, se basan en que su uso para el dolor lumbar crónico necesita más evidencias (3,

4).

En el estudio de Shaik et al. se encontraron diferencias significativas de mejora en cuanto a la sintomatología en el grupo que recibió onda corta con relación al grupo placebo. Desde nuestro estudio, estamos de acuerdo con esta afirmación, aunque no se aplicó la onda corta de forma aislada.

Según el Panel de Filadelfia, realizar ejercicios de flexión, extensión y fortalecimiento en pacientes con dolor lumbar subagudo disminuye el dolor y se consiguen mejoras en cuanto a la funcionalidad; y llegan a la conclusión de que los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento en pacientes con dolor lumbar crónico disminuyen el dolor y mejoran función (4). En el caso de nuestro estudio no estamos de acuerdo con la afirmación anterior, pues no diferenciamos entre los ejercicios realizados por pacientes con dolor subagudo y crónico, y en ambos casos realizaron ejercicios de estiramientos consiguiendo unos buenos resultados.

Otra relación observada en nuestro estudio, es que los sujetos 3 y 5 del estudio, cuyos valores de dolor inicial fueron menores, al igual que la duración de los síntomas, y que tuvieron menos episodios previos de dolor lumbar obtuvieron mejores progresos. Estos datos coinciden con el estudio de Hancock et al. que afirmaron que los pacientes con bajo nivel inicial de dolor, poca duración de los síntomas y menos episodios previos tenían 3.5 más posibilidades de recuperarse (40).

Como conclusión de las tres variables analizadas, únicamente en la intensidad del dolor se ha visto reflejado un progreso ligeramente mayor en el tratamiento kinesiotape que en el tratamiento habitual.

La funcionalidad refleja una mejora mayor en el tratamiento habitual respecto al kinesiotape; algo que se postula a favor del tratamiento habitual. No se puede afirmar desde nuestro estudio que añadir el KT al tratamiento habitual produzca mejoras significativas en relación a la funcionalidad, debido a que el tamaño muestral no es suficiente.

La variable calidad de vida fue evaluada por medio de dos cuestionarios. En el caso del cuestionario de salud SF-36 se refleja una mejoría mayor en el CSM del tratamiento kinesiotape y por el contrario una mejoría menor en el CSF respecto al tratamiento habitual; unos datos que resultan ambiguos y que pueden deberse a un efecto del KT más a nivel psicológico. En el caso del cuestionario EQ-5D,

los resultados en cuanto al estado de salud por dimensiones fueron similares en ambos grupos. En el caso de la Escala Visual Analógica el progreso fue mayor con el tratamiento habitual. Por tanto, como puede verse, en este caso no puede afirmarse que uno de los dos tratamientos sea más efectivo que el otro en cuanto a la mejora de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

-Todos los sujetos han evolucionado favorablemente tras el tratamiento y los resultados observados en ambos grupos han sido similares. De tal manera que no podemos afirmar que el tratamiento kinesiotape sea más efectivo que el tratamiento habitual en pacientes con dolor lumbar de origen mecánico-inespecífico.

-Lo que sí se puede afirmar desde nuestro estudio, es que añadir el KT a un tratamiento habitual realizado en Atención Primaria (Onda Corta, TENS y ejercicios terapéuticos) contribuye a disminuir la intensidad del dolor en pacientes con lumbalgias.

-Debido a la limitación de los recursos disponibles, el tamaño de la muestra es demasiado pequeño como para poder afirmar que los resultados tienen alguna relevancia clínica.

-Es necesario realizar más estudios experimentales en el futuro, con un tamaño muestral mayor. De esta manera se otorgaría una mayor potencia estadística al estudio.

6 Bibliografía

1. Goldstein MS, Morgenstern H, Hurwitz EL, Yu F. The impact of treatment confidence on pain and related disability among patients with low-back pain: results from the University of California, Los Angeles, low-back pain study. *Spine J.* 2002; 2(6):391-9
2. van der Roer N, Ostelo RW, Bekkering GE, van Tulder MW, de Vet HC. Minimal clinically important change for pain intensity, functional status, and general health status in patients with nonspecific low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006; 31(5):578-82
3. Khadilkar A, Milne S, Brosseau L, Robinson V, Saginur M, Shea B, Tugwell P, Wells G. Transcutaneous electrical nerve stimulation TENS for chronic low- back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (3):CD003008
4. Albright J, Allman R, Bonfiglio, RP, Conill A, Dobkin B, Guccione AA et al.

Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Low Back Pain. *Physical Therapy*. 2001; 81(10):1641-1674

5. Furlan AD, Brosseau L, Imamura M, Irvin E. Masaje para el dolor lumbar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; (2). Disponible en: <http://www.update-software.com>

6. González Enciso, J.R. Does kinesio taping improve the functionality and pain relief of people with non specific low back pain?. *European School of Physiotherapy*. 2009; Evidence Based Practice III-2

7. Brownstein A. La curación natural de la espalda. Barcelona: Paidotribo; 2001

8. Haas M, Group E, Kraemer DF. Dose-response for chiropractic care of chronic low back pain. *Spine J*. 2004; 4(5):574-83

9. Ahmed MS, Shakoob MA, Khan AA. Evaluation of the effects of shortwave diathermy in patients with chronic low back pain. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2009; 35(1):18-20

10. Kapandji A.I. Fisiología articular Vol.3. 6ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2007

11. Panjabi MM. Clinical spinal instability and low back pain. *J Electromyogr Kinesiol*. 2003; 13(4):371-9.

12. Instituto de Biomecánica de Valencia. Biomecánica del raquis y sistemas de reparación. Valencia: Instituto de biomecánica de Valencia; 1995

13. Reichel H, Ploke C. Fisioterapia del aparato locomotor. Estructuras, funciones, medidas de actuación sobre afecciones. Exploración y tratamiento de enfermedades ortopédicas. Badalona: Paidotribo; 2007

14. Sahin N, Albayrak I, Durmus B, Ugurlu H. Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2011; 43(3):224-9

15. Badke MB, Boissonnault WG. Changes in disability following physical therapy intervention for patients with low back pain: dependence on symptom duration. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87(6):749-56

16. Grupo Español de Trabajo Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica. URL: www.REIDE.org

17. Bombardier C. Physical therapy management of low back pain: an exploratory survey of therapist approaches. *Phys Ther*. 2001; 81(4):1018-28

18. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Calor o frío superficial para el dolor lumbar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; (4). Disponible en: <http://www.update-software.com>

19. Groenendijk JJ, Swinkels IC, de Bakker D, Dekker J, van den Ende CH. Physical therapy management of low back pain has changed. *Health Policy*. 2007; 80(3):492-9
20. Dahm K, Brurberg K, Jamtvedt G, Hagen K. Indicación de reposo versus indicación de mantenerse activo para el dolor lumbar agudo y la ciática (Revisión Cochrane traducida). 2010; (6)
21. Aguirre T. Kinesiology Taping. Teoría y práctica. Biocorp Europa S.L. Barcelona; 2010
22. Espejo L, Apolo MD. Revisión bibliográfica de la efectividad del kinesiotaping. *Rehabilitación (Madr)*. 2011; 45(2):148-158
23. Fernández J, Alegre L, Abián J, Carecelén R, Aguado X. Vendaje neuromuscular: ¿tienen todas las vendas las mismas propiedades mecánicas?. *Apunts Med Esport*. 2010; 45(166): 61-7
24. Chang HY, Chou KY, Lin JJ, Lin CF, Wang CH. Immediate effect of forearm Kinesio taping on maximal grip strength and force sense in healthy collegiate athletes. *Phys Ther Sport*. 2010; 11(4):122-7
25. García-Muro F, Rodríguez-Fernández AL, Herrero-de-Lucas A. Treatment of myofascial pain in the shoulder with Kinesio taping. A case report. *Man Ther*. 2010; 15(3):292-5
26. Salvat Salvat I, Alonso Salvat A. Efectos inmediatos del kinesio taping en la flexión lumbar. *Fisioterapia*. 2010; 32(2): 57-65
27. Merino, R.; Mayorga, D.; Fernández, E.; Torres-Luque, G. Effect of Kinesio taping on hip and lower trunk range of motion in triathletes. A pilot study. *Journal of Sport and Health Research*. 2010; 2(2):109-118
28. González-Iglesias J, Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Huijbregts P, Del Rosario Gutiérrez-Vega M. Short-term effects of cervical kinesio taping on pain and cervical range of motion in patients with acute whiplash injury: a randomized clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2009; 39(7):515-21
29. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesio tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2008; 38(7):389-95
30. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesio taping on lower trunk range of motions. *Res Sports Med*. 2007; 15(2):103-12
31. Paoloni M, Bernetti A, Fratocchi G, Mangone M, Parrinello L, Del Pilar Cooper M, et al. Kinesio Taping applied to lumbar muscles influences clinical and electromyographic characteristics in chronic low back pain patients. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011; 47(2):237-44
32. Briem K, Eythörssdóttir H, Magnúsdóttir RG, Pálmarsson R, Rúnarsdóttir T,

- Sveinsson T. Effects of kinesio tape compared with nonelastic sports tape and the untaped ankle during a sudden inversion perturbation in male athletes. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011; 41(5):328-35
33. Kaya E, Zinnuroglu M, Tugcu I. Kinesio taping compared to physical therapy modalities for the treatment of shoulder impingement syndrome. *Clin Rheumatol.* 2011; 30(2):201-7
34. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain.* 2001; 94(2):149-58
35. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr).* 2006; 40 (3): 150-158.
36. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López- García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc).* 2008; 130(19):726-35
37. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria.* 2001; 28 (6): 425-429
38. Rodríguez JM. Electroterapia en Fisioterapia. 2ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2004
39. Sijmonsma J. Manual Taping Neuro Muscular. Portugal: Aneid Press; 2007
40. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH. Can rate of recovery be predicted in patients with acute low back pain? Development of a clinical prediction rule. *Eur J Pain.* 2009; 13(1):51-5

Capítulo 281

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MAGNETOTERAPIA EN PACIENTES CON LA OSTEOARTROSIS

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La osteoartrosis se caracteriza por la pérdida del cartilago articular, lo que provoca, dolor y pérdida de la función, sobre todo en las rodillas, las caderas y las manos, lo que genera altos costos al sistema de salud.

Dicha patología aumenta su frecuencia con la edad, es irreversible y su incidencia sube en pacientes mayores de 50 años y en mujeres mayores de 55 años.

El envejecimiento de la población, junto con el aumento de la esperanza de vida, hacen que la osteoartrosis haya sido la cuarta causa de discapacidad en el año 2020, según la Organización Mundial de la Salud.

En el siglo XVI, Philippus Aureolus Paracelsus, fue el primer médico en tratar patologías con “los poderes de los imanes”. Más adelante, desde Gilbert (1600 a.C.), quien sentó las bases científicas del magnetismo, hasta Maxwell (1873), que

estableció las ecuaciones del campo electromagnético y creó la teoría electromagnética de la luz, han tratado de explicar los efectos físicos que genera el campo magnético en el organismo, sentando las bases de los principios teóricos para la aplicación de la magnetoterapia hoy en día.

Los campos magnéticos actúan sobre las células, favoreciendo la recuperación de las condiciones fisiológicas y la homeostasis. Está indicada en casos en los que es necesario estimular la regeneración de los tejidos después de eventos lesivos de distinta naturaleza, tanto en patologías agudas como crónicas.

Existen distintos equipos electromagnéticos para aplicar la magnetoterapia, con distintos focos para emitir las ondas electromagnéticas, con gran variedad de formas y tamaños, desde inductores pequeños para aplicar en las manos, dedos, ojos, boca, hasta camas magnéticas para aplicar en todo el cuerpo o parte de él.

2 Objetivos

Estudiar la efectividad de la magnetoterapia en la disminución de la intensidad del dolor, la inflamación y el crujido articular en pacientes con osteoartrosis.

3 Metodología

Para realizar este estudio se han seleccionado artículos de los últimos diez años, publicados en inglés y español. Se han usado las bases de datos PubMed, Dialnet y Google Académico. Para llevar a cabo la búsqueda, se usaron las palabras clave: artrosis, osteoartrosis, magnetoterapia, dolor, inflamación.

4 Resultados

La edad constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de la artrosis debido a que aumenta la vulnerabilidad de las articulaciones, como consecuencia de la menor capacidad de reparación y mantenimiento de los condrocitos y menor capacidad de mitosis y síntesis, lo que da lugar a la producción de proteoglicanos de menor calidad, con el consiguiente deterioro de las propiedades mecánicas del cartílago articular.

La actividad laboral, que precise del uso repetitivo de una articulación, supone un incremento del riesgo para desarrollar osteoartrosis, así como aquellas actividades que requieran sobreesfuerzos como personas que trabajan con las manos,

deportistas de élite, trabajos que precisen estar de rodillas o cuclillas y llevar pesos o levantarlos.

Los campos electromagnéticos favorecen resultados seguros sin usar fármacos, generando un efecto analgésico, vasodilatador, antiinflamatorio, relajante, regenerativo y un efecto directo sobre el tejido óseo. Por estas razones, la magnetoterapia se convierte cada vez más en una herramienta eficaz contra los tratamientos de dolor y regeneración ósea y un aliado en la medicina física.

M.C. Areny, en su revisión sistemática, evidencia que la magnetoterapia no solo está indicada en la reparación del callo en fractura, o en la osteoporosis, sino también a procesos de dolor e inflamación, dado que favorece y estimula la regeneración tisular actuando en el tejido óseo comprometido o en la zona implicada, provocando una rápida producción de colágeno, estimulando el proceso de cicatrización y consiguiendo de forma natural superar las fases: inflamatoria, proliferativa y regenerativa. Adicionalmente, pone en valor sus altos beneficios y grandes mejoras en el organismo hacen y su efecto determinado sobre el hueso, el metabolismo del calcio y la fijación del mismo.

En pacientes con gonartrosis, Y.O. Pérez, concluye que la magnetoterapia consigue reducir el dolor, el crujido articular, la limitación del movimiento y la inflamación, permaneciendo las deformidades.

En artrosis cervicoartrosis, Álzate et al., evidencian que el uso de la magnetoterapia tiene efectos beneficiosos sobre el dolor, así como en la disminución de la inflamación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se evidencia que el uso de la magnetoterapia está extendido en el tratamiento de la artrosis, independientemente de la articulación en la que esta esté instaurada.

Dicho tratamiento consigue resultados efectivos en lo que a intensidad del dolor se refiere, así como en la disminución de la inflamación, lo que provoca una mejora en la funcionalidad y, por tanto, en la calidad de vida de los pacientes.

El uso de la magnetoterapia con fines terapéuticos está cada vez más extendido, lo que contrasta con los pocos artículos de investigación que existen sobre los efectos de la misma en distintas patologías.

6 Bibliografía

1. Areny, M. C. Eficacia de la magnetoterapia en la consolidación de las fracturas óseas. Obtenido de Universidad de Lleida: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/48442/mchillarona.pdfsequence=1&isAllowed>.
2. Ibarra-Cornejo JL, Fernández-Lara MJ, Eugenin-Vergara DA, Beltrán-Maldonado EA. Efectividad de los agentes físicos en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla: una revisión sistemática. *Rev. Med. Electron.* 2015;37(1).
3. Morales Castillo, Diego Miguel. Magnetoterapia como medio de tratamiento en pacientes campesinos con artrosis que acuden a rehabilitación a la unidad básica de rehabilitación santiago de pillaro en el periodo febrero-julio del 2011. BS thesis. 2013.
4. Présiga Lopera, Daniel Alberto, Maria Alejandra Castaño Londoño, and Jhon Alexis Pino Pineda. "Aporte de la magnetoterapia como complemento de la terapia manual en tratamientos fisioterapéuticos y sus efectos sobre el tejido óseo." (2018).
5. Álzate Arbeláez, Ana Cristina, José Ricardo Feria Holguín, and Laura Carolina Valdés Rodríguez. "Utilidad de la magnetoterapia para el alivio del dolor en pacientes con artrosis cervical." (2014).
6. Pérez, Yakelin Oria, et al. "Magnetoterapia como tratamiento alternativo en pacientes con gonartrosis." *Mediciego* 29.1 (2023): 3193.

Capítulo 282

EFFECTIVIDAD DEL USO DE LAS ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES CON TENDINITIS DE D'QUERVAIN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La tendinitis D'Quervain es una patología que inflama los tendones del lateral de la muñeca, entre ellos el tendón del extensor corto del primer dedo y el del abductor largo, que son los músculos encargados de separar y extender el pulgar. El nombre D'Quervain hace referencia al cirujano que describió y estudio esta patología por primera vez y recibe otros nombres como tendinitis del pulgar, esguince de la lavandera o pulgar del esquiador, en ocasiones se genera una tenosinovitis, puesto que, se inflama el tendón, pero también la vaina que lo recubre.

La prevalencia de la tendinitis D'Quervain afecta en un 0,5% en hombres y un 1,3% en mujeres, aunque varía según la población estudiada, y suele afectar a personas entre los 30 y 55 años.

No se conocen las causas que originan la tendinitis D'Quervain, pero sí se conocen las situaciones que pueden desencadenarla o agravarla:

- La sobrecarga crónica de la muñeca por la repetición de movimientos de forma diaria, especialmente si son movimientos forzados o cargando mucho peso.
- El uso de dispositivos móviles que requieren movimientos repetitivos de la mano y el pulgar.
- Las lesiones de muñeca o el tendón, ya que, el tejido cicatrizal puede limitar el movimiento de los tendones y generar una irritación en la vaina.
- También puede producirse la patología a raíz de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide.

Los síntomas que produce la tendinitis D'Quervain son la inflamación y dolor continuo en el lado de la muñeca que se corresponde con la zona del pulgar, este dolor se agrava con el movimiento (al agarrar o pellizcar) y suele ceder en reposo, este dolor puede irradiarse por el antebrazo

El tratamiento que suele darse a la tendinitis D'Quervain implica la aplicación de crioterapia local, el reposo o inmovilización de la muñeca con muñequeras o férulas, la realización de ejercicios y estiramientos y otras técnicas de fisioterapia como el láser, el ultrasonido o las ondas de choque.

2 Objetivos

- Determinar la literatura científica existente sobre el tratamiento de la tendinitis D'Quervain con ondas de choque.
- Valorar la eficacia del tratamiento con ondas de choque con respecto al dolor causado por la tendinitis D'Quervain.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica en la base de datos científica, Google Académico, debido a la gran cantidad de evidencia encontrada solo se utilizó esta base de datos.

La búsqueda se realizó poniendo en el buscador de esta base de datos lo siguiente: “tratamiento de la tendinitis D'Quervain con ondas de choque”.

Tras la búsqueda obtuvimos 806 resultados, los cuales tuvimos que reducir, en primer lugar, filtramos la búsqueda en los artículos publicados en los últimos 5 años.

Haciendo un análisis exhaustivo de los estudios obtenidos y revisando aquellos que cumplían los criterios de inclusión seleccionados, decidimos quedarnos con 2 artículos.

Todos los artículos seleccionados cumplían con las normas establecidas al inicio de realización de la búsqueda, se descartaron todos aquellos que no eran ensayos clínicos aleatorizados.

4 Resultados

El primer estudio analizado se trataba de un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico, en el que se pretendía comparar la eficacia del tratamiento de la tendinitis D'Quervain con ondas de choque frente al placebo. En el estudio se incluyeron 250 pacientes divididos en 2 grupos, el primer grupo recibió tratamiento con ondas de choques (3 sesiones, 1 por semana); mientras que el segundo grupo recibió un tratamiento placebo que consistió en una intervención simulada. Las variables analizadas en él fueron el dolor de la muñeca con los primeros movimientos de la mañana y con las actividades de la vida diaria a través de la escala EVA; y, por otro lado, la funcionalidad a través de la escala Roles and Maudsley; las mediciones se realizaron pretratamiento, a las 12 semanas del tratamiento y a los 12 meses. Como resultado del estudio se encontraron diferencias significativas a favor de las ondas de choque; con respecto al dolor, el grupo que recibió tratamiento con ondas de choque redujo su dolor en un 69,2% en la escala Eva con respecto al 34,5% que se redujo en el grupo placebo en la medición a las 12 semanas, siendo aún más exitoso el resultado en la medición realizada a los 12 meses; con respecto a la funcionalidad en ambos grupos mejora significativamente en las 2 mediciones realizadas postratamiento, siendo más exitoso el tratamiento con ondas de choque.

El segundo estudio analizado se trataba de un ensayo clínico aleatorizado, simple y controlado en el que se pretendía comparar la eficacia del tratamiento de la tendinitis D'Quervain con ondas de choque frente al tratamiento con ultrasonido. En el estudio se incluyeron 47 pacientes divididos en 2 grupos, el primer grupo recibió tratamiento con ultrasonidos en sesiones diarias de 4 minutos a 1,5 W/cm² + ejercicios; el segundo grupo recibió tratamiento con ondas de choque en 4 sesiones cada 3 días + ejercicios. La variable analizada fue el dolor según la escala EVA y se realizaron mediciones, pretratamiento y postratamiento a la primera y la segunda semana. Se observó que el grupo que recibió tratamiento con ondas de choque obtuvo una disminución del dolor estadísticamente significativa frente al

tratamiento con ultrasonidos en todas las mediciones postratamiento, aunque se realizasen menos sesiones de tratamiento con ondas de choque.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los resultados obtenidos en los estudios elegidos, podemos concluir que el tratamiento con ondas de choque tiene una alta efectividad en el alivio de dolor producido por la tendinitis D'Quervain. A pesar de ser bastante efectivo, debemos tener en cuenta que existen otras técnicas de tratamiento desde la fisioterapia como puede ser el ultrasonido que ofrecen también buenos resultados.

A pesar de la extensa bibliografía existente sobre el tratamiento de la tendinitis D'Quervain con ondas de choque, se puede afirmar que es necesario realizar aún más investigaciones sobre la eficacia de las ondas de choque en el tratamiento, principalmente comparando su eficacia como tratamiento individual frente a su eficacia como tratamiento combinado con otras terapias como puede ser el ultrasonido, el vendaje neuromuscular o el ejercicio físico. También es necesario que exista evidencia sobre la intensidad y los impactos, para saber de qué forma es más efectivo este tratamiento.

6 Bibliografía

- Gollwitzer H, Saxena A, Di Domenico L A, Galli L, Bouché RT, Caminear D, et al. Clinically Relevant Effectiveness of Focused Extracorporeal Shock Wave Therapy in the Treatment of Chronic D'Quervain Tendinosis: a randomized, controlled multicenter study. J Bone Joint Surg Am.2019;97(9):701-8.
- 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 D'Quervain Tendinosis in the course of calcaneal spurs. Arch Orthop Trauma Surg.2018;136(9):1289-96.

Capítulo 283

EFFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN PACIENTES POST-COVID CON THRESHOLD

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

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 experimentarán síntomas como fiebre, tos seca, disnea y astenia, es decir, 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),

una vez recuperados de la infección estos pacientes suelen presentar secuelas como fatiga o disnea de forma persistente.

Se evidenció que en pacientes con comorbilidades como la hipertensión, la diabetes, el EPOC, la enfermedad cardiovascular..., se presentan como factores de riesgo que pueden agravar las consecuencias del Covid-19, por lo que, se ha determinado que ser un paciente de edad avanzada, de sexo masculino y con comorbilidades preexistentes implica tener un mayor riesgo de gravedad de la enfermedad, llegando incluso al fallecimiento.

Se ha demostrado que una intervención multidisciplinar a través de un equipo formado por médicos, enfermeros, fisioterapeutas..., con el objetivo de mejorar síntomas como la disnea y la fatiga, consigue lograr un aumento en la tolerancia al ejercicio y en la calidad de vida. Los ejercicios de fisioterapia respiratoria son muy importantes para solventar las complicaciones producidas tras la infección por Covid-19, ya que estos ejercicios aumentan la capacidad respiratoria, potencian la musculatura implicada en la respiración y reducen la disnea y la fatiga.

2 Objetivos

- Determinar la evidencia existente sobre el entrenamiento de la fuerza de la musculatura respiratoria para paliar las consecuencias de la infección por Covid-19
- Comprobar la eficacia del entrenamiento de la fuerza de la musculatura respiratoria con Threshold en el tratamiento de las secuelas de la infección por Covid-19

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente revisión, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica en la base de datos científica PubMed, los términos usados para realizar la búsqueda han sido ("Covid-19" and "Physiotherapy" or "Rehabilitation").

Tras la búsqueda se obtuvieron 19 artículos, de los cuales, tuvimos que eliminar los artículos duplicados y finalmente se seleccionaron 2 artículos que consistían en el tratamiento con la misma técnica, uno de ellos se trataba de un estudio cuasiexperimental y el otro se trataba de un caso clínico.

4 Resultados

De los 19 artículos encontrados analizamos 2 que estaban centrados en el entrenamiento de la musculatura respiratoria, principalmente el diafragma a través del uso del dispositivo de resistencia manual Threshold PEP.

El primer estudio se trataba de un estudio cuasiexperimental en el que se incluyeron 72 pacientes separados en 2 grupos, el primer grupo recibió tratamiento a través del uso del dispositivo Threshold PEP con el objetivo de potenciar la fuerza del diafragma contra resistencia, mientras que el segundo grupo no recibió ninguna intervención. El objetivo de este estudio era observar la diferencia en la función pulmonar entre ambos grupos compuestos por pacientes que habían pasado la enfermedad Covid-19, realizando mediciones pretratamiento y a las 6 semanas de realizar el tratamiento. Las variables que se midieron en los pacientes fueron el FEV1, la FVC y la relación FEV1/FVC. En el grupo de intervención se observó que el FEV1 pasaba de una media de 1,10 L a una media de 1,44 L a las 6 semanas del tratamiento, frente al grupo control en el que el FEV1 pasaba de una media de 1,13 L a una media de 1,26 L en la medición posterior; con respecto a la FVC se observó que en el grupo de intervención pasaba de una media de 1,79 L a una media de 2,36 L después del tratamiento, frente al grupo control en el que la FVC pasaba de una media de 1,77L a una media de 2,08 L; finalmente con respecto a la relación FEV1/FVC se observó que en el grupo de intervención pasaba de una media de 60,48% a una media de 68,19% después de recibir el tratamiento, mientras que en el grupo control pasaba de una media de 60,44% a una media de 61,23%.

El segundo estudio se trataba de un caso clínico en el que un paciente de 51 años residente en Italia fue tratado a través de fisioterapia respiratoria con el dispositivo de resistencia manual Threshold tras haber sido hospitalizado por la enfermedad Covid-19. Se realizaron mediciones antes del tratamiento y a las 6 semanas de recibir el tratamiento, de las siguientes variables FEV1, FVC y la relación FEV1/FVC. Al paciente se le aplicó un programa de 3 series de 10 espiraciones contra resistencia con el dispositivo Threshold. Al realizar las mediciones a las 6 semanas se observaron los siguientes cambios: el FEV1 sufrió un aumento del 28,3% con respecto al inicio, la FVC sufrió un aumento del 31,8%, con respecto a la relación FEV1/FVC se observó un aumento del 9,4%. El paciente, además, al final del tratamiento refirió experimentar una ansiedad mucho menor que al inicio.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los artículos encontrados, podemos concluir que, el entrenamiento de la fuerza de la musculatura respiratoria con el dispositivo de resistencia manual Threshold en pacientes que han experimentado una infección por Covid-19 es una técnica bastante efectiva.

Se ha observado que, en ambos estudios, la mayor parte de los pacientes experimentan un gran incremento en las variables analizadas que son el FEV1, la FVC y la relación entre ambos FEV1/FVC, lo cual implica una mejora de las secuelas de esta patología como la disnea o la fatiga, lo cual implica una mejora de la calidad de vida de los pacientes y una reducción de la sensación de ansiedad que experimentan.

No obstante, al tratarse de una patología relativamente reciente, hay una gran escasez de evidencia en referencia al entrenamiento de la musculatura respiratoria que se puede aplicar, por tanto, es muy necesario que se realicen estudios para determinar qué técnicas de entrenamiento de dicha musculatura son más efectivas y determinar cuál es la mejor forma de trabajar en cuanto a número de sesiones, frecuencia de las mismas...

6 Bibliografía

- Liu K, Zhang W, Yang Y, Zhang J, Li Y, Chen Y. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complement Ther Clin Pract.* 2020;39(1011):1011.
- Pancera S, Galeri S, Porta R, Pietta I, Bianchi LNC, Carrozza MC, et al. Feasibility and efficacy of the pulmonary rehabilitation program in a rehabilitation center: Case report of a young patient developing severe covid-19 acute respiratory distress syndrome. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2020;40(4):205–208.

Capítulo 284

LA FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA ESCOLIOSIS EN LA PATOLOGÍA NEUROMUSCULAR: RECURSOS PARA SU PREVENCIÓN

NATALIA MORAL MORAL

SANDRA AGUDO CABAÑAS

ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR

1 Introducción

La escoliosis forma parte de las entidades patológicas más frecuentes durante el crecimiento; a nivel mundial, se estima una incidencia del 3% en la población infantil y juvenil (1). La deformidad por escoliosis supone una alteración de la estructura de la columna vertebral en tres dimensiones, donde el plano coronal excede de 10 grados y el desplazamiento lateral del cuerpo cruza la línea media, con cierto grado de rotación (2). Es un proceso complejo y dinámico, que ocurre principalmente en la columna toracolumbar. Tradicionalmente, se ha clasificado en tres grupos, según su etiología: neuromuscular, como consecuencia de un desequilibrio muscular; congénita, resultado de la asimetría en el desarrollo de las vértebras; e idiopática, cuando no se identifica una causa específica (2).

Para definir su gravedad se toma como referencia el ángulo de Cobb (3). El ángulo de Cobb se haya en la radiografía con proyección anteroposterior, trazando una línea tangencial al platillo superior de la vértebra límite superior, y línea tangencial al platillo inferior de la vértebra límite inferior de la concavidad; la unión

de estas dos líneas dará como resultado el ángulo definitivo para la clasificación. Según su medida, la escoliosis se identifica como: leve (ángulo menos a 25°, con pauta de seguimiento y observación periódica), moderada (ángulo entre 25° y 45°, con recomendación de corsés ortopédicos para evitar progresión, ejercicios de fisioterapia y estiramientos para mejorar la postura y la función) y grave (ángulo mayor de 45°, y requiere intervención quirúrgica). La cirugía de escoliosis, como la fusión espinal, puede ayudar a estabilizar la columna vertebral y reducir el ángulo de Cobb.

Su diagnóstico precoz es fundamental para frenar su progresión y evitar que evoluciones hasta grados severos. Aunque su presencia suele ser bien tolerada, su evolución natural implica un riesgo para la calidad de vida de la persona que la padece, más cuando la deformidad está estructuralmente instaurada, y afecta no solo a nivel estético, si no a nivel de funcionalidad muscular esquelética, respiratoria o incluso cardíaca (1).

2 Objetivos

- Describir las características de la escoliosis neuromuscular
- Exponer de opciones terapéuticas para su abordaje íntegro.
- Definir los roles del fisioterapeuta en su manejo, mostrando qué puede aportar la fisioterapia a su prevención, tratamiento y freno en su evolución.

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 hasta la fecha. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos Pubmed, PEDro, Scielo y Google Scholar. Como palabras clave, se han utilizado “physiotherapy”, “neuromuscular scoliosis” y “cerebral palsy” en inglés, combinado con el booleano “and”.

Tras una lectura crítica sobre los resultados obtenidos en cuanto a revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados, se obtienen los datos recogidos en el siguiente apartado.

4 Resultados

La escoliosis tiene una prevalencia muy alta entre los pacientes con enfermedades neuromusculares que afectan a la columna torácica y los músculos del tronco. El examen físico y las radiografías se utilizan para detectar la presencia de escoliosis y monitoriza la progresión (4,5). En casos severos de escoliosis, la deformidad estructural puede llevar a complicaciones respiratorias de tipo restrictivo, con la limitación en la capacidad vital y aumento de la problemática en la condición de salud. Los profesionales sanitarios, en concreto el personal médico, debe detectar este riesgo e valorar la intervención quirúrgica si la vida del niño corre riesgo (6). Actualmente, la escoliosis idiopática se puede mejorar con diferentes tratamientos conservadores como el uso del corsé, el ejercicio terapéutico general o el método Schroth (7). Sin embargo, la evolución y pronóstico de las escoliosis neuromusculares suelen ser más complejas. Generalmente, las escoliosis neuromusculares se vuelven clínicamente sintomáticas relativamente temprano y progresan rápidamente incluso después del crecimiento. Si el tratamiento fracasa, conducen a una grave reducción de la calidad de vida, a la pérdida de la capacidad para caminar o mantenerse sentado, así como un deterioro del sistema cardiopulmonar que da como resultado una aumento del riesgo de mortalidad. Por lo tanto, es indispensable un tratamiento intensivo por parte de fisioterapeutas, médicos, pediatras y ortopedas (5,8).

La derivación temprana a estos servicios especializados de columna y el diagnóstico precoz son esenciales para garantizar un manejo multidisciplinario adecuado del paciente. Los objetivos más importantes para los pacientes son la preservación de la función, la facilitación del cuidado diario y el alivio del dolor (9). El manejo de la escoliosis neuromuscular incluye la participación en terapia, la optimización del equipo y el uso de aparatos ortopédicos, y la posible intervención quirúrgica. A diferencia de la escoliosis idiopática del adolescente, las curvas tienen a progresar a pesar del cumplimiento de la ortesis. La oblicuidad pélvica asociada crea riesgo de úlceras por presión y dolor. Por ello, la educación de los cuidadores es un punto clave para optimizar el manejo postural (4).

El tratamiento para la escoliosis en casos leves y moderados se basa en la realización de ejercicios de estiramiento, des rotación y fortalecimiento de la espalda (3). Sin embargo, este abordaje no siempre es posible por la gravedad de la curvatura, la complejidad del cuadro o la colaboración del niño.

Con frecuencia, está indicado el tratamiento quirúrgico de la escoliosis neuro-

muscular. La corrección posterior de un segmento largo y la fusión de toda la deformidad producen una mejora significativa de la calidad de vida, así como la prevención de la progresión de la escoliosis y el desarrollo de problemas de unión. Esta intervención suele realizarse antes de que finalice el crecimiento. Un retraso prolongado de la intervención quirúrgica no da como resultado un aumento de estatura, si no una progresión de la deformidad. En las escoliosis de inicio temprano se utilizan implantes de crecimiento guiado para garantizar el adecuado desarrollo (8). El tratamiento de la oblicuidad pélvica, identificada como factor de riesgo para el desarrollo de escoliosis neuromuscular en niños con parálisis cerebral, se centra en la causa de la mala alineación con la fusión posterior, la liberación de la contractura y la osteotomía como pilares de tratamiento. Las intervenciones diseñadas para reducir las curvas escolióticas y liberar las contracturas de los tejidos pueden nivelar la pelvis y restablecer la alineación adecuada de la columna y el sacro en el plano coronal en estos pacientes (10). El nivel funcional de los niños con enfermedades neuromusculares progresivas es un factor que afecta a la calidad de vida de los padres. Un estudio de análisis retrospectivo de datos obtenidos prospectivamente demostró que pese a mejorar con la cirugía de corrección de la columna vertebral, el equilibrio en sedestación, el dolor corporal y el funcionamiento social, los padres no intuyeron mejoras en su calidad de vida (11).

La fisioterapia en el tratamiento de la escoliosis neuromuscular está establecido y demostrado, y es fundamental para prevención de contracturas y mantener la función sensitivomotora funcional (8). Las herramientas de las que dispone la fisioterapia según la evidencia científica para el manejo de la escoliosis neuromuscular se pueden resumir en tratamiento postural (yesos seriados, bipedestadores, asientos moldeados), tratamiento ortopédico (férulas y corses) y otras técnicas específicas. La fisioterapia es importante para prevenir contracciones de los músculos y tendones, y la curvatura anormal de la columna (escoliosis) (12). El tratamiento no quirúrgico de la deformidad de la columna vertebral en pacientes con enfermedades neuromusculares se centra en maximizar el tratamiento médico de la patología neurodegenerativa subyacente antes de contemplar la intervención quirúrgica (13).

Dentro del tratamiento conservador para tratar las escoliosis de aparición temprana en niños menores a 5-6 años, se recomiendan los yesos seriados, las ortesis y los asientos adaptados. Los yesos correctores han sido útiles en ciertos casos; se indican generalmente para curvas entre 30°-50° y para pacientes menores a 4-5 años. Sin embargo, la información sobre pacientes con parálisis cerebral tratados con este método es escasa. Además, la mayoría de los que utilizan yesos como

tratamiento para las escoliosis de aparición temprana no lo hace para la parálisis cerebral tipo espástica. Se cree que en pacientes tetrapléjicos de nivel V del GM-FCS, las dificultades y los riesgos de su uso superarían los beneficios (14). En el estudio de Lavalva et al (15) se muestra que puede estar indicado especialmente en niños de muy baja edad (media de 3.2 años).

Los dispositivos de bipedestación y las ortesis se consideran un componente esencial en el tratamiento de la distrofia muscular de Duchene, pero en la actualidad, según una revisión de estudios controlados aleatorizados realizada en 2019, no existen datos que evalúen la efectividad de estos dispositivos para bipedestación en personas con distrofia muscular de Duchene. Se necesitan estudios para investigar la efectividad de los dispositivos de bipedestación en esta población. (16)

Un ensayo controlado aleatorizado de 2022 investigó el efecto de un sistema de asiento adaptado para el control de la oblicuidad pélvica y el equilibrio de la columna espinal en el plano coronal y sagital en 14 niños con parálisis cerebral con escoliosis de forma no ambulatoria. El sistema de asiento adaptado se utilizó 4 horas al día, y los ejercicios se realizaron 3 días a la semana durante 12 semanas. No hubo cambios significativos en el ángulo de Cobb y el índice de migración de Reimer para ambas caderas en el grupo de intervención, pero hubo un aumento significativo en el grupo que sólo practicaba ejercicio. El eje vertical sagital, la inclinación pélvica y la oblicuidad disminuyeron en el grupo intervención. Por lo tanto, puede afirmarse que el sistema de asiento adaptativo es superior para reducir la progresión el ángulo de Cobb y la subluxación de la cadera, disminuir la oblicuidad pélvica y mejorar el equilibrio sagital de la columna y pelvis en comparación con la terapia de ejercicios (17).

Las sillas de ruedas y los armazones de los asientos deben ajustarse, al igual que los refuerzos adecuados para la columna colapsada. Las premisas clave son el mantenimiento de la función pulmonar adecuada y sentarse erguido en silla de ruedas o en la estructura del asiento. Aunque el refuerzo de la columna puede ser útil y tiene su lugar en el asiento, la evolución natural de la progresión de las curvaturas neuromusculares rara vez puede frenarse, y los pacientes con hipotonía torácica grave y problemas respiratorios, tienen mala tolerancia a los ajustes ortopédicos (18).

El tratamiento no quirúrgico incluye la observación y el uso de aparatos ortopédicos para deformidades menos graves y flexibles en pacientes jóvenes como medida provisional para proporcionar soporte postural (9). Sin embargo, a diferencia de la escoliosis idiopática, el tratamiento de los pacientes con escoliosis neuromuscular con ortesis es motivo de controversia (8).

Las ortesis pueden ser eficaces para el control de las curvas en pacientes espásticos que no caminan, y se las acepta junto con las modificaciones en los sistemas de sedestación como medios de tratamiento conversador en los niños con escoliosis y parálisis cerebral. Las modificaciones en las sillas de ruedas tienen alguna utilidad para controlar las curvas de la columna, pero en pacientes con parálisis cerebral las ortesis flexibles no son eficaces para el control de la deformidad, y no hay evidencia sólida para recomendarlas en niños con parálisis cerebral y escoliosis. En cambio, un estudio reciente sobre el uso de ortesis bivalvadas confirma su efectividad para el mantenimiento y la corrección del ángulo de Cobb en un amplio rango (19).

Un estudio analizó el efecto de la estabilidad del apoyo en suelo con la actividad de los músculos del tronco y rango de movimiento de la columna lumbar durante la marcha. Los resultados mostraron que los zapatos inestables aumentaron el nivel de actividad electromiográfica y rangos articulares más altos en todas las fases de la marcha en comparación con los zapatos de control. Los zapatos inestables aumentan la actividad de los músculos del tronco y la lordosis lumbar durante la marcha en comparación con los zapatos de control. Según estos hallazgos, el uso de zapatos inestables puede tener implicaciones potenciales en la promoción de la salud de la columna vertebral, particularmente en el fortalecimiento de los músculos del tronco en la población sana o en tratamiento por dolor lumbar, pudiéndose extrapolar estos resultados a la población pediátrica.

El uso de ortesis espinal de tres puntos de material de tela en 28 niños con escoliosis neuromuscular con flexibilidad de la curva espinal de más del 50% (tipo flácida), logró corregir la curva sin comprometer la función pulmonar. Los ángulos de Cobb después de la aplicación de la ortesis disminuyeron de 31 grados a 16.6 grados en posición sentada, y de 13.3 grados a 1.4 grados en posición supina. La capacidad vital forzada de la aplicación preortésica y postortésica, el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y el pico de flujo de tos no se vieron afectados. Los cuidadores informaron además de mejores posturas para sentarse y actividades manuales (20). La escoliosis neuromuscular a menudo se asocia a posición sentada asimétrica y falta de equilibrio; muchos niños con escoliosis neuromuscular pasan la mayor parte del día sentados. Un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas, describió cómo la sedestación se ve afectada por el tratamiento con un aparato ortopédico de Boston moldeado a medida modificado en 106 niños de 11.3 años edad de media con escoliosis neuromuscular (con diagnóstico de PCI y mielomeningocele). Los aparatos ortopédicos tuvieron un efecto positivo en el equilibrio en sedestación de niños con escoliosis neuromuscular, por lo que estos aparatos pueden reducir la necesidad de apoyo para

sentarse. Los niños con escoliosis severa podrán sentarse mejor (21).

5 Discusión-Conclusión

- La terapia conservadora para el manejo de la escoliosis neuromuscular tiene la finalidad de retrasar y frenar el avance de la deformidad, sin asegurar la prevención de la aparición final.
- Las herramientas de las que dispone la fisioterapia según la evidencia científica para el manejo de la escoliosis neuromuscular se pueden resumir en tratamiento postural (yesos seriados, bipedestadores, asientos moldeados), tratamiento ortopédico (férulas y corsés) y otras técnicas específicas. Sin embargo, hay más estudios sobre el tratamiento quirúrgico, por ser el tratamiento de elección para los casos de escoliosis neuromuscular con compromiso vital.
- Son necesarios más estudios que apoyen la función del fisioterapeuta en el manejo de la escoliosis neuromuscular en pacientes pediátricos, con muestras más homogéneas para que puedan extrapolarse resultados a nivel generalizado.

6 Bibliografía

1. Pantoja TS, Chamorro LM. Escoliosis en niños y adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2015;26(1):99-108.
2. Barreras MT. Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. Orthotips AMOT. 2011;7(2):75-82.
3. Sango Martínez M. La escoliosis y ejercicio. Comunicación breve. Rev Sanit Investig. 2023;4(1 (Enero)):126.
4. Wishart BD, Kivlehan E. Neuromuscular Scoliosis: When, Who, Why and Outcomes. Phys Med Rehabil Clin N Am. agosto de 2021;32(3):547-56.
5. Murphy RF, Mooney JF. Current concepts in neuromuscular scoliosis. Curr Rev Musculoskelet Med. junio de 2019;12(2):220-7.
6. Mary P, Servais L, Vialle R. Neuromuscular diseases: Diagnosis and management. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. febrero de 2018;104(1S):S89-95.
7. Lebre C, Bertin C. Tratamientos conservadores para la escoliosis entre 10° y 45° en la escala de Cobb en jóvenes entre 10 y 18 años: revisión bibliográfica. junio de 2022 [citado 30 de abril de 2023]; Disponible en: <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/4331>

8. Putzier M, Groß C, Zahn RK, Pumberger M, Strube P. [Characteristics of neuromuscular scoliosis]. *Orthopade*. junio de 2016;45(6):500-8.
9. Roberts SB, Tsirikos AI. Factors influencing the evaluation and management of neuromuscular scoliosis: A review of the literature. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 21 de noviembre de 2016;29(4):613-23.
10. Yen W, Gartenberg A, Cho W. Pelvic obliquity associated with neuromuscular scoliosis in cerebral palsy: cause and treatment. *Spine Deform*. septiembre de 2021;9(5):1259-65.
11. Suk KS, Baek JH, Park JO, Kim HS, Lee HM, Kwon JW, et al. Postoperative quality of life in patients with progressive neuromuscular scoliosis and their parents. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. 1 de marzo de 2015;15(3):446-53.
12. Atrofia muscular espinal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000996.htm>
13. Protopsaltis TS, Boniello AJ, Schwab FJ. Management of Spinal Deformity in Adult Patients With Neuromuscular Disease. *J Am Acad Orthop Surg*. septiembre de 2016;24(9):634-44.
14. Manzone P. Tratamiento de la escoliosis neuromuscular en niños pequeños con parálisis cerebral espástica grave: revisión sistemática de la bibliografía. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 25 de junio de 2022;87(3):422-32.
15. LaValva S, Adams A, MacAlpine E, Gupta P, Hammerberg K, Thompson GH, et al. Serial Casting in Neuromuscular and Syndromic Early-onset Scoliosis (EOS) Can Delay Surgery Over 2 Years. *J Pediatr Orthop*. septiembre de 2020;40(8):e772-9.
16. Pedlow K, McDonough S, Lennon S, Kerr C, Bradbury I. Assisted standing for Duchenne muscular dystrophy. Cochrane Neuromuscular Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 13 de octubre de 2019 [citado 30 de abril de 2023]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011550.pub2>
17. Korkmaz MD, Korkmaz M, Capan N, Sanli G, Tatar Y, Aydin AR. Seating system for scoliosis in nonambulatory children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. mayo de 2022;68(5):616-21.
18. Matussek J, Dingeldey E. [Orthopaedic technology and neuromuscular scoliosis: Orthotics, wheelchair seating shells and positioning aids]. *Orthopade*. agosto de 2021;50(8):622-32.
19. Vogel-Tgetgel ND, Kläusler M, Brunner R, Camathias C, Rutz E. Short-term outcome of double-shelled braces in neuromuscular scoliosis. *Arch Orthop Trauma Surg*. enero de 2022;142(1):115-22.
20. Shin HI, Shin HI. Application of Fabric-Type Spinal Orthosis for Flexible Neu-

romuscular Scoliosis: A Preliminary Study. *Am J Phys Med Rehabil.* octubre de 2020;99(10):887-94.

21. Blomkvist A, Olsson K, Eek MN. The effect of spinal bracing on sitting function in children with neuromuscular scoliosis. *Prosthet Orthot Int.* diciembre de 2018;42(6):592-8.

Capítulo 285

EL EJERCICIO TERAPÉUTICO: HERRAMIENTAS DE FISIOTERAPIA PARA EL MANEJO DEL LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA

NATALIA MORAL MORAL

SANDRA AGUDO CABAÑAS

ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR

1 Introducción

En las últimas décadas el cáncer de mama ha sido la enfermedad neoplásica más diagnosticada a nivel mundial en mujeres, detectándose más de dos millones de casos nuevos cada año. A pesar de que las estadísticas aumentan su incidencia anualmente, su detección temprana es clave para la supervivencia. La reducción de la mortalidad implica un incremento de personas que superan la enfermedad, pero también mujeres que vivirán con secuelas y efectos secundarios al tratamiento a corto, medio y largo plazo (1).

Las consecuencias adversas de esta patología han sido objeto de estudio y causan gran morbilidad (2). Las pacientes tratadas de cáncer de mama, especialmente aquellas sometidas a disección axilar y radioterapia, tienen el riesgo de desarrollo posterior de linfedema, una condición crónica y progresiva que provoca la acumulación de líquido intersticial rico en proteínas en los tejidos subcutáneos,

desarrollando un cuadro fisiopatológico que incluye inflamación crónica, proliferación de tejido conectivo y depósito graso en el área afectada. Este aumento de volumen, se le suma el riesgo de presentar problemas físicos y psicológicos, como limitaciones en la movilidad del miembro superior, pérdida de masa muscular, disminución de la fuerza, dolor, sensación de pesadez, alteraciones sensitivas, cambios en el esquema corporal, depresión, toxicidad cardíaca y reducción de la calidad de vida (1-3).

El tratamiento de linfedema de forma precoz es clave para evitar el desarrollo de otras complicaciones de peor pronóstico; la persistencia de linfedema y sus alteraciones cutáneas locales puede condicionar al desarrollo de erisipela y celulitis. Estos cuadros representan una causa importante de hospitalización, morbilidad y en ocasiones, incluso mortalidad (4).

Las investigaciones para el manejo de los efectos secundarios son de gran relevancia clínica y de salud pública, ya que el número de personas que conviven con secuelas y efectos secundarios tras el tratamiento de cáncer de mama aumenta cada año (1). Se estima que aproximadamente el 30% de las pacientes que padecen esta enfermedad, desarrollarán un linfedema secundario al tratamiento como secuela, condicionando la calidad de vida debido a su naturaleza progresiva, alteración estética y cronicidad (5,6) .

Dada la alta prevalencia del linfedema en pacientes afectadas por cáncer de mama, es crucial un tratamiento específico, el cual incluye principalmente dos etapas (2): una fase inicial, cuyo objetivo principal es el de reducir el volumen del linfedema, y una fase de mantenimiento, cuya finalidad es la de mantener el resultado obtenido en la primera fase, y la mejora de la adaptación e inmersión de cada persona individualmente en su actividad, entorno y rutinas. Los estudios muestran que la fisioterapia es clave para el control de esta complicación, y que su intervención precoz tras la biopsia del ganglio centinela es fiable, segura y clave para su estabilización clínica (7). La terapia utilizada por excelencia es la Terapia Descongestiva Compleja, compuesta por la aplicación de vendaje inelástico, el drenaje linfático manual, los cuidados de la piel y el ejercicio terapéutico, junto con otras terapias complementarias, como la presoterapia y el kinesiotaping. Dichas técnicas son importantes en ambas fases, con la importancia de la educación y empoderamiento del paciente para la autoadministración. Esta terapia estará enfocada al manejo del linfedema en una primera instancia, y de forma secundaria, a la mejora de las condiciones de salud de los pacientes que lo padecen, incrementando su calidad de vida (8).

Todas estas intervenciones actúan en conjunto para favorecer el retorno venoso, el drenaje linfático y por lo tanto, la reabsorción del edema en la extremidad afectada. Sin embargo, las secuelas físicas van más allá, con el desacondicionamiento, el impacto sobre la actividad funcional personal, los cambios de roles y las relaciones familiares, la ocupación y la productividad social (9). El carácter crónico del linfedema, hace necesaria la instrucción de profesionales y pacientes para el manejo de todas las herramientas disponibles y validas según la evidencia científica a fin de reducir su impacto y repercusión en la funcionalidad de las pacientes intervenidas tras el diagnóstico. La mayoría de las estrategias para prevenir y controlar el linfedema no son farmacológicas, y se usan solas o combinadas entre sí (9).

El ejercicio físico se estudia como pilar fundamental para el manejo del linfedema en los últimos años: mantiene y recupera la función física del brazo, fomenta una composición corporal saludable y reduce el riesgo metabólico mejorando su impacto en la calidad de vida de las pacientes afectadas (10,11).

2 Objetivos

- Describir los efectos que provoca la práctica de ejercicio físico en pacientes que han padecido cáncer de mama con riesgo de desarrollo de linfedema, como herramienta propia de la fisioterapia.
- Explicar las características que ha de tener según la evidencia científica, para obtener el mayor beneficio de su realización en pacientes con linfedema de extremidad superior o riesgo de desarrollo.
- Demostrar que el ejercicio físico es una técnica útil y segura para el manejo de las secuelas del cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente hasta la fecha. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos Pubmed y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Como palabras clave, se han utilizado “physiotherapy”, “exercise” y “lymphedema secondary to breast cancer” en inglés, combinado con

el booleano “and”. Los límites temporales fueron de los últimos 5 años. Tras una lectura crítica sobre los resultados obtenidos en cuanto a revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados, se obtienen los datos recogidos en el siguiente apartado.

4 Resultados

Actualmente, existen numerosas investigaciones publicadas en relación a la efectividad, seguridad y características del ejercicio físico recomendado para pacientes supervivientes tras cáncer de mama. Durante muchos años, los profesionales sanitarios ejercían con la creencia de que los pacientes con cáncer de mama debían evitar el ejercicio ya que la carga a la extremidad superior podría suponer un riesgo para la enfermedad neoplásica. Sin embargo, numerosos ensayos controlados aleatorizados (ECAs) y revisiones de ensayos de las últimas décadas cuestionan esta prohibición, y se plantean si su práctica aporta los beneficios esperados con la seguridad de que el linfedema y el estado general de las pacientes no empeore como así se creía en la clínica (12).

Una revisión sistemática realizada en 2018 (12), recoge los antecedentes con los ECAs realizados hasta la fecha, donde se sintetizan los posibles efectos preventivos de la práctica de ejercicio físico sobre la incidencia del linfedema secundario al cáncer de mama. Los resultados mostraron que el entrenamiento progresivo de la fuerza, así como la combinación de esta práctica con otras técnicas de fisioterapia, son seguros y pueden ayudar a la prevención del linfedema secundario, verificando así su recomendación para el tratamiento en la reducción y prevención en su aparición. Concretamente, uno de los ECAs recogidos en esta revisión en el que se estudiaron un total de 1000 mujeres, señala mejoras significativas en el trofismo de la cicatriz, la abducción del hombro y la circunferencia medida de la extremidad superior cuando se practicaba ejercicio físico pasivo a partir del séptimo día de la cirugía combinado con drenaje linfático manual. Se incrementaba la práctica con el ejercicio activo en el primer mes (3 sesiones al día durante 15 minutos) y se aplicaba drenaje, durante 6 meses (13). Es por ello que se puede afirmar con apoyo en la evidencia científica que el ejercicio tiene un papel importante en la prevención de secuelas tras el cáncer de mama, y que se recomienda su prescripción y práctica en combinación con otros cuidados clásicos. De este modo, el fisioterapeuta sería parte activa en la atención de estos pacientes desde el inicio del tratamiento del cáncer hasta el manejo en el tiempo de las secuelas físicas y funcionales (12).

Estas revisiones publicadas en los últimos 5 años sobre la literatura existente, son la base firme sobre la que realizar los posteriores ensayos controlados aleatorizados que se exponen a continuación, y que matizan los efectos que esta práctica ocasiona en este grupo de población.

Los datos sobre el ejercicio en la prevención que posteriormente agregan a la indicación otros ensayos controlados aleatorizados recogidos en la revisión sistemática de Hasenoehrl (9), sería entorno a la prescripción de los ejercicios de fuerza en pacientes en tratamiento activo por cáncer de mama. Kira Bloomquist et al. (14) analiza la respuesta aguda del levantamiento de cargas en pacientes supervivientes de cáncer de mama en riesgo de linfedema (n=21). Las pacientes del grupo intervención realizaron ejercicio controlado de resistido (85-90 % 1RM, 3 series de 5-8 repeticiones), en dos sesiones individuales semanales durante dos semanas, mientras que el grupo control realizó ejercicios de baja carga (60-65% 1RM, dos series de 15-20 repeticiones). Se realizaron mediciones de control inmediatamente después de la práctica del ejercicio, 24h y 72h tras la realización. Los resultados no detectaron diferencias entre el aumento de volumen del brazo en ambos grupos, ni un aumento de la sintomatología en las mujeres con riesgo de linfedema que reciben quimioterapia coadyuvante con taxanos. Estos hallazgos pueden ser un gran punto de partida para informar de los efectos de este entrenamiento a corto plazo, y ayuda en la planificación de terapia activa a través del ejercicio de forma rutinaria.

La misma autora realizó otro ensayo controlado aleatorizado, esta vez con un número de muestra mayor (n=153), y valorando el ejercicio de resistencia con carga pesada durante la quimioterapia en supervivientes de cáncer de mama físicamente inactivas con riesgo de linfedema (15). La carga al ejercicio se administró al 85-90% del 1RM, tres series de 5-8 repeticiones, y el grupo control realizó un programa de ejercicio de carga ligera con control podométrico y consultas individuales. La intervención tuvo una duración de 12 semanas. Los resultados obtenidos sugirieron mejores resultados en la fuerza y en la calidad de vida de las pacientes del grupo del ejercicio de resistencia, sin aumento del volumen del brazo, ni dolor. Por lo tanto, los hallazgos sugieren que las mujeres supervivientes de cáncer de mama físicamente inactivas pueden beneficiarse del ejercicio de resistencia con carga supervisado durante la quimioterapia sin aumentar el riesgo de linfedema.

Por su parte, un estudio de Ammitzboll et al 2019 demostró que la práctica de ejercicio progresiva de fuerza durante un año no prevenía el linfedema, pero sí corroboraba los resultados anteriormente obtenidos en otros estudios en cuanto a la seguridad y beneficios con la práctica de ejercicio (16). Las pacientes fueron

reclutadas el día de la cirugía (no hubo screening sobre el desarrollo posterior de secuelas), y se llevó a cabo una intervención de ejercicio terapéutico durante un año (20 semanas de ejercicio supervisado y 30 semanas de autorealización en domicilio), 3 veces por semana, con intensidad de ejercicio progresiva. Los ejercicios se realizaron con media compresiva.

Las mejoras en la funcionalidad y la calidad de vida que aporta la práctica de ejercicio también lo corrobora un estudio multicéntrico de 2021 (6), en el que se aplica un programa de ejercicio estructurado en mujeres con alto riesgo de discapacidad tras la cirugía de cáncer de mama en comparación a la atención habitual (información mediante folletos). Este programa estaba compuesto de ejercicios de estiramiento, fortalecimiento, pautas sobre la actividad física y educación en buenos hábitos, guiado por un fisioterapeuta tras 7-10 días de la operación de cáncer de mama. Se comprobó que la función de las extremidades superiores mejoró en comparación con la atención habitual, además de mejorar el dolor y la discapacidad a los 12 meses, y afianzando la recomendación de práctica de ejercicio de forma eficaz y rentable en la población diana.

Todos estos resultados destacan la importancia de la habituación de la práctica de ejercicio físico, ya que como en el resto de población, su práctica también aportará beneficios físicos en cuanto a la condición física y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Los estudios que apuntan a la prescripción de esta terapia como recomendación, marcan unas dosis, frecuencias y ejecuciones que requieren la supervisión, guía y control por parte de profesionales competentes. Con ello, se demuestra que la fisioterapia tiene mucho campo de trabajo y estudio en esta problemática social en la actualidad y en un futuro, desde su competencia preventiva.

Es importante concretar los efectos que el ejercicio terapéutico tiene sobre el linfedema secundario al cáncer de mama cuando éste ya se ha desarrollado. Una revisión sistemática de 2018 (17) sintetiza los efectos de diferentes modalidades de ejercicio sobre el linfedema descrito, en pacientes que después del proceso ya habían desarrollado dicha secuela. La revisión incluye 11 ECAs con un total de 458 mujeres con cáncer de mama en cuidados posteriores. El entrenamiento acuático, la natación, los ejercicios de resistencia, el yoga y los ejercicios aeróbicos muestran buenos resultados en la reducción significativa del estado del linfedema en mediciones de volumen del brazo, y alentan sobre mejoras significativas en la clínica sin efectos adversos durante la práctica. La evidencia por lo tanto respalda la práctica de ejercicio como parte de la rehabilitación del linfedema secundario

ya instaurado, de forma segura y práctica, señalando especialmente la efectividad del ejercicio dinámico, moderado y de alta frecuencia.

Para la rehabilitación integral de las pacientes con linfedema secundario a cáncer de mama se requiere la aplicación de multitud de técnicas de forma conjunta, siendo imprescindible la coordinación multidisciplinar. Un estudio de Luz et al. en 2018 (18) analizó los efectos de la terapia física compleja aislada o asociada con ejercicios de fortalecimiento en este tipo de población; comparó la aplicación del protocolo de terapia descongestiva compleja (drenaje linfático manual, terapia de compresión con vendaje multicapa, cuidados de la piel y ejercicios regulares 2 veces/semana durante 8 semanas) de forma aislada con un grupo de intervención en el que realizaban este protocolo más un entrenamiento supervisado de fuerza dos veces por semana durante el mismo tiempo. Para el entrenamiento con carga se utilizó theraband, palo y bolita de goma sobre las extremidades superiores, y constó de una fase de calentamiento, una parte principal con carga progresiva en aumento para miembro superior, y relajación final. Los resultados no mostraron diferencias en el volumen de las extremidades entre ambas intervenciones, lo que significa que los pacientes con linfedema pueden realizar ejercicios de fortalecimiento de manera segura, sin riesgo de perjudicar el estado del edema del miembro superior.

Un ECA de 2020 (19) también objetivó un mayor reducción de los síntomas y linfedema tras un programa de entrenamiento aeróbico de resistencia durante dos semanas, supervisado por profesionales (control diario y evaluación mensual para el control de las posibles exacerbaciones), con alta asistencia y participación de las mujeres, en comparación a la atención habitual.

Un ensayo controlado aleatorizado de Mohamed TA Omar et al (2020) (20) analiza la combinación del entrenamiento de resistencia de baja intensidad y la prenda de compresión en el tratamiento del linfedema relacionado con el cáncer de mama, evaluando los síntomas percibidos por el paciente, la movilidad y la función de hombro. Los programas de intervención consistieron en 10-12 repeticiones al 50-60% 1RM tres veces por semana durante ocho semanas. Los resultados mostraron una reducción significativa del volumen de las extremidades, la intensidad del dolor, la sensación de pesadez, la tirantez referida, y la mejora funcional analítica y global del brazo en la semana 8ª y 12ª. No se observaron diferencias entre los grupos en los análisis a largo plazo. Dichos resultados sugieren una mejora clínica y funcional para la rehabilitación del linfedema con el entrenamiento de la fuerza independientemente al uso de la prenda durante su realización.

Dentro de los innumerables beneficios de la práctica de ejercicio físico se encuentra el control de peso. Un estudio de Kathryn H Schmitz et al (2019) puso el foco en los efectos de los programas de ejercicio en relación a la pérdida de peso, sobre los resultados obtenidos en el linfedema secundario a cáncer de mama (ECA WISER SURVIVOR) (21). Éste evaluó la pérdida de peso, el ejercicio practicado en el hogar y la combinación de éstos con los resultados clínicos del linfedema secundario en 351 pacientes. Se realizó un seguimiento de un año desde el inicio de la intervención; la práctica consistía en la realización de un programa de ejercicios en el hogar durante cincuenta y dos semanas con entrenamiento de la fuerza dos veces por semana, 180 minutos de caminata semanales, veinte semanas de control nutricional de peso y asesoramiento continuo sobre la adquisición de hábitos saludables. La intervención para el control de peso y la intervención combinada nutricional y ejercicio, no redujo la hinchazón del brazo ni mejoró los síntomas del linfedema. Sin embargo, los resultados destacan la seguridad en la práctica, adquisición de buenos hábitos y la consideración de la supervisión en la realización del ejercicio por creer que estos resultados pueden estar condicionados a la práctica en hogar sin control ni guía profesional.

En cuanto a los ejercicios de fuerza en la rehabilitación del linfedema, persiste el foco sobre la seguridad en su práctica. El entrenamiento inercial dos veces por semana durante seis semanas con carga de entrenamiento del 70% REM mejoró la fuerza muscular en la musculatura proximal del hombro, con la consecuente mejora de la calidad de vida, reducción de la discapacidad, y la seguridad de mantenimiento del linfedema (sin aumento del volumen) (22). Un último estudio de finales de 2022, realiza la comparativa de tres programas de ejercicio para la mejora del linfedema, el dolor y la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama con linfedema en un período de 6 meses. Los grupos se dividieron en la práctica de ejercicio de movilidad articular, seguimiento intensivo, ejercicio aeróbico y ejercicio de resistencia progresiva. Se observaron mejoras estadísticas en la calidad de vida en el grupo de práctica de ejercicio de resistencia progresiva, mayor alivio de dolor en el grupo de práctica de ejercicio aeróbico y mayor reducción del volumen del linfedema en las pacientes que practicaron ejercicios de fuerza (23).

De este modo, puede afirmarse que el ejercicio terapéutico, y más en especial el ejercicio de fuerza, debe considerarse dentro de los programas de rehabilitación del linfedema secundario al cáncer de mama, por aportar beneficios en la funcionalidad sin riesgo en la complicación.

De forma específica, también se ha demostrado que la práctica de determinados deportes es compatibles con el linfedema secundario a cáncer de mama, por el beneficio que la propia realización de actividad física provoca y la socialización en grupo e inclusión social.

Una revisión sistemática de María Chiara Maccarone et al (2023) realizó una síntesis recientemente sobre los datos que aporta la evidencia científica sobre la práctica de ejercicio en el agua. Tras el análisis de 8 ECAs y un estudio clínico, destaca que el ejercicio acuático está indicado en el tratamiento del linfedema secundario a cáncer de mama, por aportar beneficios en la reducción del dolor, incrementar la función motora de las extremidades superiores, disminuir el volumen del linfedema a corto plazo e incrementar consecuentemente y a largo plazo la calidad de vida de las pacientes (24).

El yoga para el linfedema también ha sido foco de estudio en los últimos años, ya que a pesar de ser una práctica milenaria, no se habían objetivado los beneficios físicos, médicos y psicológicos que su práctica conlleva. Una revisión de 2021 (25) apoya que la práctica de yoga puede ser una intervención segura y factible para los pacientes con linfedema secundario a cáncer de mama, tanto se practica de forma guiada como si se practica en domicilio. Estos estudios muestran beneficios a largo plazo, con resultados beneficiosos en el movimiento y en la calidad de vida, comprobados hasta el año de la intervención. Sin embargo, señalan la importancia de realizar más ensayos clínicos a largo plazo con tamaños de muestra más grandes para el desarrollo y estandarización de pautas más concretas.

5 Discusión-Conclusión

- El ejercicio es una herramienta fiable, segura y respaldada por la evidencia científica en el manejo del linfedema secundario al cáncer de mama, tanto para las pacientes que ya lo tienen para las que tienen el riesgo de padecerlo.
- La práctica regular de ejercicio supone un recurso preventivo para las secuelas físicas que conlleva el desarrollo de linfedema posterior al cáncer de mama.
- El ejercicio físico es un recurso eficaz para la rehabilitación de pacientes con linfedema post cáncer de mama.
- El ejercicio físico mejora el estado del linfedema, y los dominios de función, participación y calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama.

- El ejercicio de fortalecimiento es el tipo de ejercicio más estudiado y el que demuestra mayor potencial en las mejoras funcionales, y sin riesgo en su práctica para la involución del cáncer ni del linfedema secundario.
- La vida activa y práctica de ejercicio y deportes grupales ofrecen beneficios sobre la salud, la calidad de vida y el ámbito social de las personas que han sufrido cáncer de mama.
- El trabajo del fisioterapeuta, junto con otros profesionales de la salud, debe dedicarse además de la rehabilitación, en la educación en buenos hábitos, la práctica deportiva y el empoderamiento del paciente desde las primeras etapas del tratamiento, de manera que las rutinas de cuidado puedan realizarse precozmente de forma pautada y autónoma.
- Pese a los hallazgos obtenidos tras el análisis de datos disponibles en la literatura, todos los estudios coindican en que son necesarios más estudios de investigación que clarifiquen las características de los entrenamientos demostrados como efectivos (tipos de ejercicio, intensidad), así como el estudio sobre los distintos tipos de linfedema, y si la presencia de otros factores de riesgo mantienen los mismos resultados.

6 Bibliografía

1. Soriano-Maldonado A, Carrera-Ruiz Á, Díez-Fernández DM, Esteban-Simón A, Maldonado-Quesada M, Moreno-Poza N, et al. Effects of a 12-week resistance and aerobic exercise program on muscular strength and quality of life in breast cancer survivors: Study protocol for the EFICAN randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. noviembre de 2019;98(44):e17625.
2. Ortiz CC, Parejo AG, Martín R de la F, Carroza JH, Lorenzo JFP. *Osuna Journals Salud y Deporte Vol. I*. Wanceulen Editorial; 2022. 340 p.
3. Gómez SS. Medidas de prevención en el linfedema secundario a cáncer de mama: revisión bibliográfica. *Enferm Docente*. 2022;59-67.
4. Fica C A. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. *Rev Chil Infectol*. 2003;20(2):104-10.
5. García Colino AM, Padilla-Quero E, Iglesias Triviño AR, Gállego Murillo MJ, Álvaro Verdejo P, Palomares Peña MP. Beneficios del entrenamiento de fuerza en el linfedema secundario al cáncer de mama. *Rev Sanit Investig*. 2022;3(12):55.
6. Bruce J, Mazuquin B, Canaway A, Hossain A, Williamson E, Mistry P, et al. Exercise versus usual care after non-reconstructive breast cancer surgery (UK

PROSPER): multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *The BMJ*. 11 de noviembre de 2021;375:e066542.

7. Ostos-Díaz B, Casuso-Holgado MJ, Muñoz-Fernández MJ, Carazo AF, Martín-Valero R, Medrano-Sánchez EM. Early Physical Rehabilitation after Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer: Is It Feasible and Safe? *Int J Environ Res Public Health*. 12 de noviembre de 2020;17(22):8382.

8. Ligabue MB, Campanini I, Veroni P, Cepelli A, Lusuardi M, Merlo A. Efficacy of self-administered complex decongestive therapy on breast cancer-related lymphedema: a single-blind randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. mayo de 2019;175(1):191-201.

9. Backler C, Beck M, Poage E. Lymphedema: Clinical Summary of the ONS GuidelinesTM for Cancer Treatment-Related Lymphedema. *Clin J Oncol Nurs*. 1 de octubre de 2020;24(5):566-70.

10. Hasenoehrl T, Palma S, Ramazanov D, Kölbl H, Dorner TE, Keilani M, et al. Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema—a systematic review update and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020;28(8):3593-603.

11. González Castro C. El Nordic Walking como ejercicio físico a prescribir en pacientes afectados de linfedema secundario al cáncer de mama. *Apunts Med Esport*. 1 de julio de 2013;48(179):97-101.

12. Baumann FT, Reike A, Hallek M, Wiskemann J, Reimer V. Does Exercise Have a Preventive Effect on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients Following Local Treatment? - A Systematic Review. *Breast Care Basel Switz*. octubre de 2018;13(5):380-5.

13. Zhang L, Fan A, Yan J, He Y, Zhang H, Zhang H, et al. Combining Manual Lymph Drainage with Physical Exercise after Modified Radical Mastectomy Effectively Prevents Upper Limb Lymphedema. *Lymphat Res Biol*. junio de 2016;14(2):104-8.

14. Bloomquist K, Oturai P, Steele ML, Adamsen L, Møller T, Christensen KB, et al. Heavy-Load Lifting: Acute Response in Breast Cancer Survivors at Risk for Lymphedema. *Med Sci Sports Exerc*. febrero de 2018;50(2):187-95.

15. Bloomquist K, Adamsen L, Hayes SC, Lillelund C, Andersen C, Christensen KB, et al. Heavy-load resistance exercise during chemotherapy in physically inactive breast cancer survivors at risk for lymphedema: a randomized trial. *Acta Oncol Stockh Swed*. diciembre de 2019;58(12):1667-75.

16. Ammitzbøll G, Johansen C, Lanng C, Andersen EW, Kroman N, Zerahn B, et al. Progressive resistance training to prevent arm lymphedema in the first year after breast cancer surgery: Results of a randomized controlled trial. *Cancer*. 15 de mayo de 2019;125(10):1683-92.

17. Baumann FT, Reike A, Reimer V, Schumann M, Hallek M, Taaffe DR, et al. Effects of physical exercise on breast cancer-related secondary lymphedema: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* julio de 2018;170(1):1-13.
18. Luz RPC, Simao Haddad CA, Rizzi SKL de A, Elias S, Nazario ACP, Facina G. Complex Therapy Physical alone or Associated with Strengthening Exercises in Patients with Lymphedema after Breast Cancer Treatment: a Controlled Clinical Trial. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 26 de mayo de 2018;19(5):1405-10.
19. Kilbreath SL, Ward LC, Davis GM, Degnim AC, Hackett DA, Skinner TL, et al. Reduction of breast lymphoedema secondary to breast cancer: a randomised controlled exercise trial. *Breast Cancer Res Treat.* noviembre de 2020;184(2):459-67.
20. Omar MTA, Gwada RFM, Omar GSM, El-Sabagh RM, Mersal AEAE. Low-Intensity Resistance Training and Compression Garment in the Management of Breast Cancer-Related Lymphedema: Single-Blinded Randomized Controlled Trial. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* diciembre de 2020;35(6):1101-10.
21. Schmitz KH, Troxel AB, Dean LT, DeMichele A, Brown JC, Sturgeon K, et al. Effect of Home-Based Exercise and Weight Loss Programs on Breast Cancer-Related Lymphedema Outcomes Among Overweight Breast Cancer Survivors: The WISER Survivor Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 1 de noviembre de 2019;5(11):1605-13.
22. Naczka A, Huzarski T, Doś J, Górka-Doś M, Gramza P, Gajewska E, et al. Impact of Inertial Training on Muscle Strength and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Int J Environ Res Public Health.* 10 de marzo de 2022;19(6):3278.
23. Lin Y, Wu C, He C, Yan J, Chen Y, Gao L, et al. Effectiveness of three exercise programs and intensive follow-up in improving quality of life, pain, and lymphedema among breast cancer survivors: a randomized, controlled 6-month trial. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 13 de diciembre de 2022;31(1):9.
24. Maccarone MC, Venturini E, Menegatti E, Giancesini S, Masiero S. Water-based exercise for upper and lower limb lymphedema treatment. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* enero de 2023;11(1):201-9.
25. Saraswathi V, Latha S, Niraimathi K, Vidhubala E. Managing Lymphedema, Increasing Range of Motion, and Quality of Life through Yoga Therapy among Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Int J Yoga.* 2021;14(1):3-17.

Capítulo 286

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR LUMBOPÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO: PRÁCTICAS Y EJERCICIOS RECOMENDADOS

NATALIA MORAL MORAL

SANDRA AGUDO CABAÑAS

ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR

1 Introducción

El embarazo normal supone gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer con el fin de ajustarse y adaptarse a las exigencias del crecimiento de una nueva vida en su abdomen. Estos cambios ocurren de manera gradual, pero continúa y su desarrollo depende de varios factores (embarazos previos, estado físico, nutricional, etc). Estos cambios ocurren a todos los niveles (cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, renales, digestivos...), siendo el más evidente a nivel macroscópico el aumento de volumen abdominal e incremento de peso (1).

El dolor lumbar es una condición de alta prevalencia en la población general. La

gestación genera cambios fisiológicos que favorecen la aparición de síntomas dolorosos que puede comprometer la calidad de vida. El dolor lumbar afecta a más del 50% de las mujeres embarazadas. Existen antecedentes gineco-obstétricos que pueden intervenir para disminuir el riesgo o la intensidad de los síntomas. El tratamiento se basa en intervenciones no farmacológicas como el ejercicio y la terapia física, pero pueden utilizarse algunos medicamentos e intervenciones en dolor según su riesgo-beneficio materno y fetal (2). Las estadísticas muestran que más de dos tercios de las mujeres embarazadas sufren dolor lumbar y aproximadamente un quinto, dolor pélvico (3).

Estos datos hacen reflexionar sobre el papel de la fisioterapia en la mujer embarazada y en su labor en la preparación como parte del equipo multidisciplinar para la adaptación de la mujer a los cambios incipientes del embarazo (4).

En el presente capítulo se desarrollarán las prácticas recomendadas dentro de la fisioterapia para la prevención del dolor lumbar durante el embarazo, y cómo el fisioterapeuta puede instruir a las futuras madres desde las fases iniciales del embarazo para ser parte activa en su cuidado y prevención de la aparición.

2 Objetivos

- Definir las técnicas e intervenciones de fisioterapia básicas para la prevención del dolor lumbopélvico en el embarazo.
- Catalogar las prácticas más eficaces para la educación de la mujer en este período.
- Elaborar una guía de recomendaciones básicas para la prevención de dicho dolor lumbopélvico en este tipo de población.

3 Metodología

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

Como palabras clave, se han utilizado “physiotherapy”, “lumbopelvic pain in pregnant” y “exercise” “prevention”, en español y en inglés, combinado con el booleano “and”.

4 Resultados

El beneficio del ejercicio terapéutico en la población sana ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, y cada vez más se apuesta por esta práctica como herramienta preventiva y propia de la rehabilitación. Los cambios que acontecen en la mujer embarazada, hacen necesaria la puesta en práctica de programas específicos de intervención, de cara a prevenir alteraciones músculo-esqueléticas que interfieran en el bienestar y funcionalidad de las futuras madres. Las revisiones bibliográficas, que resumen los resultados de los últimos ensayos aleatorizados publicados, señalan de forma conjunta la importancia de la prevención de la aparición del dolor lumbopélvico, y apuesta por la fisioterapia para la supervisión, educación y guía en este proceso (5).

Una revisión bibliográfica de 2019 sobre la práctica de ejercicio para la prevención y el tratamiento de dolor lumbar y pélvico, apunta a la importancia de la práctica previa antes del embarazo para mejorar las condiciones físicas de la mujer antes los cambios durante el embarazo. Los hallazgos muestran que el ejercicio realizado durante el embarazo puede no prevenir definitivamente la aparición de dolor lumbopélvico, pero sí reducir su intensidad, durante en el embarazo y en el postparto, en comparación con las mujeres que no realizan dicha práctica (6). Estos hallazgos son respaldados por otros estudios, aunque no apuntan a estos resultados como de alta calidad (7). La reducción sintomatológica reduce a su vez la incapacidad temporal, viéndose en el ejercicio terapéutico un recurso de prevención de bajas laborales y restricciones de la participación social de la mujer en este período (8).

Dentro de las intervenciones clásicas para la atención a la mujer embarazada se encuentra la preparación al parto. Estos programas se recomiendan a nivel mundial para promover un embarazo saludable, y empoderar a la mujer para el momento de nacimiento del bebé, prevenir las molestias físicas, minimizar las posibles complicaciones (como la incontinencia urinaria y la ansiedad) y promover un estilo de vida activo y saludable. Los hallazgos encontrados en grupos de mujeres que durante las clases de preparación al parto realizaron ejercicios físicos muestran que mejoran la ansiedad, el dolor lumbopélvico y la tolerancia al trabajo forzoso del parto (9).

En los últimos tiempos, una gran variedad de tratamientos han demostrado ser efectivos para reducir el dolor lumbopélvico relacionado con el embarazo. Un estudio transversal muestra el conocimiento que las mujeres han tenido durante estos años de los recursos para el tratamiento y alivio de este evento; entre los resultados hallados en entrevistas, solo el 6% de ellas recurrían al ejercicio como

remedio al dolor lumbopélvico. Estos resultados muestran la importancia de la educación en recursos, a fin de ofrecer a la mujer embarazada la elección del tratamiento más adecuado para alivio de su problema (10).

Los estudios muestran que la reducción del dolor en pacientes embarazadas es mayor cuando se realiza un entrenamiento en grupo, en comparación con la atención habitual y el entrenamiento individual. Estos programas incluyen ejercicios aeróbicos, de resistencia, estabilización, estiramiento y relajación con supervisión profesional, y pueden ser efectivos para el manejo del dolor lumbopélvico a largo plazo. La capacitación grupal es además muy útil para ahorrar tiempo y recursos, con base en el criterio profesional del fisioterapeuta y a las preferencias de la paciente (11).

Los mayores beneficios en la intervención fisioterápica para el dolor lumbopélvico se obtienen en la combinación de terapia manual, práctica de actividad física y educación para la salud. Sin embargo, no se especifica características del ejercicio terapéutico. (5)

Además del entrenamiento estructurado y pautado, el yoga también ha sido estudiado como opción terapéutica por los numerosos beneficios que aporta. Una revisión bibliográfica de 2015 afirma que su práctica es una intervención segura y efectiva durante el embarazo, y puede disminuir los trastornos prenatales, los dolores y el estrés en mujeres embarazadas, más que la actividad aislada de caminar y los ejercicios prenatales estándar (12). Estudios recientes apuntan a la asociación entre disfunción de suelo pélvico y predisposición al desarrollo de lumbalgia, debiéndose considerar su trabajo en las mujeres embarazadas (13).

Por último, los ejercicios de Pilates pueden recomendarse también como un método eficaz y seguro para el aumento de la estabilización lumbopélvica, reducir el dolor y la discapacidad, y mejorar la movilidad física y los problemas de sueño en mujeres embarazadas con dolor lumbar (14).

Por último, la Guía Canadiense para la Actividad Física durante el Embarazo (2019) (15) ofrece las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la actividad física durante el embarazo en la promoción de la salud materna, fetal y neonatal. En ausencia de complicaciones, su práctica se apoya en los hallazgos demostrados de la práctica de ejercicio para reducción de las complicaciones del recién nacido y los beneficios sobre la salud materna, entre los que destaca el dolor lumbopélvico. En ella se expone:

- Todas las mujeres sin contraindicaciones deberán realizar actividad física du-

rante el embarazo.

- Las mujeres embarazadas deberán realizar al menos 150 min de actividad física de intensidad moderada cada semana para lograr beneficios de salud y reducir las complicaciones del embarazo, un mínimo de 3 días por semana, y mantenerse físicamente activas a diario.
- Los ejercicios a realizar deberán ser aeróbicos y de resistencia controlada.
- El yoga y los estiramientos suaves ayudan a complementar el entrenamiento.
- El entrenamiento de los músculos de suelo pélvico ayuda a reducir el riesgo de incontinencia urinaria.
- Las mujeres embarazadas que experimentan mareos, náuseas o malestar durante el ejercicio en decúbito supino, deberán modificar su posicionamiento.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo supone para la mujer un período de grandes cambios a nivel físico, psicológico, emocional y social. En la actualidad y cada vez más, la salud de la mujer se considera prioritario, por lo que la atención que se ofrece desde las primeras etapas debe realizarse a nivel multidisciplinar. La fisioterapia acompaña este proceso, a través de la prevención de los problemas de salud, el tratamiento de contratiempos y promoción de hábitos saludables, y el ejercicio supone una herramienta clave en ese trabajo cooperativo.

El dolor lumbar se identifica como uno de los principales problemas a nivel músculo-esquelético que pueden aparecer y como tal, debe tenerse presente. El ejercicio controlado, grupal e individualizado ha demostrado ser la pauta clásica y estudiada como efectiva para combatir las necesidades de cada mujer, centrándose en el trabajo aeróbico, de fuerza, de estiramientos y de relajación.

Aunque esto es un buen punto de partida que puede servir de guía para el trabajo de los fisioterapeutas en el afrontamiento del problema, es necesaria más investigación que amplíe características de los ejercicios y otros factores asociados que puedan condicionar la evolución y persistencia a largo plazo, y no quedarse como un evento puntual de esta etapa.

6 Bibliografía

1. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D, et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo

- normal. *Rev Fac Med México*. febrero de 2021;64(1):39-48.
2. Arce-Gálvez L, Méndez-Vega DA, Mancera-Álzate JM, Benavidez-Ramírez A, Rodríguez-Vélez LM, Arce-Gálvez L, et al. Dolor lumbar en el embarazo, aspectos fisiopatológicos y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*. abril de 2022;87(2):111-21.
 3. Sendino Manso R. Fisioterapia para el tratamiento del dolor lumbopélvico en el embarazo: revisión sistemática. *Physiotherapy for treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: systematic review* [Internet]. junio de 2018 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/138109>
 4. Guzmán Carrasco P, Díaz López AM, Gómez López D, Guzmán Carrasco R, Guzmán Carrasco Á. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. *NURE Investig Rev Científica Enferm*. 2013;(63):6.
 5. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 de septiembre de 2015;2015(9):CD001139.
 6. Davenport MH, Marchand AA, Mottola MF, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, et al. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. enero de 2019;53(2):90-8.
 7. Santos FF, Lourenço BM, Souza MB, Maia LB, Oliveira VC, Oliveira MX. Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Physiotherapy*. marzo de 2023;118:1-11.
 8. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain Lond Engl*. enero de 2018;22(1):19-27.
 9. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 de julio de 2013;13:154.
 10. Chang HY, Jensen MP, Lai YH. How do pregnant women manage lumbopelvic pain? Pain management and their perceived effectiveness. *J Clin Nurs*. mayo de 2015;24(9-10):1338-46.
 11. Fisseha B, Mishra PK. The effect of group training on pregnancy-induced lumbopelvic pain: systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *J Exerc Rehabil*. febrero de 2016;12(1):15-20.
 12. Jiang Q, Wu Z, Zhou L, Dunlop J, Chen P. Effects of yoga intervention during pregnancy: a review for current status. *Am J Perinatol*. mayo de 2015;32(6):503-14.
 13. Vesentini G, Prior J, Ferreira PH, Hodges PW, Rudge M, Ferreira ML. Pelvic

floor muscle training for women with lumbopelvic pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain Lond Engl*. noviembre de 2020;24(10):1865-79.

14. Sonmezer E, Özköslü MA, Yosmaoğlu HB. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34(1):69-76.

15. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. No. 367-2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. noviembre de 2018;40(11):1528-37.

Capítulo 287

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MARIO GARCÍA MARTÍN

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

1 Introducción

La fisioterapia juega un papel fundamental en la recuperación de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV), también conocido como ictus. Esta condición, que puede tener graves consecuencias, resulta de la interrupción del flujo sanguíneo hacia una parte del cerebro, lo que puede llevar a la pérdida repentina de funciones motoras, sensoriales y cognitivas. La fisioterapia en el tratamiento post-ACV se enfoca en la rehabilitación y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La introducción de la fisioterapia en la atención post-ACV se produce tan pronto como el paciente está médicamente estable. Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para evaluar las deficiencias y limitaciones físicas que han surgido debido al ACV. Luego, desarrollan planes de

tratamiento personalizados que incluyen ejercicios específicos y técnicas de rehabilitación para recuperar la movilidad, la fuerza muscular y la función motora. Además, la fisioterapia aborda las complicaciones secundarias, como contracturas musculares y problemas de equilibrio, que pueden surgir después de un ACV. El objetivo es mejorar la independencia y la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades diarias.

En resumen, la fisioterapia es una parte integral de la recuperación de los pacientes que han sufrido un ACV. Su enfoque en la rehabilitación física y funcional contribuye significativamente a la mejora de la calidad de vida y la reintegración de estos individuos en sus actividades cotidianas.

2 Objetivos

Conocer la efectividad de la fisioterapia en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha buscado en diferentes bases de datos como Pubmed o Google scholar aquellos artículos en los que se trata de la fisioterapia en aquellos pacientes que han padecido un accidente cerebrovascular. Se han seleccionado aquellos 5 artículos entre 2018 y 2023 de mayor interés.

4 Resultados

La fisioterapia desempeña un papel crucial en la recuperación de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV), ya que sus resultados son fundamentales para restaurar la función motora, mejorar la calidad de vida y promover la independencia. A continuación, se describen algunos de los resultados más significativos de la fisioterapia en pacientes pos-ACV:

1. Restauración de la movilidad: Uno de los principales objetivos de la fisioterapia es ayudar a los pacientes a recuperar la movilidad perdida debido al ACV. Los fisioterapeutas trabajan en ejercicios específicos para fortalecer los músculos debilitados y mejorar la amplitud de movimiento de las articulaciones afectadas.

2. Mejora del equilibrio y la coordinación: Tras un ACV, los pacientes a menudo experimentan problemas de equilibrio y coordinación. La fisioterapia se enfoca en ejercicios y técnicas que ayudan a restaurar estas habilidades, lo que reduce el riesgo de caídas y lesiones.
3. Prevención de contracturas y espasticidad: La fisioterapia aborda la rigidez muscular y la espasticidad que pueden desarrollarse después de un ACV, lo que ayuda a prevenir contracturas musculares dolorosas y mejora la función.
4. Mejora de la función respiratoria: La fisioterapia incluye ejercicios de respiración y técnicas para prevenir complicaciones respiratorias y mantener una función pulmonar adecuada.
5. Reducción del dolor y el malestar: Los fisioterapeutas pueden emplear terapias manuales y técnicas de masaje para aliviar el dolor muscular y mejorar el bienestar general.
6. Promoción de la independencia: La fisioterapia se adapta para abordar las necesidades específicas de cada paciente, permitiéndoles recuperar la independencia en la realización de actividades diarias como vestirse, caminar o incluso volver a trabajar.

En resumen, la fisioterapia en pacientes pos-ACV no solo busca restaurar la función física, sino que también contribuye de manera significativa a la calidad de vida y la autonomía de los individuos afectados. Los resultados varían según la gravedad del ACV y la respuesta del paciente al tratamiento, pero en general, la fisioterapia es un componente esencial en el proceso de recuperación y rehabilitación tras un accidente cerebrovascular.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la fisioterapia juega un papel esencial en la recuperación de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. Sus resultados son evidentes en la restauración de la movilidad, la mejora del equilibrio y la coordinación, la prevención de complicaciones musculares y respiratorias, la reducción del dolor y el fomento de la independencia. La fisioterapia no solo se centra en la rehabilitación física, sino que también impacta positivamente en la calidad de vida y en la capacidad de los pacientes para reintegrarse en la sociedad. Es un componente vital en el proceso de recuperación y rehabilitación post-ACV, ofreciendo esperanza y mejorando la funcionalidad de aquellos que han enfrentado esta enfermedad devastadora.

6 Bibliografía

Rahayu UB, Wibowo S, Setyopranoto I, Hibatullah Romli M. Effectiveness of physiotherapy interventions in brain plasticity, balance and functional ability in stroke survivors: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*. 2020;47(4):463-470. doi: 10.3233/NRE-203210. PMID: 33164953.

Belfiore P, Miele A, Gallè F, Liguori G. Adapted physical activity and stroke: a systematic review. *J Sports Med Phys Fitness*. 2018 Dec;58(12):1867-1875. doi: 10.23736/S0022-4707.17.07749-0. Epub 2017 Oct 24. PMID: 29072029.

Rocha LSO, Gama GCB, Rocha RSB, Rocha LB, Dias CP, Santos LLS, Santos MCS, Montebelo MIL, Teodori RM. Constraint Induced Movement Therapy Increases Functionality and Quality of Life after Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Jun;30(6):105774. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105774. Epub 2021 Apr 10. PMID: 33848906.

Pérez-de la Cruz S. Comparison between Three Therapeutic Options for the Treatment of Balance and Gait in Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 7;18(2):426. doi: 10.3390/ijerph18020426. PMID: 33430476; PMCID: PMC7827398.

Kim KH, Jang SH. Effects of Task-Specific Training after Cognitive Sensorimotor Exercise on Proprioception, Spasticity, and Gait Speed in Stroke Patients: A Randomized Controlled Study. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Oct 13;57(10):1098. doi: 10.3390/medicina57101098. PMID: 34684135; PMCID: PMC8541560.

Capítulo 288

ESTIMULACIÓN DE LA MOTRICIDAD GRUESA EN BEBÉS Y NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

El movimiento juega un papel fundamental en la vida humana y ha dado forma a la evolución humana. Los humanos se mueven para alimentarse y cuidarse a sí mismos, perseguir presas, escapar de los depredadores, buscar y construir refugio, comunicarse, procrear y explorar y transformar el mundo que los rodea. La vida humana sería inimaginable, y probablemente imposible, sin la capacidad de moverse de forma independiente o de ser movida por otra persona. Debido a su centralidad en la vida humana, el movimiento desempeña un papel profundo en el crecimiento y desarrollo humanos.

Las enfermedades, discapacidades, accidentes o lesiones que comprometen la capacidad de un bebé para moverse o aprender nuevos movimientos tienen enormes consecuencias para la calidad de vida futura del bebé. Una capacidad de movimiento comprometida puede comprometer todos los aspectos del desarrollo y funcionamiento humanos, lo que lleva a una vida con un potencial insatisfecho. En consecuencia, los investigadores han abogado firmemente por la prestación

de servicios y apoyo a los bebés nacidos con riesgo de sufrir un desarrollo motor retrasado o alterado.

El consenso predominante es que los bebés con riesgo de retraso en el desarrollo deben recibir algún tipo de intervención lo más temprano posible.

La intervención temprana aprovecha la mayor plasticidad del cuerpo, así como del sistema nervioso central y periférico que caracteriza el desarrollo temprano, maximizando así el beneficio potencial de una intervención.

Incluso los bebés sin discapacidades o sin riesgo de retraso en el desarrollo pueden beneficiarse del entrenamiento temprano de habilidades motoras. Por ejemplo, el entrenamiento diario para caminar desde el nacimiento promueve la adquisición más temprana de la capacidad de caminar, el entrenamiento temprano para ponerse de pie promueve capacidades más tempranas para mantener una postura vertical y el entrenamiento del control de la cabeza da como resultado una regulación significativamente más temprana de la postura de la cabeza. A pesar del consenso predominante sobre la necesidad de una intervención temprana para los bebés con riesgo de retraso en el desarrollo, la evidencia que respalda la eficacia de las intervenciones tempranas es equívoca, aunque cada vez es más sólida.

La revisión sistemática actual se centra en la evidencia de la efectividad de las intervenciones terapéuticas motoras iniciadas durante el primer año de vida sobre el desarrollo motor grueso y el desarrollo locomotor desde el primer año de vida. El desarrollo motor grueso incluye la adquisición del control de la cabeza, rodar, sentarse, levantarse y todas las habilidades que requieren la capacidad de mantener el equilibrio mediante el desarrollo del control postural y moverse de un lugar a otro. El control postural es vital para el desarrollo posterior de habilidades porque permite al niño mantener el equilibrio y una orientación particular hacia el entorno.

Manipular el medio ambiente es extremadamente difícil sin la capacidad de mantener el equilibrio y la orientación hacia él. Además, el control postural sirve como sustrato para la expresión y el desarrollo de toda actividad especializada, ya sea que esa actividad se realice desde una base de apoyo estática o desde una base de apoyo que cambia dinámicamente.

Las dos habilidades locomotrices que desempeñan un papel especialmente importante en el desarrollo posterior son el gateo y la marcha. Ambas habilidades no sólo son necesarias para la independencia funcional, sino que ambas han estado implicadas en el desarrollo cerebral y psicológico.

El efecto generalizado de la experiencia locomotora en el desarrollo de un niño es una de las principales razones por las que la habilidad locomotora es a menudo el

objetivo principal de la intervención terapéutica para niños con riesgo de retraso en el desarrollo.

Los estudios de bebés con discapacidades que se sabe que retrasan o impiden la adquisición de movilidad independiente, como el síndrome de Down o el mielomeningocele, por ejemplo, pueden proporcionar información importante sobre la eficacia potencial de las intervenciones locomotoras para bebés con una variedad de discapacidades o retrasos en el desarrollo.

Si bien la importancia de las intervenciones multidisciplinarias es bien reconocida, su eficacia es difícil de probar en ensayos clínicos. En consecuencia, es importante estudiar el impacto de intervenciones motoras más enfocadas para establecer un vínculo causal con el desarrollo motor grueso y locomotor.

2 Objetivos

- Determinar el grado de eficacia de la terapia motora temprana en el desarrollo motor grueso durante los primeros 6 años de vida de un niño con y sin patología asociada a la movilidad, y qué factores pueden moderar la eficacia de dicha terapia.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de Pubmed, ScenceDirect y PEDro.

A lo largo de la búsqueda bibliográfica se han aplicado una serie de criterios de inclusión:

- Que los estudios realizados fueran ensayos clínicos, revisiones bibliográficas o revisiones sistemáticas.
- Que los estudios fueran publicados durante estos últimos diez años.
- Que los sujetos utilizados en los estudios fueran bebés y niños de 0 a 6 años.

En todas las bases de datos, las palabras clave comprendían los términos de: “gross motor development”, “infant”, “child”, “therapy” y “motor delay”, combinándolas entre ellas utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

La evidencia sugiere que las intervenciones tempranas en el desarrollo mejoran los resultados cognitivos hasta la edad preescolar. La evidencia también indica

que las intervenciones tempranas en el desarrollo mejoran los resultados motores durante la infancia; sin embargo, estos efectos son pequeños.

Se encontró poca evidencia de un efecto sobre los resultados cognitivos o motores a largo plazo (hasta la edad escolar). Los programas de intervención temprana del desarrollo descritos en esta revisión debían comenzar dentro de los primeros 12 meses de vida, debían centrarse en la relación entre padres e hijos y/o en el desarrollo infantil y, aunque podían comenzar mientras el bebé todavía estaba en el hospital, debían incluir un plan de actuación fisioterápica después del alta hospitalaria. Los programas de intervención temprana del desarrollo varían según el contenido, la frecuencia y el enfoque de la intervención.

Los estudios variaron en el tipo de población estudiada (niños con síndrome de Down, parálisis cerebral, retraso general en el desarrollo o en riesgo de retraso en el desarrollo), en el momento de la evaluación (durante la intervención, inmediatamente después de la intervención o durante el seguimiento después de tres a 12 meses después de la intervención), el estado de marcha de los niños (preambulatorios y ya ambulantes) y los parámetros evaluados. Estos últimos variaron desde resultados primarios de hitos motores, como el inicio de la marcha independiente, hasta parámetros detallados de la marcha, que fueron resultados secundarios.

Debido a la heterogeneidad de los estudios, los metanálisis se limitaron a unos pocos estudios y se limitaron a las puntuaciones del GMFM, el inicio de la caminata independiente en días (un resultado primario resultado) y la velocidad de la marcha (un resultado secundario). Además, dado el pequeño tamaño de la muestra de la mayoría de los estudios incluidos, el poder para encontrar resultados significativos fue limitado, lo que implica que la mayoría de los estudios proporcionaron evidencia moderada que debe interpretarse con precaución.

Los resultados de esta revisión indican que la intervención fisioterápica puede estar asociada con un inicio más temprano de la marcha independiente y de la marcha con apoyo en niños con síndrome de Down (ambos resultados primarios). En estos niños, tanto una intervención individualizada de alta intensidad como una intervención generalizada de baja intensidad tuvieron un efecto similar sobre el inicio de la marcha independiente.

Parece que la aplicación temprana de ortesis supramaleolares durante el entrenamiento de la marcha en niños con síndrome de Down puede tener un efecto negativo en las puntuaciones de GMFM.

En niños con parálisis cerebral, se encontró que la intervención en cinta rodante aplicada durante 60 a 90 minutos por semana no se asoció con una mejora en el desarrollo motor grueso medido con el GMFM total.

Sin embargo, el entrenamiento en cinta rodante aplicado durante 120 a 240 minu-

tos por semana en niños con parálisis cerebral se asoció con una mejora marginalmente más rápida. Por otro lado, este entrenamiento intensivo en cinta rodante se asoció con una mejoría significativa de la función motora gruesa medida con el PDMS-2 y la función en la vida diaria medida con el PEDI, pero no de la velocidad de la marcha. Esto podría explicarse por el hecho de que los niños todavía estaban adquiriendo la habilidad de caminar.

Estos hallazgos sugieren que la dosificación del entrenamiento puede ser importante. La dosificación puede modificarse mediante la intensidad del entrenamiento (por ejemplo, velocidad de la cinta, adición de una inclinación) y por la duración del entrenamiento. Los hallazgos de nuestra revisión en niños con riesgo o con retraso en el desarrollo, en niños con síndrome de Down y niños con parálisis cerebral están en línea con esta hipótesis de dosificación. Los estudios que aplicaron entrenamiento en cinta rodante durante una cantidad sustancial de minutos por semana (120 a 140 en lugar de 40 a 90 minutos por semana, o un tipo desafiante de ejercicio en cinta rodante aplicando velocidad relativamente alta en cinta rodante con inclinación o una velocidad relativamente alta en la cinta rodante en combinación con la aplicación de pesas en los tobillos) fueron los estudios que se asociaron con un efecto significativo sobre el resultado (frecuencia de pasos, función motora gruesa o función en la vida diaria).

Estos hallazgos concuerdan con otras pruebas emergentes de que la dosificación es importante para el éxito de una intervención en niños con parálisis cerebral. Esto también sugiere que un período corto pero intensivo de intervención en cinta rodante podría conducir a mejoras aceleradas en comparación con la misma cantidad de intervención distribuida durante un período de tiempo más largo.

5 Discusión-Conclusión

Gran parte de la evidencia se ha obtenido de estudios de bebés y niños pequeños con parálisis cerebral (PC), o en riesgo de padecerla, la discapacidad física infantil más común. La debilidad de la base de evidencia puede atribuirse a varios factores, incluidas las dificultades asociadas con el diagnóstico de la parálisis cerebral en las primeras etapas de la vida, y los altos grados de heterogeneidad en las muestras de participantes (particularmente en términos de edad y nivel de discapacidad), las características de las intervenciones utilizadas, las habilidades objetivo de la intervención y las medidas utilizadas para evaluar esas habilidades. Sin embargo, investigadores y médicos han publicado recientemente directrices de intervención para promover las mejores prácticas en entornos de rehabilitación clínica pediátrica basándose en la evidencia disponible.

La revisión sistemática permite a los profesionales relacionados con la pediatría saber qué intervenciones se han realizado durante estas dos últimas décadas para estimular el desarrollo motor grueso y/o locomotor en bebés con discapacidades o en riesgo de retraso en el desarrollo y apreciar las características de las intervenciones que parecen mejorar la eficacia de la intervención.

Las intervenciones comenzaron lo antes posible, con protocolos de entrenamiento estandarizados que fomentan el movimiento activo, y sesiones de entrenamiento frecuentes y enfocadas parecen ser particularmente eficaces para promover el desarrollo motor grueso y/o locomotor.

Los hallazgos actuales indican que la intervención fisioterápica en el trabajo del desarrollo motor grueso puede acelerar el avance en la consolidación de habilidades motoras tales como la marcha independiente en niños sanos, así como en niños con patología, como síndrome de Down, parálisis cerebral, o niños con retraso en el desarrollo motor.

Las investigaciones futuras deberían primero confirmar estos hallazgos con estudios más amplios y mejor diseñados, especialmente en bebés con parálisis cerebral y retraso en el desarrollo. Una vez que se establezca la eficacia, la investigación debería examinar la dosis óptima de la intervención en estas poblaciones.

6 Bibliografía

1. Barbara R Lucas, Elizabeth J Elliott, Sarah Coggan, Rafael Z Pinto, Tracy Jirikowic, Sarah Westcott McCoy, Jane Latimer. Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2016 Nov 29;16(1):193.
2. Marta Valentín-Gudiol, Katrin Mattern-Baxter, Montserrat Girabent-Farrés, Caritat Bagur-Calafat, Mijna Hadders-Algra, Rosa Maria Angulo-Barroso. Treadmill interventions in children under six years of age at risk of neuromotor delay. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 29;7(7):CD009242
3. Marie-Victorine Dumuids-Vernet, Joëlle Provasi, David Ian Anderson, and Marianne Barbu-Roth. Effects of Early Motor Interventions on Gross Motor and Locomotor Development for Infants at-Risk of Motor Delay: A Systematic Review. *Front Pediatr.* 2022; 10: 877345. Published online 2022 Apr 28.
4. Alicia Spittle, Jane Orton, Peter J Anderson, Roslyn Boyd, Lex W Doyle. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 24;2015(11):CD005495.

Capítulo 289

¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE EJERCICIO DE MARCHA NÓRDICA EN LAS MUJERES?

ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO

1 Introducción

El ejercicio físico ha sido una propuesta alternativa para mejorar la calidad de vida de mujeres de edad media y mujeres de avanzada edad. El ejercicio presenta efectos metabólicos y cardiovasculares beneficiosos, deprime el sistema inflamatorio, mejora el bienestar psicológico y mejora la calidad de vida. La capacidad aeróbica se reduce en enfermedades reumáticas, incluido el síndrome de Sjögren primario. Entre otros problemas de salud, la obesidad es la principal causa de diabetes, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, reduce la resistencia física y perjudica negativamente a la salud.

Muchos estudios demuestran la utilidad del ejercicio en prevención primaria y secundaria. El aumento de masa muscular mejora la potencia aeróbica, aumenta la capacidad motora y el equilibrio[4]. Se podría resaltar, la importancia de realizar ese ejercicio al aire libre, ya que se ha demostrado que la vitamina D presenta un efecto antiinflamatorio[5]. Además, la marcha es un ejercicio fácil de practicar, se observan cambios en la composición corporal y cambios del perfil lipídico para todos los grupos de edad, pudiendo destacar que los mayores de 60 años: 32.2% en hombres y el 41.4% en mujeres son obesos y en el caso de las personas de más de 70 años: 19.09% en hombres y el 38.1% en mujeres son obesos.

El proceso de envejecimiento en las mujeres de la tercera edad está asociado a trastornos hormonales, los cuales comienzan en la etapa pre-menopáusica, la gran mayoría de las mujeres postmenopáusicas presentan problemas de sobrepeso y obesidad[6]. El envejecimiento en las mujeres, centrándonos en la posmenopausia está relacionado con cambios metabólicos, donde destacan alteraciones en los niveles de hormonas en sangre con la caída en los niveles de estradiol y de lipoproteínas de alta densidad (HDL), y un aumento de peso, de lipoproteínas de baja densidad (LDL), y de triglicéridos; y otras alteraciones, destacando la tolerancia a la glucosa[6,7]. Cada uno de los cambios metabólicos mencionados son factores de riesgo para procesos arterioescleróticos y para el síndrome metabólico.

Recientemente, los efectos de la marcha nórdica (MN) han llegado al conocimiento de la población, siendo una de las razones por la que muchas personas se han interesado por la misma[3]. La MN, definida como “marcha escandinava con bastones”, fue inventada en los años 20 por Finn como forma de entrenamiento para esquiadores. Es una combinación de esquí, marcha deportiva y trekking; reconocida ejercicio desde los años 80 y desde entonces se concibe también como forma turismo y rehabilitación. La técnica consiste en el apoyo de uno de los bastones en la fase de apoyo del pie contralateral, soltando el bastón en la fase de oscilación hacia anterior del MMSS. Cuando se usa los bastones, se utilizan los músculos de la parte superior del cuerpo, por lo que la velocidad del paso aumenta[8] y facilita la propulsión del cuerpo hacia delante.

La MN proporciona beneficios musculoesqueléticos adicionales sobre la marcha porque reduce la carga articular, aumenta la estabilidad debido a los cuatro puntos de apoyo, aumenta la resistencia aeróbica y la fuerza muscular y disminuye el rango de movimiento de las articulaciones de la rodilla y del tobillo. Y respecto a los beneficios metabólicos comparados con la marcha sin bastones, la marcha nórdica aumenta el metabolismo cardiovascular, una frecuencia cardíaca más alta, un mayor consumo de oxígeno y aumento de la concentración de lactato en sangre, siendo muy beneficioso para la salud posmenopáusica.

El ejercicio físico a alta intensidad no es apropiado para mujeres postmenopáusicas, especialmente porque suelen ser físicamente inactivas. La marcha nórdica, incluso yendo una velocidad lenta, presenta beneficios aumentando el ritmo cardíaco y distribuyendo todas las fuerzas resultantes del momento entre distintos músculos.

Tras haber indagado en el concepto de la marcha nórdica, el objetivo principal de

este trabajo es conocer los efectos de prescribir un programa de ejercicio físico terapéutico cuya modalidad sea MN, dirigido a la población de las mujeres. Después de conocer los efectos del programa de MN, el objetivo secundario es conocer la frecuencia del tiempo y la intensidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer los efectos de prescribir un programa de ejercicio físico terapéutico cuya modalidad sea marcha nórdica (MN), dirigido a la población de las mujeres.

3 Metodología

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

4 Resultados

De las bases de datos anteriormente citadas, se captaron un total de 493 resultados. Se excluyeron 270 artículos por no coincidir con los términos ni con los filtros de búsqueda (ensayo clínico). Después se procedió a la lectura de títulos y de resúmenes de los 223 artículos posiblemente elegibles, de los cuales fueron excluidos 119. A continuación de los 104 artículos restantes, se excluyeron 82 artículos por no seguir los criterios de inclusión, criterios de exclusión y eliminación de los duplicados. A los 22 artículos restantes se aplicó la escala de calidad metodológica de PEDro y lectura en profundidad, se excluyeron 16 artículos tras aplicar lo anteriormente citado, quedando finalmente 6 artículos para realizar esta revisión sistemática.

Saulicz et al. captó una muestra de 84 mujeres de una edad entre 48 y 58 años. El estudio tuvo una duración de cuatro semanas, realizando la actividad tres días a la semana durante 60 minutos. Respecto a los grupos de intervención: al grupo experimental se pautó para comenzar con 10 minutos de calentamiento, como parte principal se realizaron 40 minutos de MN y para terminar 10 minutos de vuelta a la calma y ejercicios de estiramientos; y al grupo control se pautó que no

realizaran la marcha como ejercicio durante cuatro semanas. Los dos test mencionados a continuación se realizaron al inicio y después de las cuatro semanas de estudio. Para medir la fuerza de la parte superior del cuerpo (FSC) se utilizó arm curl, para la fuerza de la parte inferior del cuerpo (FIC) se utilizó 30s chair stand, para la flexibilidad de la parte superior del cuerpo (FlexSC) se utilizó back scratch, para la flexibilidad de la parte inferior del cuerpo (FlexIC) se utilizó chair sit- and reach y los seis minutos marcha (6MM); todo el conjunto de los anteriores test citados forman el test Fullerton Fitness Test, que tras utilizar el ANOVA mostró diferencias significativas intergrupo e intragrupo de FSC, FIC y FlexIC. El otro test que se utilizó fue SF-36 que tras utilizar el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas intergrupo en physical functioning (PF), general health (GH), physical health component (PHC), role limitations due to emotional problems (RLEP), energy/fatigue (E/F), emotional well-being (EW-B) y mental health component (MHC).

Sentinelli et al. utilizó una muestra de 20 mujeres de una edad entre 40 y 70 años. El estudio tuvo una duración de doce semanas, realizando la intervención tres días en semana entre 60-90 minutos. Los datos se recogieron al inicio, a las doce semanas y a las treinta y seis semanas del inicio del estudio. Respecto a los grupos de intervención: el grupo experimental realizó sesiones que comenzaban con calentamiento, después realizaban la parte principal que consistía en realizar MN a una intensidad baja, 4 km con una pendiente del 7% durante las primeras seis semanas para después pasar a realizarlo con una intensidad moderada/alta durante 7 km con una pendiente del 14% las últimas seis semanas, para acabar la sesión se realizaban ejercicios de estiramientos y ejercicios de respiración; y al grupo control se les pautó que realizaran actividad física libre y siguieran una dieta mediterránea con una composición de 55% de carbohidratos, 15% proteínas y 30% lípidos durante las doce semanas de estudio.

Tras realizar ANOVA, tan solo se mostraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c), del colesterol total (CT), de lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol) y del peso; y en el aumento del aspartato (ASP) y del hangrip test a las doce semanas.

Wiklund et al. tomó a una muestra de 90 mujeres de edades entre 20 y 50 años. El estudio tuvo una duración seis semanas, llevando a cabo la actividad física pautada tres días a la semana durante 60 minutos para progresivamente ir aumentando la intensidad del ejercicio y así, realizar finalmente 30 minutos de actividad física. Respecto a los grupos de intervención, a ambos se les calculó el volumen máximo de oxígeno (VO2max) y la frecuencia cardiaca máxima (FCmax) mediante

una bicicleta con ergómetro. Al grupo experimental se pautó MN, las primeras semanas se comenzaba con una intensidad del 60% FCmax durante 60 minutos para pasar en las últimas sesiones al 75% de la FCmax durante 30 minutos; el grupo control tuvo que llevar a cabo durante el tiempo del estudio la actividad física que realizara antes, más una dieta donde comían cada tres o cuatro horas, muchos productos bajos en grasa, no ingerir productos ricos en azúcares, beber 1.5-2 litros de agua, evitar bebidas alcohólicas.

Las variables se midieron en ayunas antes de iniciar la primera sesión y a los siete días después de la última sesión. Las variables de medida de este estudio se agruparon en variables antropométricas, metabólicas y de dieta; respecto las variables antropométricas se midió la edad, peso, grasa corporal, grasa visceral, masa libre de grasa, índice de masa corporal, sobre las variables metabólicas se valoró la glucosa en ayunas, homeostasis model assessment of insulin resistance, insulina, colesterol total, HDL-c, LDL-c, ácidos grasos libres, triglicéridos, leptina, adiponectina, IL-6, IL-8, metabolitos de bajo peso molecular y constituyentes de extractos lipídicos, y sobre las variables relacionadas con la dieta se midió la energía, proteínas, carbohidratos y VO₂max. Se mostraron diferencias estadísticamente significativas intergrupo en el descenso de la glucosa en ayunas (HbA1c), en el modelo homeostático para evaluar la resistencia a la insulina (HOMA-IR), FFM, lactato/piruvato y el aumento de la glutamina.

Mannerkorpi et al. captó a una muestra de 67 mujeres de edades entre 20 y 60 años. El estudio comprendió una duración de quince semanas, llevando a cabo la actividad pautada tres días a la semana durante 60 minutos. Respecto a los grupos de tratamiento: el grupo experimental realizó la sesión de MN intercalando 10 minutos, intensidad baja, 9-11 Borg's Rating of Perceived Exertion (RPE), con 2 minutos a intensidad moderada/alta (13-15 RPE); y el grupo control realizó marcha normal con una baja intensidad (9-11 RPE). Ambos grupos acabaron con una sesión de 5 minutos de ejercicios de estiramiento. Las variables de este estudio se midieron al inicio y al final de las quince semanas. Tan solo se vieron diferencias estadísticamente significativas intergrupo en la disminución en el tiempo del test 6 minutos marcha, el test con ergómetro para medir la FCmax, en el cuestionario de impacto de la fibromialgia en el apartado de estado físico disminuyó, y en el apartado de la motivación dentro de la escala multidimensional de la fatiga (MIF) hubo un aumento de la misma.

Kocur et al. utilizó una muestra de 44 mujeres de edades entre 50 y 60 años. La realización del estudio comprendió doce semanas, realizando la actividad pautada tres días a la semana durante 60 minutos. Respecto a los grupos de intervención:

el grupo experimental realizó 10 minutos de calentamiento, como parte principal 40-45 minutos de MN con una intensidad del 40% frecuencia cardiaca de reserva en las primeras semanas y aumentando progresivamente hasta el 70% de la FC de reserva, para acabar con 10 minutos de vuelta a la calma; al grupo control se le pautó que no realizaran cambios en su rutina ni en sus hábitos durante doce semanas.

Las variables que se utilizaron se midieron con el test de umbral del dolor a la presión con algómetro, se valoraron los siguientes músculos: el trapecio inferior, trapecio medio, infraespinoso, dorsal ancho, pectoral mayor, tríceps y braquira-dial; además del test de dolor a la presión también se realizó el back scrath test para ambos grupos. Se mostraron diferencias intragrupo estadísticamente sig-nificativas en el grupo de la MN en los músculos trapecio inferior y medio, in-fraespinoso y dorsal ancho. Sobre el dolor no hay diferencias estadísticamente significativas intergrupo al final de la evaluación en ninguno de los músculos, pero sí que aparecen esas diferencias estadísticamente significativas en el back scrath test.

Kukkonen-Harjula et al. captó una muestra de 121 mujeres de edades entre 50 y 60 años. La intervención duró trece semanas, realizando dos días a la semana du-rante las primeras dos semanas para después realizar cuatro días a la semana, el resto de semanas durante 60 minutos. Respecto al grupo experimental, realizaron para comenzar 5 minutos de calentamiento, después 40 minutos de MN aumen-tando cada 10 minutos la intensidad, comenzando por una intensidad del 50% de FCmax, para pasar al 65% FCmax y terminar con el 80% FCmax, y para terminar la sesión realizaban 5 minutos de vuelta a la calma más ejercicios de estiramiento; al grupo control se le pautó que realizara marcha a las intensidades anteriormente citadas. Las variables se midieron antes y después de las trece semanas de inter-vención; solo aparecieron diferencias estadísticamente significativas intergrupo en el aumento de fuerza en una pierna durante un squat y en la disminución del dolor de la región lumbar del tipo ciatalgia.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico a través de la modalidad de MN presenta un aumento de la fuerza muscular tanto en miembro superior como en miembro inferior. En cuanto a la intensidad aplicada en estos programas, los autores recomiendan que no se re-alice a intensidad alta, por tanto, la MN es recomendable a sujetos que requieran estas características de entrenamiento, como personas de edad avanzada.

Una vez analizados todos los estudios, destacamos la falta de homogeneidad en los resultados de los mismos. Un dato a resaltar es que no todos los grupos experimentales tuvieron un instructor de marcha nórdica en las primeras semanas de tratamiento. Respecto a las intensidades, ha sido una gran limitación debido a que cada artículo utilizó diferentes medidas de intensidad al esfuerzo.

Por último, consideramos que es necesario la elaboración de más estudios para conocer los parámetros (intensidad y temporalización) para una dosificación adecuada de un programa de ejercicio físico terapéutico con la modalidad de marcha nórdica a determinadas patologías.

6 Bibliografía

1. Izzicupo P, D'amico M, Di Blasio A, Napolitano G, Di Baldassarre A, Ghinassi B. Nordic walking increases circulating VEGF more than traditional walking training in postmenopause. *Climacteric*. 2017.
2. Ströbeck B, Theander E, Jacobson L. Effects of exercise on aerobic capacity and fatigue in women with primary Sjögren's syndrome. *Rheumatology*. 2007 February 17; 46: 868-871.
3. Song M, Yoo Y, Choi C, Kim N. Effects of nordic walking on body composition, muscle strength and lipid profile in elderly women. *Asian Nursing Research*. 2013; 7: 1-7.
4. Vehi C, Falces C, Sarlat MA, Gonzalo A, Andrea Rut, Sitges M. Nordic walking for cardiovascular prevention in patients with ischaemic heart disease or metabolic syndrome. *Med Clin*. 2016 september 29; 147 (12): 537-539.
5. Kortas J, Prusik K, Flis D, Prusik K, Ziemann E, Leaver N, et al. Effect of nordic walking training on iron metabolism in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*. 2015; 10: 1889-1896.
6. Hagner-Derengowska M, Kaluzny K, Hagner W, Plaskiewicz A, Bronisz A, Borkowska A, et al. The effect of a 10-week nordic walking training program on the level of GH and LH in elderly women. *Climacteric*. 2015 October 01.
7. Hagner-Derengowska M, Kaluzny K, Kochanski B, Hagner W, Borkowska A, Czamara A, et al. Effects of nordic walking and pilates exercise programs on blood glucose and lipid profile in overweight and obese postmenopausal women in an experimental, nonrandomized, open-label, prospective controlled trial. *The Journal of The Menopause Society*. 2015 January 14; 22 (11): 1215-1223.
8. Skórkowska-Telichowska K, Kropielnicka K, Bulinska K, Pilch U, Wozniowski M, Szuba A, et al. Nordic walking in the second half of life. *Aging Clin Exp Res*. 2016; 28: 1035-1046.

9. Fields J, Richardson A, Hopkinson J, Fenlon D. Nordic Walking as an exercise intervention to reduce pain in women with aromatase inhibitor associated arthralgia: a feasibility study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016.

Capítulo 290

FISIOTERAPIA EN PACIENTES ENCAMADOS

CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE

1 Introducción

En la actualidad son muchas las enfermedades y lesiones que pueden afectar a nuestra salud física y derivar en problemas más graves que nos dejen postrados en una cama durante largos periodos de tiempo. El cuidado y la atención ante este tipo de situaciones forma parte de una gran preocupación a nivel de la salud. Estar durante un tiempo prolongado inmovilizado puede conllevar grandes problemas funcionales que en un futuro afecte de forma grave en la calidad de vida del paciente.

Es por ello que ante este tipo de problemas, la fisioterapia juega un rol muy importante en la atención médica, para poder, no solo prevenir, sino también abordar cambios y problemas relacionados que vayan apareciendo.

Ante este tipo de situaciones muchas veces olvidamos que no solo existen problemas físicos, sino que también los hay emocionales a la par que psicológicos, por ello se necesitan recursos terapéuticos personalizados que nos ayuden a tratar y prevenir complicaciones que afecten en la calidad de vida de estos pacientes.

Técnicas terapéuticas, de movilización, y cuidados personalizados son algunas de las herramientas empleadas por estos profesionales para poder garantizar a los pacientes mantener una buena función muscular y posibles problemas futuros relacionados con complicaciones respiratorias y circulatorias.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de la fisioterapia en pacientes encamados.
- Exponer los beneficios de la fisioterapia en la recuperación y bienestar del paciente.

3 Metodología

La información y los datos presentados en este trabajo se han recopilado a través de una revisión de la literatura científica disponible en bases de datos médicas, como PubMed y Medline. También se han consultado fuentes médicas y sitios web especializados en fisioterapia y cuidados de pacientes encamados

4 Resultados

Los pacientes encamados se ven expuestos a una inmovilidad prolongada, la cual les puede conllevar una pérdida de masa muscular, rigidez, debilidad, problemas respiratorios, úlceras por presión y otros problemas de salud.

Durante este proceso el fisioterapeuta es imprescindible, ya que desempeña el papel preventivo y de tratamiento de las posibles complicaciones tanto presentes como futuras. Para ello se centrará en restaurar las funciones físicas del paciente, incidiendo en la autonomía de él.

Algunos de los enfoques terapéuticos más utilizados en este tipo de pacientes son:

- La movilización pasiva, son ejercicios que se usan para mover las articulaciones del paciente y prevenir su rigidez, a través de ejercicios pasivos.
- Diseñar programas en los que se incluyan ejercicios para mejorar áreas específicas como puede ser la fuerza muscular
- La fisioterapia respiratoria en caso de pacientes con complicaciones pulmonares.
- Terapia de estimulación eléctrica para fortalecer los músculos y reducir así la atrofia
- Técnicas manuales centradas en la movilización articular que mejorarán y aliviarán el dolor del paciente.

Antes de poder aplicar algunas de las técnicas anteriormente mencionadas es necesario identificar qué problemáticas tiene el paciente para poder adaptar y usar la técnica más efectiva.

Algunos de los problemas que presentan los pacientes encamados, ya que pueden influir a la hora de aplicar una técnica, son los siguientes:

- Por un lado, estaría la pérdida de masa muscular, que estaría ligada al deterioro funcional y a la presencia de debilidad.
- Las contracturas musculares pueden aparecer también a causa de la falta de movimiento.
- Formación de coágulos sanguíneos a causa de la inmovilización del paciente.
- Pueden aparecer infecciones respiratorias a causa de un deterioro respiratorio.
- Disminución en la autonomía y la independencia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que la fisioterapia puede favorecer la mejora en el paciente encamado, a través de diversas técnicas, como pueden ser: la movilización pasiva, los ejercicios de fortalecimiento, la fisioterapia respiratoria, la terapia de estimulación eléctrica y técnicas de movilización articular. Todas ellas deben llevarse a cabo teniendo en cuenta las diversas dificultades y problemáticas que pueda presentar el paciente.

Para conseguir una atención integral, será necesario reconocer los problemas más comunes de los pacientes encamados, entre ellos se encuentran: úlceras por presión, rigidez muscular, atrofia, dificultad respiratoria, formación de coágulos, falta de autonomía... entre otros.

Por último, no debemos olvidar prestar una atención personalizada para garantizar que los pacientes puedan acelerar el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. <https://fisiosenior.es/guia-para-el-cuidador-de-pacientes-encamados/>.
2. <https://sadasishogar.com/atencion-a-personas-encamadas-consejos-de-nuestra-fisioterapeuta/>.
3. <https://www.fisiohogar.com/bilbao/es/fisioterapia-pacientes-encamados/>.

Capítulo 291

NUTRICIÓN, EJERCICIO Y SALUD. EFICACIA DEL AYUNO INTERMITENTE EN DIABETES MELLITUS TIPO II

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) se produce por una secreción anormal de insulina y también por diferentes grados variables de resistencia a la misma, esto lleva a situaciones de hiperglucemia. Hay diferentes tipos de diabetes: tipo 1, tipo 2 y la gestacional. En relación con la diabetes mellitus tipo 2, podremos describir lo siguiente:

En la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) el mecanismo fisiopatológico fundamental es la disminución de la eficacia de la insulina por disminución de la sensibilidad a la misma, también denominada resistencia basal a la insulina. De este modo, inicialmente se produce una situación de hiperinsulinismo compensatorio. Sin embargo, el efecto tóxico que ejerce la hiperglucemia mantenida en las células beta del páncreas, determina el agotamiento de esta, con lo que, finalmente, la secreción de insulina es insuficiente. Esto puede conducir a una situación de hiperglucemia en ayunas y postprandial. En los países desarrollados esta patología es una de las principales causas de fallecimiento (ocupa del cuarto al octavo puesto). En nuestro país, representa la tercera causa de muerte en mujeres y la séptima en

hombres. El 70% de fallecimientos por esta enfermedad son como consecuencia de la cardiopatía coronaria. Un 20% suele presentar angina de pecho. Según los datos que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente, hay unos 200 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2, el 50% de los casos no conocían que la sufrían.

El ayuno es la restricción de la ingesta sólida de alimentos que se hace de forma voluntaria y consciente, con la posibilidad de vivir de las reservas que tenemos en el cuerpo, principalmente la grasa acumulada. Durante el ayuno intermitente, el cuerpo va a generar unas adaptaciones metabólicas, bioquímicas y hormonales que van a tener como objetivo mantener sus funciones vitales y así poder sobrevivir. Una vez transcurridas 12 horas aproximadamente desde la última vez que se ingirió alimento, se va a activar el mecanismo de autofagia a la vez que van a descender los niveles de insulina.

Este mecanismo llamado autofagia, permite que el cuerpo pueda reciclar y desechar los componentes tóxicos y, por otra parte, regenerar y crear nuevo tejido. Tanto la autofagia como la sensibilidad a la insulina van a generar que se produzcan ciertas adaptaciones fisiológicas que van a producir una serie de beneficios para la salud, aunque es importante realizar revisiones de literatura científica que aumente el conocimiento sobre los efectos que el ayuno provoca en el organismo para aplicarlo según necesidades especiales.

2 Objetivos

Los objetivos que nos planteamos con la elaboración de este capítulo son los siguientes:

- Exponer los diferentes tipos de ayuno que se han descrito hasta la actualidad.
- Recopilar las ventajas e inconvenientes del ayuno intermitente.
- Analizar la eficacia del ayuno intermitente en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

3 Metodología

En el presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión narrativa de la literatura científica actual. Se ha realizado a través de búsquedas en las distintas bases de datos tales como Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud, Science Direct y Google académico. Se incluyen los artículos que traten acerca del ayuno intermitente y sus efectos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

4 Resultados

Actualmente podemos encontrar diferentes tipos de ayunos:

- Ayunos religiosos: Ramadán, Yom Kippur
- Huelgas de hambre
- Ayuno largo (2 a 40 días)
- Ayuno corto (no más de 7 días)
- Ayuno Intermitente: es un periodo de tiempo en el que se combina periodos de ayuno y alimentación. Dentro del ayuno intermitente podemos tener:
 - Ayuno intermitente 16/8 consiste en tener un ayuno de 16 horas y 8 horas donde sí se puede comer.
 - Ayuno intermitente 12/12 en el cual tenemos 12 horas de ayuno y 12 horas de poder comer.
 - Ayuno intermitente 14/10 donde tenemos ayunos de 14 horas y 10 horas donde se puede comer.
- Ayuno intermitente 24 horas: consiste en no ingerir alimento durante 24 horas.
- Ayuno en días alternos
- Una comida al día

BENEFICIOS DEL AYUNO INTERMITENTE:

Previene la neurodegeneración y neurogénesis: aumenta la resistencia a enfermedades neurodegenerativas mejorando la salud del Sistema Nervioso Central (previene demencia); y aumenta los factores neutrófilos, importantes para la memoria y el aprendizaje, por lo que puede enlentecer el envejecimiento del cerebro.

Provoca efectos positivos en Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): mejora el organismo de tal manera que promueve la sensibilidad a la insulina.

Puede reducir el peso corporal, reducir colesterol LDL y niveles de triglicéridos. En personas que presentan un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, se ha observado una disminución de su peso, así como un aumento de la energía de estas.

Además, disminuye el estrés oxidativo y los procesos inflamatorios, mejora el microbiota intestinal, aumenta la excreción de testosterona y HGH y fortalece el sistema inmune. A medio plazo mejora el estado cardiovascular, el estado de ánimo y la sensación subjetiva de bienestar.

Contraindicaciones del ayuno intermitente:

Ante la aparición de migrañas o cefaleas hemicraneales: desencadenadas por el inicio del ayuno o en periodos muy largos de ayuno. Esto puede evitarse mediante una correcta hidratación, mediante zumos, caldos y abundante ingesta hídrica, y

cuidando no tomar los días anteriores altas dosis de cafeína o medicación).

En diagnósticos o ante la sospecha de trastornos alimentarios. El ayuno puede reforzar estos trastornos, por lo que es importante antes de comenzar, preguntar acerca de si el paciente ha sufrido anorexia, bulimia etc...

Si aparece sensación de hambre al inicio del ayuno: es decir, significa que el metabolismo se encuentra cambiando a la lipólisis.

Si el sujeto experimenta ansiedad, cansancio, irritabilidad y náuseas. Pueden ser aparecer levemente de forma muy puntual al inicio del ayuno.

En presencia de enfermedades infecciosas graves debido a las posibles complicaciones que se pueden derivar de su efecto metabólico: tuberculosis, neumonía, bronquitis infecciosa. Tampoco en el síndrome de Gilbert: las personas que lo padecen pueden tener un aumento de bilirrubina en sangre durante el ayuno y sufrir malestar general.

Está totalmente contraindicado durante el embarazo ya que conlleva un elevado riesgo de malformaciones y aborto.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante a la hora de iniciar a un paciente en una rutina de ayuno intermitente es evaluar sus rutinas y sus necesidades, a partir de ahí se va a elegir el tipo de ayuno más recomendados según se adecúe a su estilo de vida.

Es muy importante que los pacientes continúen con su pauta de medicación, ejercicio diario prescrito y con un control estricto por parte de los profesionales sanitarios y de ellos mismos (glucemias diarias, curvas semanales).

Dentro de las limitaciones de esta revisión, nos encontramos con la escasez de evidencia científica sobre los efectos concretos del ayuno en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) , sin embargo, se ha observado una mejora en diversos ensayos clínicos, en los cuales los grupos experimentales suelen:

- Eliminar la resistencia a la insulina pudiendo lograr dejar la medicación oral.
- Reducir el peso corporal, los niveles de triglicéridos y el colesterol en sangre.
- Disminuye la Tensión Arterial media
- Mejora la cantidad y calidad del sueño (debido a la aparente regulación del eje de melatonina).

6 Bibliografía

1. Ayuno intermitente, todo lo que debes saber 2021 [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://mundoentrenamiento.com/ayuno->

intermitente-pros-y-contras/

2. Anson, R. M., Guo, Z., de Cabo, R., Iyun, T., Rios, M., Hagepanos, A., ... & Mattson, M. P. (2003). Intermittent fasting dissociates beneficial effects of dietary restriction on glucose metabolism and neuronal resistance to injury from calorie intake. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(10), 6216-6220.
3. Peiró PS, Tejero SS. Indicaciones terapéuticas del ayuno. *Medicina naturista*. 2015;9(1):15-26.
4. Mattson, M. P., & Wan, R. (2005). Beneficial effects of intermittent fasting and caloric restriction on the cardiovascular and cerebrovascular systems. *The Journal of nutritional biochemistry*, 16(3), 129-137.
5. Barros D. Ayuno, libro completo - Medicina Biológica Europa [Internet]. *Medicina Biológica Europa*. 2021 [citado 10 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.medicinabiologica.eu/ayuno-libro-completo/>
6. Bravo Pérez Francisco, G. Liberman Claudio, Chacón Cavada Gabriel, Barnet Bunout Daniel, Hernández Aravena Katterine. Epigenética en obesidad y diabetes tipo 2: papel de la nutrición, limitaciones y futuras aplicaciones. *Revista chilena de endocrinología y diabetes [revista en internet]** 2013 [acceso 9 de abril de 2021]; 6 (3). Disponible en: https://curso1920.campusvirtual.uclm.es/pluginfile.php/4704378/mod_resource/content/1/15%20Anexo%20XV%20Como%20citar-Normas%20Vancouver-ok.pdf

Capítulo 292

ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL EN LA LUMBALGIA MECÁNICA DENTRO DEL COLECTIVO DE ENFERMERÍA

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La lumbalgia mecánica (LM) es una de las patologías con mayor incidencia en la sociedad actual y constituye una de las primeras causas de absentismo laboral, generando así una gran repercusión tanto en ámbito social como en el económico.

La LM afecta al 60% - 80% de la población y aunque entre en 80% – 90% de los casos remiten a los 2-3 meses, el otro 10% restante se cronifica. La incidencia aumenta si nos referimos al personal sanitario, siendo aquí el doble o el triple que la existente en el resto de la población.

Presenta mayor prevalencia en las sociedades avanzadas, así en Europa afecta aproximadamente a 67 millones de personas y en España se estima que afecte a 5 millones.

Por lo tanto, definimos LM como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y los pliegues glúteos inferiores, con o sin dolor referido en la pierna, que no esté causado por fracturas, traumatismos directos o enfermedades sistémicas y que no presenta compresión radicular constatada y susceptible de un abordaje quirúrgico.

Los síntomas más frecuentes de la LM son: dolor, inflamación, limitación de la movilidad, espasmo y contractura muscular. La clínica y evolución de la LM se ve condicionada por factores asociados (psicosociales y ocupacionales) que pueden confluir favoreciendo así la cronificación de la patología, llegando incluso a provocar la incapacidad laboral.

Factores ocupacionales: son los derivados del tipo de trabajo que se realiza: movimientos de flexión anterior de tronco, de flexión más torsión, trabajos físicos de repetición, levantamiento y transporte de cargas, trabajos sometidos a vibración y trabajos con mantenimiento de posturas estáticas.

Factores psicosociales: son los derivados de las consecuencias que tiene el dolor en las actividades cotidianas, laborales y sociales del paciente. Surgen así las actitudes de evitación y miedo y los estados emocionales negativos (depresión, ansiedad, etc.) que unidos a la atrofia muscular asociada a la reducción de la movilidad (dificulta la recuperación y aumenta el dolor) generan un círculo vicioso que alimenta la cronificación y la incapacidad.

Si atendemos a los conocimientos relacionados con la ergonomía y la higiene postural en estudiantes y profesionales de enfermería nos encontramos un déficit importante por lo que sería muy interesante la implantación de programas de formación en este sentido, tanto en el ámbito universitario como en el laboral, con el fin de mejorar la prevención y reducir los casos de LM. A continuación, identificaremos una serie de posturas y movimientos comprometidos muy frecuentes en la profesión y propondremos unas medidas ergonómicas y de higiene postural para mejorar la formación y capacidad de prevención del colectivo.

2 Objetivos

En este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Recoger los movimientos y posturas incorrectas que con mayor frecuencia afectan al personal de enfermería.
- Detallar las recomendaciones ergonómicas y de higiene postural a tomar para reducir la prevalencia de la LM dentro del colectivo de enfermería.
- Plantear las vías para difundir la información recogida y así mejorar la formación y prevención del personal sanitario ante la patología lumbar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha elaborado una revisión bibliográfica de las distintas posturas y movimientos en el personal de enfermería y su incidencia

en la LM, así como de las normas ergonómicas y de higiene postural necesarias para paliarlas.

Se lleva a cabo una búsqueda a través de las principales bases de datos, tales como Pubmed, Scielo, EBSCO y Google académico y se incluyen todos los artículos que contengan las palabras clave: Lumbalgia mecánica, enfermería, higiene postural y ergonomía.

4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente, la incidencia de la LM en el personal sanitario dobla o triplica la del resto de la población, afectando de forma muy significativa al colectivo de enfermería.

En el desarrollo de la profesión se realizan movimientos de inclinación y levantamiento de pacientes y cargas, posturas estáticas en flexión o torsión de tronco, largas jornadas de pie y un sinnúmero de situaciones que comprometen la columna lumbar. Analizaremos aquí los más habituales.

Según la RAE, se define ergonomía como el “estudio de la adaptación de las máquinas, muebles y utensilios a la persona que los utiliza habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia”.

Entendemos por higiene postural el conjunto de normas destinadas a mantener la adecuada posición del cuerpo, ya sea en movimiento o en posición estática, para así evitar la presencia de lesiones y proteger, especialmente, la columna vertebral.

1. Movilización e intervención en pacientes recién nacidos dentro del área de pediatría.

El peso del recién nacido y su fragilidad unida a su ubicación, ya sea en incubadora o cuna, favorecen las posturas forzadas a la hora de afrontar las distintas intervenciones propias de la enfermería. Se suceden en este servicio las posturas estáticas mantenidas durante largos periodos de tiempo con la sobrecarga lumbar que eso conlleva.

Medidas Ergonómicas:

En este caso se centrarían principalmente en adaptar la altura del campo de trabajo al profesional. Aquí el uso de cunas/incubadoras regulables en altura sería la opción preferente.

Medidas de Higiene Postural:

El profesional deberá aproximarse todo lo posible a la cuna para evitar la flexión anterior de tronco. En cuanto al mantenimiento de posturas estáticas en

bipedestación es importante realizar de forma alterna una flexión de cadera y rodilla sobre una banqueta o reposapiés para disminuir la sobrecarga lumbar.

2. Movilización e intervención en pacientes adultos en hospitalización.

El paciente adulto es voluminoso, pesado y muchas veces inestable con posible falta de colaboración.

Medidas de Ergonomía: Las camas deberán ser regulables en altura para evitar la flexión de tronco. El área de trabajo deberá tener la amplitud suficiente para el correcto posicionamiento del profesional, pero también para permitir el uso de ayudas técnicas si fuera necesario.

Medidas de Higiene Postural: El profesional deberá aproximarse todo lo posible al paciente subiendo una rodilla a la cama si es necesario, manteniendo la espalda alineada. A la hora de levantar al paciente, el profesional flexionará las rodillas aumentando su base de sustentación antes de llevar a cabo la maniobra. Deberá contraer la musculatura abdominal y utilizará la fuerza de los MMII para proteger la zona lumbar.

Medios de difusión de la información:

Es muy importante hacer llegar los conceptos de ergonomía e higiene postural al colectivo de enfermería y proporcionarle así una herramienta importantísima en la prevención de la patología de columna vertebral, y especialmente de la LM. Así los medios más importantes para su difusión serían:

- Las universidades: incluyendo estas materias dentro de la formación de los alumnos, ya sea como parte de asignaturas existentes, como optativas, o a través de trabajos teórico-prácticos.
- Los hospitales: haciendo que estas materias estén incluidas dentro de los cursos de actualización profesional que se oferta al colectivo de enfermería a través de los programas de medicina preventiva del hospital.
- Los sindicatos y organismos oficiales: difundiendo el conocimiento de la ergonomía e higiene postural a lo largo de los cursos de formación continuada, organizando jornadas y charlas informativas y promoviendo la publicación de póster, infografías y carteles.

5 Discusión-Conclusión

En una sociedad avanzada como la nuestra que ha vivido grandes progresos en la salud laboral, es fundamental la promoción de conocimientos relacionados con la ergonomía y la higiene postural en el ámbito sanitario, especialmente en el campo de la enfermería, para dotar a los profesionales de los recursos y formación necesaria en la prevención de la LM.

Desde las facultades de enfermería, adaptando los programas educativos, los hospitales, formando al personal y adaptando el entorno laboral, hasta los sindicatos y organismos públicos, difundiendo la información, todos los agentes deben participar en esta formación y así involucrar al profesional enfermero en el correcto desempeño de su trabajo desde el punto de vista de la ergonomía y la higiene postural.

6 Bibliografía

1. MT. Torras Bernáldez, MJ. Bernat López, L. Masfred Pujol, L. Martín Muncharaz. Dolor de espalda y su prevención en el personal de enfermería. Atención Primaria. Vol. 29. Núm. 6. páginas 385 (Abril 2002)
2. Angie Paola Sánchez Espinosa. Factores asociados a la lumbalgia en el personal de enfermería. 2021 Disponible en <http://repositorio.iberioamericana.edu.co/bitstream/handle/001/650/Angie%20Paola%20S%C3%A1nchez%20Espinosa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. María Del Carmen Ponce Martínez, Enrique Villarreal-Ríos, Emma Rosa Vargas-Daza, Lidia Martínez-González y Liliana Galicia-Rodríguez. Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica. Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. vol.78 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires set. 2013
4. Guizado Ramos M, Zamora Cordova K. Riesgos ergonómicos relacionados a la lumbalgia ocupacional en enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2014. Ágora [Internet]. 18 de junio de 2016 [citado 15 de octubre de 2023];3(1):337-43. Disponible en: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/47>

Capítulo 293

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

1 Introducción

La hiperhidrosis es un problema dermatológico que consiste en la presencia de una sudoración excesiva superior a las necesidades termorreguladoras no relacionadas con la intensidad de ejercicio físico o con la temperatura ambiental.

Existen dos tipos de hiperhidrosis según su localización y etiología, estos son:

- Primaria:

Aparece sudoración de forma localizada, siendo las axilas, ingles y las palmas de manos y pies las zonas corporales más habituales. Es de origen idiopático, sin embargo, existe evidencia de transmisión genética. Se agudiza como respuesta exagerada del SN autónomo ante el estrés emocional y afecta principalmente a personas jóvenes.

- Secundaria:

Se presenta de forma generalizada y aparece como consecuencia de otras patologías tales como obesidad, hipertiroidismo, procesos infecciosos, diabetes, neuropatías, tumores o síndromes de privación por tóxicos.

El diagnóstico de la hiperhidrosis es clínico. Tomando como referencia de normalidad una sudoración entre 400 y 600 ml al día, existen diferentes medios para registrar la sudoración:

- Escala de Gravedad de Hiperhidrosis (HDSS por sus siglas en inglés).
- Almidón yodado. Es la técnica más utilizada.
- Métodos electrofisiológicos.

Según la OMS, se estima que la hiperhidrosis tiene una prevalencia mundial del 3% y provoca una gran disminución de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Además, se trata de una patología que crea un importante estigma social. Por estos motivos consideramos importante facilitar la difusión de información referente a los diferentes tratamientos que abordan este problema.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas y métodos más habituales para el tratamiento de la hiperhidrosis.
- Analizar la efectividad de los tratamientos en función de su eficacia y la relación con el aumento en la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de la bibliografía científica realizada a través de diversas búsquedas en las principales plataformas y bases de datos tales como PubMed, Scielo, Science Direct, y Google académico.

Se seleccionaron los artículos que contenían las palabras clave: “hyperhidrosis”, “treatments” y “cares”. Para la estrategia de búsqueda, estas palabras se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

1. Tratamientos antitranspirantes:

Es la primera medida de elección para el tratamiento de hiperhidrosis leve debido a su eficacia y duración del efecto (máximo 48 horas).

Es una medida de aplicación tópica que contiene sales de aluminio. Su mecanismo de acción tiene lugar en el conducto de las glándulas sudoríparas, ocluyéndolo de manera parcial y reversible para disminuir la sudoración.

Podemos encontrar diferentes tipos de antitranspirantes:

- Clorohidrato de aluminio hexahidratado al 12,5% y 25% de etanol: hiperhidrosis axilar
- Glutaraldehído de aluminio al 2% de etanol: hiperhidrosis palmar
- Glutaraldehído de aluminio al 10% de etanol: hiperhidrosis plantar

El efecto secundario más frecuente es la presencia de irritación y picor. Queda, por tanto, contraindicado su uso ante irritación dérmica e hipersensibilidad a los agentes del producto.

2. Toxina botulínica tipo A:

Es una medida eficaz a corto y medio plazo en casos de hiperhidrosis axilar severa, en axilar que no mejora con alternativas tópicas y en hiperhidrosis palmar.

La toxina botulínica es una neurotoxina que provoca efectos anticolinérgicos en la unión neuromuscular y en los ganglios simpáticos que inervan las glándulas sudoríparas, disminuyendo la sudoración. Su aplicación, por tanto, es subcutánea y consiste en inyectar la sustancia en numerosos puntos de la zona a tratar. Es reversible, su efecto tiene una duración aproximada de 4 meses. Es fundamental mantener la asepsia durante toda la técnica y tras las 48 horas siguientes.

3. Fármacos anticolinérgicos:

El mecanismo de acción de las sustancias que componen estos fármacos tienen el mismo mecanismo de acción que el anterior, pero, su efecto es a nivel sistémico. Su modo de aplicación es la vía oral y queda indicada especialmente en la hiperhidrosis secundaria debido a los graves efectos secundarios que producen (xerostomía, disfunción vesical e intestinal, midriasis, etc.).

4. Iontoforesis:

La iontoforesis es una técnica de electroterapia que consiste en el transporte de los iones de un fármaco a través del paso de una corriente de bajo voltaje a través de la piel. Su mecanismo de acción depende del fármaco que apliquemos, pero siempre actuará sobre la glándula sudorípara disminuyendo la producción de sudor.

Está indicado en hiperhidrosis palmar y plantar, especialmente y también en casos de hiperhidrosis axilar y facial. Su efectividad se ve limitada por su corta duración (5 – 7 días).

5. Ultrasonido:

El ultrasonido es una técnica no invasiva que provoca la penetración de ondas de sonido a través de los tejidos para gran multitud de indicaciones, dependiendo de su intensidad y frecuencia de aplicación.

La evidencia científica ha demostrado que el ultrasonido localizado, pulsado o continuo de alta intensidad es el método más eficaz y seguro (no tiene efectos secundarios) para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar y plantar severa. Obtiene inmediatos resultados y con una programación personalizada adaptando el número de sesiones según la evolución, se logran efectos duraderos.

5 Discusión-Conclusión

La hiperhidrosis es una enfermedad que provoca grandes alteraciones en la calidad de vida del paciente. Los pacientes no solo pueden tener dificultades en la realización de alguna tarea manipulativa que afecte a las actividades de la vida diaria, sino que también influye en el ámbito social, alterando las interacciones sociales, el ocio y el trabajo.

Mejorando a nivel clínico la sintomatología ayudamos al paciente a recuperar un nivel óptimo de calidad de vida, sin embargo, el tratamiento debe abordar las esferas que han sufrido daños para lograr la total recuperación del paciente. Por lo tanto, el abordaje debe ser multidisciplinar.

Es importante realizar una buena valoración y diagnóstico del caso para poder elegir con mayor precisión el tratamiento a seguir. Actualmente, existe evidencia científica de la efectividad de las intervenciones dirigidas al abordaje de la hiperhidrosis, por eso es importante acudir a los especialistas sanitarios.

6 Bibliografía

1. Avila-Medrano Diana Sofia, Mata Lara María Guadalupe, Avila-Medrano Brenda, Uribe-González Paul, Sánchez-Cruz Martha Alicia, Guerrero-Godínez Juan Manuel y Murillo-Bonilla Luis Manuel. Opciones Terapéuticas en Hiperhidrosis. Medicina de Pregrado. 31 de Enero del 2018.
2. Sonia González Delgado; Elisa García Fanju. Decálogo de iontoforesis para el tratamiento de la Hiperhidrosis. Enfermería Dermatológica. año 11, N°. 31 (Mayo-Agosto), 2017, págs. 22-25.
3. Resina E, Jones-Caballero M, Hernández-Núñez A, Pascual M, Daudén TE. Hiperhidrosis localizada. Evaluación de la efectividad, calidad de vida, seguridad y satisfacción tras el tratamiento con toxina botulínica. Med Cutan Iber Lat Am 2018; 46.
4. Ricard Ramos, Juan Moya, Javier Pérez, Rosa Villalonga, Ricard Morera, Ramon Pujol, Gerardo Ferrer. Hiperhidrosis primaria: estudio prospectivo de 338 pacientes. Medicina Clínica Volume 121, Issue 6, 2003, Pages 201-203.

5. Uribe-Ortiz, Paola; Franco-Correa, Victoria. Hiperhidrosis. *Dermatología Revista Mexicana*. 2020, Vol. 64 Issue 4, p26-38. 13p.

Capítulo 294

FISIOTERAPIA EN LA FASCITIS PLANTAR: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

ADRIÁN ORLANDI TORIELLI

RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ

VIRGINIA VELASCO ISUSI

RUBÉN RUIZ REDONDO

1 Introducción

La fascitis plantar es una afección dolorosa que afecta la planta del pie, específicamente la fascia plantar, tejido conectivo grueso que se extiende desde el calcáneo hasta los dedos, creando el arco plantar. Esta estructura absorbe el impacto al caminar.

Cuando la fascia plantar se inflama, irrita o degenera se denomina fascitis plantar, lo que generalmente produce dolor en el talón o en la parte inferior del pie, especialmente al dar los primeros pasos por la mañana o después de periodos de inactividad.

Las causas de esta afección pueden ser diversas, pero a menudo están relacionadas con las cargas repetidas en el pie, produciendo un estrés repetitivo. Algunas de estas causas pueden ser caminar o estar de pie durante largos periodos, correr, llevar calzado inapropiado o realizar actividades que ejerzan tensión en

la fascia plantar. También puede producirse por problemas biomecánicos del pie que produzcan estrés repetitivo, como tener un arco alto o bajo, lo que puede alterar la distribución del peso y aumentar la presión sobre la fascia.

La sintomatología de la fascitis plantar es el dolor punzante o ardor en el talón, en la unión de la fascia plantar y el hueso calcáneo, suele ser más intenso tras un período de inactividad como al despertarse o tras estar un rato sentado. A medida que el pie se mueve y comienza la actividad, el dolor tiende a disminuir. En ocasiones, cuando el dolor es intenso, puede ser debilitante.

El diagnóstico de la fascitis plantar se realiza a través de la historia clínica, un examen físico y en algunos casos se realizan pruebas de imagen para descartar otras patologías que pueden cursar con síntomas similares.

2 Objetivos

- Exponer una visión general de la fascitis plantar, incluyendo su definición, causas y mecanismos de desarrollo.
- Describir los síntomas característicos de la fascitis plantar.
- Mostrar las técnicas y métodos más apropiados para el tratamiento de la fascitis plantar.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en bases de datos como PubMed, Medline, Scielo, Cureus y PEDro, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema de estudio, la fascitis plantar y la fisioterapia.

4 Resultados

El pie es una pieza fundamental en el control postural y la locomoción, y se ha descrito que las patologías del pie tienen un efecto potencialmente negativo en la calidad de vida de una persona [1].

El complejo articular del tobillo permite la flexión plantar y la flexión dorsal del pie. Se compone de un total de tres articulaciones: la articulación talocrural, la

articulación talocalcaneonavicular y la articulación subtalar. De este complejo articular dependen muchas actividades diarias, ya que se trata de la conexión de la pierna con el suelo. El arco plantar tiene tres cúpulas, esenciales para el funcionamiento adecuado del pie. Cuando estas cúpulas se debilitan o colapsan, pueden dar lugar a afecciones como el pie plano, donde el arco plantar se aplanan, o el pie cavo, donde el arco plantar se vuelve excesivamente pronunciado. Entre el 11% y el 15% de los problemas de los pies se deben a la fascitis plantar, causada habitualmente por microtraumatismos regulares, provocando un estrés repetitivo. [2]

La fascia plantar es el tejido conectivo grueso que se extiende desde el calcáneo hasta los dedos, creando el arco plantar. Esta estructura absorbe el impacto del peso del cuerpo humano, cuando se inflama, irrita o degenera se denomina fascitis plantar. Lo que se sabe actualmente es que el aumento de carga fascial es detectado por las uniones entre fibrocitos (mecanotransducción), que luego median cambios en la matriz extracelular, lo que resulta en degeneración mixoide y la rotura de la fascia plantar y las estructuras perifasciales. [3]

Los factores de riesgo de la fascitis plantar son el tiempo que permanecemos de pie, el sobrepeso, mala dorsiflexión del tobillo, edad, actividad física intensa, calzado inadecuado, deformidades del pie, entre otros [4]

La evaluación de un paciente con dolor en el talón debe comenzar con una historia clínica específica para determinar el momento, el inicio, el carácter, la localización y la intensidad del dolor. Por lo general, los pacientes informan de un dolor sordo o punzante, que se localiza en el área alrededor del origen de la fascia plantar en el calcáneo. Este dolor suele empeorar a primera hora de la mañana y al levantarse después de estar sentado. A menudo mejora con la actividad, pero luego empeora a medida que la actividad se prolonga. [3]

La ecografía es un medio rápido para confirmar el diagnóstico de fascitis plantar cuando el espesor de la fascia plantar es mayor de 4.5 milímetros y existen áreas hipoecoicas. También puede utilizarse la ecografía para evaluar la respuesta al tratamiento, ya que el grado de reducción del grosor de la fascia es una medida objetiva de la eficacia del tratamiento, por el hecho de que una fascia plantar más gruesa se correlaciona con un aumento de los síntomas y de las puntuaciones de dolor informadas por el paciente en la escala visual analógica (EVA).

El tratamiento de la fascitis plantar suele ser conservador y más del 90% de los pacientes logran un alivio de sus síntomas en un período de 3 a 6 meses de este.

[5] Los tratamientos que muestran mayor evidencia en la fascitis plantar son: estiramientos con rodillos de espuma del tendón de Aquiles y fascia plantar, ondas de choque, terapia con láser, vendaje, punción seca, cojín de gel para el talón, soporte para el arco y férula nocturna, movilizaciones de la articulación subastragalina, que proporciona una mayor movilidad articular y una reducción del dolor. [1]

5 Discusión-Conclusión

La fascitis plantar se trata de una inflamación, irritación o degeneración de la fascia plantar que causa dolor sordo o punzante localizado en el área del origen de la fascia plantar en el calcáneo y suele ser peor a primera hora de la mañana o al levantarse después de un periodo de inactividad. Las causas suelen ser una carga en la fascia intensa, generada por pasar largos periodos de pie, actividad física intensa, sobrepeso, calzado inadecuado, deformidades en el pie, entre otros. El diagnóstico de la fascitis plantar se realiza mediante una historia clínica, examen físico y utilización de estudios de imagen tales como ecografía, resonancia magnética o radiografía para descartar otras posibles causas del dolor.

Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento inicial se basa en tratamientos conservadores, con los cuales más del 90% de los pacientes encuentran alivio sintomático.

La fisioterapia juega un papel fundamental en estos tratamientos y ofrece un enfoque terapéutico eficaz, con gran cantidad de opciones no invasivas que incluye estiramientos, ejercicios específicos, terapia manual, técnicas de movilización para mejorar la funcionalidad del pie y aliviar los síntomas.

Es importante tener en cuenta que cada paciente es único, y el plan de tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada uno.

Trabajar en estrecha colaboración con los demás profesionales sanitarios que traten al paciente puede ayudar a garantizar un enfoque integral y personalizado para la mejoría de sus síntomas. Con un enfoque adecuado y oportuno, la mayoría de las personas pueden experimentar una mejora significativa en sus síntomas y recuperar su calidad de vida, normalmente muy mermada por sus dolores al caminar.

6 Bibliografía

1. Rhim HC, Kwon J, Park J, Borg-Stein J, Tenforde AS. A Systematic Review of Systematic Reviews on the Epidemiology, Evaluation, and Treatment of Plantar Fasciitis. *Life* (Basel, Switzerland). 1 de diciembre de 2021;11(12).
2. Nadeem K, Asim, Asadullah Arslan S, Ahmad A, Amir Gilani S. Effect of IASTM ergon technique on pain, strength and range of motion in plantar fasciitis patients. *RCT. Physiother Q.* 2023;31(4).
3. Latt LD, Jaffe DE, Tang Y, Taljanovic MS. Evaluation and Treatment of Chronic Plantar Fasciitis. *Foot Ankle Orthop.* 13 de febrero de 2020;5(1).
4. Assad S, Ahmad A, Kiani I, Ghani U, Wadhera V, Tom TN, et al. Novel and Conservative Approaches Towards Effective Management of Plantar Fasciitis. *Cureus.* 5 de diciembre de 2016;8(12).
5. Monto RR. Platelet-rich plasma efficacy versus corticosteroid injection treatment for chronic severe plantar fasciitis. *Foot ankle Int.* 2014;35(4):313-8.

Capítulo 295

IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON NEUROPATÍA DIABÉTICA

MARINA LEYVA ALARCÓN

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

ALONSO SÁNCHEZ CARABIAS

MARTA BAYO AGUSTÍN

1 Introducción

La neuropatía diabética es la complicación más común en personas con diabetes mellitus tipo I, afectando a nervios periféricos sensoriales y motores, aunque también es común en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Las causas son multifactoriales: mal control glucémico, lesiones mecánicas, factores relacionados con el estilo de vida, entre otras. (1)

Esta patología se manifiesta produciendo una disminución de la sensibilidad de las entradas sensoriales, así como pérdida de fuerza muscular y atrofia en miembros inferiores. La información somatosensorial del pie y la propiocepción son determinantes clave para el control motor durante el equilibrio y la marcha, incrementando así el riesgo de caídas y limitando las actividades de la vida diaria. (2)

Puede afectar tanto a hombres como mujeres diabéticas, siendo factores de riesgo la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Existe un mayor impacto en personas mayores con neuropatía, puesto que la edad en este grupo de población es un factor añadido en la alteración de la capacidad funcional de equilibrio. (3)

Por todo esto, existe un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, por lo que el tratamiento fisioterápico será clave para mejorar esta situación y prevenir otras complicaciones asociadas a la neuropatía diabética. (1)

2 Objetivos

- Conocer la utilidad y eficacia de los distintos tipos de tratamiento fisioterápico para la neuropatía periférica.
- Demostrar el impacto de la fisioterapia sobre la calidad de vida de los pacientes neuropáticos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica realizando una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Google Académico.

Se establecieron como criterios de exclusión publicaciones sin acceso a texto completo, publicaciones duplicadas y que no estuvieran previamente revisadas, así como aquellas publicaciones que no trataran sobre este tipo de patología neuropática concreta.

4 Resultados

Existe una amplia posibilidad de tratamientos para mejorar y prevenir esta patología derivada de la diabetes, sin embargo, la cura aún no se conoce. En cuanto a la intervención fisioterápica, abarca un gran abanico de terapias para paliar sus efectos y mejorar la calidad de vida de los pacientes neuropáticos.

Gran parte de los estudios demuestran la práctica de ejercicio físico aeróbico como principal método de tratamiento para esta patología, puesto que ayuda a mejorar el control glucémico y la función física general, incluida la función cardiorrespiratoria. Se ha demostrado que el ejercicio puede conducir a un aumento

de la ramificación de las fibras nerviosas y a un aumento de las respuestas sensoriales en las extremidades inferiores. Por tanto, además de las mejoras más generales en la función fisiológica, el ejercicio tiene el potencial de inducir cambios estructurales en el sistema nervioso que también podrían traducirse en beneficios funcionales para el equilibrio y las actividades relacionadas con la marcha. (4)

El entrenamiento del equilibrio constituye, de igual forma, uno de los principales métodos de tratamiento fisioterápico, puesto que se ha demostrado que ayuda a mejorar el control postural y la función de la marcha, disminuyendo, por tanto, el riesgo de caída. Se puede trabajar tanto el equilibrio estático como dinámico con el uso de superficies inestables, la pelota terapéutica o el trabajo de la marcha realizando “marcha hacia atrás” o la “marcha nórdica. Estos entrenamientos, además, contribuyen al trabajo de fuerza muscular de extremidades inferiores y el trabajo de la presión plantar, siendo clave para la prevención de úlceras plantares. (4)

La disminución de la función sensorial debido a esta patología, especialmente en la región plantar, puede ser particularmente problemática, ya que muchas de las actividades diarias que realizan, requieren información sensorial y propioceptiva óptima para realizarse con éxito y están directamente relacionadas con una mayor incidencia de caídas (4) Por ello, es fundamental el trabajo de estimulación sensorial de los receptores plantares y el trabajo propioceptivo, para así ganar una mayor estabilidad y, por tanto, una mejora del equilibrio directa. Se ha demostrado eficaz tanto la técnica de vibración de todo el cuerpo combinado con ejercicios de equilibrio, como la vibración plantar de baja frecuencia como base única de tratamiento. (5)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el ejercicio físico aeróbico representa una de las principales terapias para prevenir y mejorar la neuropatía diabética, tanto a nivel fisiológico como funcional.

Se ha demostrado que la combinación del ejercicio, con el entrenamiento del equilibrio y la estimulación sensorial y propioceptiva, resulta más eficaz en conjunto que su práctica por separado, para disminuir el riesgo de caída de los pacientes neuropáticos. Estos se ven plenamente beneficiados con este plan de tratamiento, puesto que, al aumentar su fuerza y su seguridad, mejora significativamente su calidad de vida.

Por esta razón, es necesario seguir investigando acerca de nuevas terapias que

puedan seguir beneficiando a pacientes con neuropatía periférica para así contribuir a mejorar su calidad de vida. (1)

6 Bibliografía

1. Asier L, Albisu P, Carrasco A. Plan de intervención fisioterápico de un paciente con neuropatía diabética physiotherapy intervention plan in a patient with diabetic neuropathy. 2018.
2. Ahmad I, Verma S, Noohu MM, Shareef MY, Hussain ME. Sensorimotor and gait training improves proprioception, nerve function, and muscular activation in patients with diabetic peripheral neuropathy: a randomized control trial [Internet]. Disponible en: <http://www.ismni.org>.
3. Prevalencia de Neuropatía Periférica en una Unidad de Diabetes. Revista Uruguaya de Medicina Interna. 10 de octubre de 2020;05(03).
4. Morrison S, Colberg SR, Parson HK, Vinik AI. Exercise improves gait, reaction time and postural stability in older adults with type 2 diabetes and neuropathy. J Diabetes Complications. 2014;28(5):715-22.
5. Stambolieva K, Petrova D, Irikeva M. Positive effects of plantar vibration training for the treatment of diabetic peripheral neuropathy: A pilot study. Somatosens Mot Res. 3 de abril de 2017;34(2):129-33.

Capítulo 296

EFICACIA DE LOS EJERCICIOS RESISTIDOS APLICADOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

1 Introducción

La fibromialgia es una afección crónica que causa dolor generalizado en todo el cuerpo, fatiga muscular y otros síntomas como depresión y ansiedad. Es el segundo trastorno de dolor crónico difuso más común, y es su carácter crónico el motivo por el que puede tener un impacto negativo en la funcionalidad y calidad de vida de las personas que la padecen.

La fibromialgia es una enfermedad que no tiene cura, cuya etiología es desconocida. Las personas afectadas son principalmente mujeres. Los tratamientos han oscilado entre la administración de fármacos (ningún medicamento ha sido capaz de controlar todos los síntomas que aparecen) y terapia conservadora, siendo este último punto donde pueden actuar e intervenir los fisioterapeutas.

La terapia con ejercicios es un componente importante en el tratamiento conservador de la fibromialgia por parte de los fisioterapeutas. Uno de los ejercicios más empleados son los ejercicios resistidos, aunque no existe un consenso claro sobre el efecto de los ejercicios resistidos sobre la calidad de vida, el dolor y la función física de las personas con fibromialgia.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de los ejercicios resistidos en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que sufren de fibromialgia.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de los ejercicios resistidos en pacientes con fibromialgia.
- Evidenciar si su uso es eficaz para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: PEDro, PubMed, Scielo y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "fibromyalgia", "resistance exercises" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

Los ejercicios resistidos aportan beneficios positivos en las personas que sufren de fibromialgia. Se ha descrito una mejora con respecto al alivio del dolor muscular y mejora de la función física, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida, ya que estas personas pueden desarrollar una actividad física más adecuada para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como realizar una práctica deportiva más apropiada y desempeño a nivel laboral mayor.

Si bien es cierto que lo ideal sería combinar los ejercicios resistidos con ejercicio aeróbico. Si se realizan ambos a la vez, los beneficios aumentan tanto en intensidad como en duración en el tiempo. Pero cuando la sintomatología está más acuciada, la ingesta de fármacos que alivie el dolor no debe excluirse por la práctica de estos ejercicios, ya que estos por sí solos no pueden superar todos los efectos adversos y negativos, por lo que la farmacología sigue siendo necesaria. Las personas que sufren de fibromialgia deben realizar este tipo de ejercicios durante toda su vida y de manera continua. Los ejercicios deben estar prescritos

y supervisados por profesionales cualificados (como los fisioterapeutas en este caso), pero una vez aprendidos deben realizarse en el ámbito del hogar. Además, debido a las características y heterogeneidad (edad, condición física previa, estado anímico actual, etc.) de las personas que padecen fibromialgia, los ejercicios deben ser individualizados y personalizados.

Todos los artículos concluyen en que se necesitaría seguir investigando sobre este tema, porque, aunque los resultados son satisfactorios, la evidencia científica debe ser mayor para que los datos obtenidos sean más concluyentes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, todos los estudios indican que los ejercicios resistidos aportan beneficios positivos en personas que padecen fibromialgia. Se produce alivio del dolor muscular y mejora la función física, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida.

Lo ideal es combinar los ejercicios resistidos con ejercicio aeróbico, ya que los beneficios aumentan tanto en intensidad como en duración en el tiempo.

No debe excluirse el tratamiento farmacológico, puesto que la realización de ejercicio no elimina por completo la sintomatología.

Es necesario seguir investigando sobre el tema para que la evidencia científica sea mayor.

6 Bibliografía

1. Bravo C, Skjaerven LH, Guitard Sein-Echaluze L, Catalan-Matamoros D. “Effectiveness of movement and body awareness therapies in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis”. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019 Oct;55(5):646-657.
2. Chen J, Han B, Wu C. “On the superiority of a combination of aerobic and resistance exercise for fibromyalgia syndrome: A network meta-analysis”. *Front Psychol*. 2022 Sep 28;13:949256.
3. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ, Góes SM, Dal Bello-Haas V, Boden C. “Mixed exercise training for adults with fibromyalgia”. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 May 24;5(5):CD013340.
4. Sousa M, Oliveira R, Brito JP, Martins AD, Moutão J, Alves S. “Effects of Combined Training Programs in Individuals with Fibromyalgia: A Systematic Review”. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 11;11(12):1708.

Capítulo 297

STRETCHING GLOBAL ACTIVO EN FISIOTERAPIA

DAVID SIERRA RUIZ

SUSANA PUENTE CANALEJAS

SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER

1 Introducción

La Reeducción Postural Global (RPG) es un método de tratamiento manual creado por el fisioterapeuta francés Philippe Sourchard en los años 80 y está basado en la existencia de las cadenas musculares que componen el sistema músculo-esquelético.

Con el paso del tiempo, las posturas que adoptamos y el estilo de vida que tenemos, se van creando tensiones que producen acortamientos de las cadenas musculares antigravitatorias, lo que provoca deformidades anatómicas y dolor.

El primer paso de este método es el análisis exhaustivo e individualizado del paciente, de su anatomía, fisiología y postura, para después plantear un tratamiento global del individuo. Así, con la RPG, partimos de los síntomas para resolver el problema desde el origen, es decir, desde la causa.

El tratamiento con RPG se basa en la corrección de la postura corporal a través del trabajo en diferentes posiciones en las que se realiza un estiramiento global de todas las cadenas musculares, mejorando la flexibilidad y alineando los segmentos corporales. Para llevarlo a cabo, el paciente tiene un papel activo, ya que

realizará un control de la respiración, contracciones isométricas suaves de la musculatura y estiramientos activos progresivos. Por tanto, podemos decir que es un método activo, suave y progresivo.

La RPG tiene 3 principios fundamentales:

*Individualidad: Cada persona adopta una postura diferente según su anatomía y estilo de vida, por lo que se crean compensaciones distintas entre unas personas y otras.

*Causalidad: Es importante buscar la causa del problema del paciente, que no siempre es cercana al síntoma principal.

*Globalidad: El sistema músculo-esquelético está organizado en cadenas musculares, por lo que, si una parte de la cadena está afectada, también lo estará el resto.

Por ello es tan importante el trabajo global del paciente.

LAS INDICACIONES DE LA RPG SON:

*Alteraciones morfológicas.

*Problemas articulares.

*Problemas musculares.

*Alteraciones posturales.

*Problemas respiratorios.

*Enfermedades del sistema nervioso central y/o periférico.

*Dolor músculo-esquelético.

*Como prevención de lesiones en el deporte.

LAS CADENAS MUSCULARES:

*Cadena inspiratoria: Formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, intercostales, espinales dorsales, pectoral menor, y diafragma (junto con el tendón del diafragma).

*Cadena posterior: Está formada por los músculos espinales, glúteo mayor, pelvitrocantéreos, isquiotibiales, tríceps sural, sóleo, poplíteo y tibial posterior.

*Cadena anterior: Está formada por el esternocleidomastoideo, escalenos, largo del cuello, diafragma, psoas ilíaco, fascia lata, aductores y tibial anterior.

*Cadena superior de hombro: Formada por el trapecio superior, elevador de la escápula, deltoides medio y pectoral menor.

*Cadena antero-interna del hombro: Formada por el subescapular, coracobraquial y fibras superiores del pectoral mayor.

*Cadena anterior del brazo: Formada por el bíceps braquial, coracobraquial, supinador largo, flexores de los dedos y eminencia tenar e hipotenar.

*Cadena antero-interna de cadera: Formada por el psoas ilíaco y los aductores.

*Cadena lateral de la cadera: Formada por el glúteo mayor, el piramidal, tensor de la fascia lata y los peroneos.

2 Objetivos

- 1) Dar a conocer en qué consiste la Reeducción Postural Global (RPG).
- 2) Señalar las diferentes posturas con las que se trabaja en la RPG.
- 3) Explicar los beneficios del trabajo con RPG.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un estudio de la literatura existente sobre Reeducción Postural Global: su origen, en qué consiste, las diferentes posturas con las que se trabaja y sus beneficios terapéuticos. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultándose así varios libros publicados. Por otro lado, se ha realizado una búsqueda en Google académico y en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Cochrane y PEDro) de donde se ha obtenido información de los principales artículos científicos revisados. También se han revisado páginas informales como la página oficial de RPG www.rpg.org.es.

Las palabras clave utilizadas han sido: reeducación postural global, RPG, fisioterapia, stretching global activo y cadenas musculares.

4 Resultados

LAS POSTURAS BÁSICAS DE TRATAMIENTO CON RPG SON:

A) Apertura del ángulo coxofemoral con brazos juntos Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, anterior del brazo, superior del brazo y anterointerna del brazo.

* Rana en el piso: El fisioterapeuta corrige más la musculatura inspiratoria (diafragma, escalenos y pectorales), musculatura cervical, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* De pie contra la pared: Se incide más en la corrección del esternocleidomastoideo, cintura escapular, tórax y miembros inferiores.

* De pie en el medio: Se corrige el esternocleidomastoideo, la espalda, miembros inferiores, el esquema corporal y el equilibrio.

B) Apertura del ángulo coxofemoral brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y antero-interna el brazo. Se corrige la zona cervical, tórax, cintura escapular, miembros superiores y caderas.

* Cierre del ángulo coxofemoral con brazos abiertos: Esta familia de posturas estira las cadenas inspiratoria, antero-interna del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura sentada: Se corrige más el esternocleidomastoideo, la espalda y las caderas.

* Postura rana en el aire con brazos separados: Se puede corregir mejor la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.

* Postura en bipedestación, flexionando el tronco: Se corrige la espalda, caderas y miembros inferiores.

C) Cierre del ángulo coxofemoral brazos juntos: Esta familia de posturas estira las caderas inspiratoria, superior del hombro, anterior del brazo y posterior del brazo.

* Postura rana en el aire con brazos juntos: Se puede corregir más la columna cervical, cintura escapular, miembros superiores, tórax, caderas y miembros inferiores.

LOS BENEFICIOS DE LA RPG SON:

Mejora la flexibilidad muscular.

Mejora la coaptación articular.

Mejora la alineación ósea, articular, muscular y tendinosa.

Mejora la postura corporal.

Alivia el dolor.

Mejora y facilita la respiración.

Contribuye a la prevención de lesiones y dolor.

Mejora la funcionalidad corporal.

SESIONES DE RPG:

El método con RPG se puede aplicar a partir de los 7 años de edad y las sesiones serán individuales y generalmente una vez a la semana, aunque se pueden realizar 2 o 3 veces a la semana si son casos muy agudos y urgentes. Normalmente la sesión tiene una duración de media hora en la que se realizarán 2 posturas. El número total de sesiones dependerá del grado de afectación del paciente y según criterio del fisioterapeuta. Por otro lado, se aconsejará y se instruirá al paciente a que realice autoposturas en casa.

5 Discusión-Conclusión

Lo que hace tan especial a la RPG y a su finalidad, es que no trata enfermedades concretas ni síntomas específicos, sino que busca la causa del problema, su origen.

Se basa en realizar un tratamiento individualizado del paciente a través de un trabajo global, siendo un método suave, activo y progresivo, en el que se respeta siempre los límites de la persona.

Diversos estudios han demostrado los enormes beneficios del tratamiento con el método de RPG como son:

*Patología ósea, articular, muscular y tendinosa: deformidades, coaptación articular, contracturas, falta de flexibilidad muscular, tendinitis, bursitis, traumatismos, dolor, etc.

*Patología dolorosa en columna: escoliosis, lumbalgia, etc.

*Patología nerviosa de origen mecánico: cefaleas, vértigos, etc.

*Alteraciones/disfunciones respiratorias.

*Prevención de lesiones en el ámbito deportivo.

*Prevención postural en niños y adolescentes.

*Mejora del dolor músculo-esquelético y neurológico.

*Mejora de la postura corporal con sus beneficios funcionales, motores, orgánicos, estéticos y psicológicos

6 Bibliografía

- 1) "Reeducación postural global. Tradición, presente, futuro". Philippe E. Souchard, Orazio Meli, Diego Sgamma, Paolo Pillastrini. Grupo Asís Biomedica S.L. ISBN: 978-84-18706-37-0.
- 2) "RPG. Principios de la reeducación postural global". Philippe E. Souchard. Editorial Paidotribo. ISBN: 84-8019-830-3.
- 3) "Reeducación Postural Global (RPG) de Philippe Souchard. Puntos de ruptura con la diaterapia clásica". Montserrat Palacín. Natura medica tri x n.2 45 Invierno 1 996-97.
- 4) "Efectividad de la reeducación postural global frente a la facilitación neuromuscular propioceptiva, para aumentar la extensibilidad de los isquiotibiales en sujetos sanos. Estudio piloto". A. Garrido-Marín, D. Román-Guzón, P. EncinasLópez, M. Fernández-Serrano, A. Serrano-Imedio. R. Ortega-Santiago. Cuest. fisioter. 2013, 42(2): 98-106.

Capítulo 298

MASAJE INFANTIL Y SALUD DEL NIÑO

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

El masaje para bebés es un procedimiento que realizan los padres a su bebé e incluye técnicas de relajación. Esta práctica se remonta a la antigüedad y está experimentando un renacimiento en la medicina occidental, particularmente en la atención a la primera infancia. Esto se debe a que varios autores han señalado que este procedimiento ofrece una serie de beneficios a corto y largo plazo incluso para los bebés. Tanto el bebé como sus padres En los bebés, el masaje infantil provoca cambios fisiológicos y orgánicos en diversos sistemas, mejorando funciones corporales clave, incluidas las preferencias. Para otros, dormir y descansar . Varios estudios con padres han demostrado que el masaje infantil regular mejora el vínculo emocional con los bebés, influyendo en el desarrollo emocional tanto de los bebés como de los padres . Para los bebés con discapacidades que típicamente tienen funciones orgánicas deterioradas, como el apego emocional, tienen enfermedades persistentes o corren riesgo de sufrir discapacidades del desarrollo, los estudios han demostrado que el masaje infantil proporciona los mismos beneficios que para otros niños. Además de favorecer el desarrollo y la maduración , tiene en cuenta las características de cada discapacidad y de cada niño.

2 Objetivos

Dar a conocer la evidencia científica disponible sobre los beneficios del masaje infantil para fundamentar su práctica en Atención Temprana, así como las consecuencias en la salud del niño.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, IME, Cochrane, ENFISPO y Scielo, así como en Google Scholar. Palabras clave utilizadas: masaje, primera infancia, desarrollo y discapacidad, uso del operador lógico AND (entre los dos primeros). Se incluyeron artículos relacionados con el masaje infantil en español, inglés y francés.

4 Resultados

El propósito de esta revisión es analizar la literatura científica existente sobre los beneficios del masaje infantil en general y para una variedad de trastornos del desarrollo, identificar el mayor conjunto de evidencia científica que respalda el uso del masaje infantil e informar la promoción de hecho. Los beneficios del contacto piel con piel para la madre y el bebé son tan grandes que una forma de mejorar la salud de los bebés prematuros es mantener al bebé y a la madre desnudos el mayor tiempo posible. . . Según Plaza, Díaz, Ruiz, Rodríguez, Vargas y Lorenzo (2011), este método recibe el nombre de “madre canguro” y nació en 1978 por el pediatra colombiano Edgar Rey-Sanabría.

Analizando los artículos seleccionados, se puede observar que el masaje infantil tiene ciertos beneficios para diversos aspectos de la salud y el desarrollo de los niños , ya que la piel, el órgano sensorial más grande del cuerpo, es uno de los órganos sensoriales más importantes. órganos del cuerpo. Es un medio de percibir el mundo externo porque transmite señales y mensajes del ambiente externo al ambiente interno a través del tacto. En general, podemos confirmarlo por Field et al. Este contacto piel con piel crea cambios fisiológicos que permiten que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente y mejora la relación entre padres e hijos. A continuación presentamos los resultados de investigación más relevantes sobre los cambios fisiológicos que induce el masaje infantil en diversos sistemas y procesos orgánicos y su impacto en la interacción entre padres e hijos. Efectos sobre el sistema nervioso.

En primer lugar, se ha descubierto que el masaje infantil estimula el sistema nervioso central . Según Schneider , la estimulación sensorial y táctil que proporciona el masaje infantil activa el proceso de mielinización y mejora la comunicación cerebro-cuerpo. Esto también fue cierto en el estudio de Guzzeta et al. Se ha demostrado que el masaje para bebés acelera el desarrollo cerebral y la maduración visual.

A nivel hormonal, el masaje infantil reduce la liberación de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) . Esto juega un papel importante a la hora de mantener al bebé alerta para que pueda notar, sentir, participar y escuchar cuando está estresado. . y experiencia, es decir aprendizaje; Sin embargo, si se mantiene la vigilancia durante demasiado tiempo, aparece el estrés y el cuerpo bloquea la información sensorial, deteniendo por completo el proceso de aprendizaje . El masaje infantil promueve el aprendizaje al reducir la liberación de ACTH y mantener un equilibrio entre tensión y relajación. La ACTH, por otro lado, induce la liberación de corticosteroides, que suprimen las respuestas inmunes, un proceso que puede debilitar el sistema inmunológico .

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta las referencias analizadas, se puede suponer que el masaje infantil aporta realmente grandes beneficios al bebé en diversos aspectos físicos, orgánicos y psicológicos, especialmente en el campo de las emociones, que se ven influenciadas positivamente por el masaje. Desarrollo evolutivo. Si su hijo sufre ciertos trastornos del desarrollo, el masaje infantil puede ayudar a mejorar ciertos síntomas y resultados causados por estos trastornos. El masaje para bebés, que los padres aplican a sus bebés, aumenta el vínculo emocional. Esta es una consideración particularmente importante para las familias con niños que tienen discapacidades del desarrollo o están en riesgo. Esto se debe a que el vínculo afectivo con el niño suele verse alterado en estas situaciones. Se han encontrado varias contradicciones respecto a los efectos del masaje infantil sobre el crecimiento y el desarrollo psicomotor. Porque algunos autores han confirmado que este método tiene un efecto positivo en estos dos aspectos, especialmente en bebés prematuros y con bajo peso al nacer, mientras que otros lo enfatizan. No afecta significativamente el desarrollo psicomotor de niños sanos ni el crecimiento de niños con discapacidades generales del desarrollo .

6 Bibliografía

1. Feminias Andreu M. El masaje infantil aplicado a la escuela: nuevas estrategias para la mejora de la calidad afectiva y emocional en atención temprana(tesis doctoral). Palma de Mallorca: Universidad de las islas Baleares; 2011.
2. Schneider V. Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre. 4ª ed. Barcelona: Medici; 2011.
3. Blackwell P. The influence of touch on child development implications for intervention. *Infants and Young Children*. 2011; 13(1): 25-39.
4. Field T. Massage therapy for infants and children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2011; 16: 105-11.
5. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Feijo L, Vera Y, Gil K. Massage therapy by parents improves early growth and development. *Infant Behavior and Development*. 2011; 27: 435-42.
6. Field T, Kilmer T, Hernandez-Reif M, Burman I. Preschool children's sleep and wake behavior: effects of massage therapy. *Early Child Development and Care*. 2011; 120: 39-44.

Capítulo 299

PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN EL EMBARAZO.

SONIA GUIJARRO MORENO

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

1 Introducción

La salud oral tiene un papel muy importante en la sociedad, ya que influye directamente en la salud general de las personas y en la calidad de vida de estas. Cuando hablamos de salud oral nos referimos a la ausencia de enfermedad bucodental, incluyendo en el término bucodental tantas estructuras blandas (labios, mejillas, encías y lengua) como duras (maxilares y dientes).

Existen situaciones vitales de especial vulnerabilidad, uno de estos casos se presenta durante el embarazo, etapa en la que la mujer presenta múltiples cambios fisiológicos. Los cambios hormonales pueden producir una respuesta inflamatoria desproporcionada frente a las bacterias, provocando en las encías enrojecimiento, inflamación, sangrado e incluso pérdida dentaria. Además, el ácido estomacal puede causar erosión dentaria con el frecuente reflujo gastroesofágico y con los vómitos. Pero la pobre salud oral no solo afecta a la futura madre, sino que también podría estar relacionada con partos prematuros y bajo peso al nacer.

Por todos estos motivos es de gran relevancia que la embarazada solvente los problemas bucodentales preexistentes con la máxima premura y lleve un control odontológico a lo largo de todo el embarazo. En este capítulo se tratará el papel del higienista bucodental en la educación y promoción de la salud oral para las embarazadas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel del higienista en el embarazo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos manuales relacionados con la higiene bucodental y con los cuidados de las embarazadas. Así mismo, también se han realizado búsquedas en distintos buscadores web como Google.

4 Resultados

Las áreas de intervención del higienista bucodental en los distintos programas de educación y promoción de la salud para embarazadas se desarrollarán en los servicios de Atención Primaria, y se dividen en: información sobre los controles y actividades formativas que se van a realizar a lo largo del embarazo, asesoramiento sobre los cambios durante el embarazo y asesoramiento sobre estilos de vida saludables. Todo esto se llevará a cabo a través de cuatro líneas estratégicas:

- Mantener sanos dientes y encías: ya que la patología periodontal puede llevar a un parto prematuro y bajo peso al nacer, pues existe la posibilidad de transmisión bacteriana por la saliva de la madre al niño.
- Evitar o tratar las náuseas, vómitos y reflujo gástrico porque es muy frecuente que la embarazada los sufra y esto puede provocar erosión dental.
- Prevenir la enfermedad periodontal: muchas mujeres pueden desarrollar patologías periodontales durante el embarazo debido a los cambios hormonales, por ello hay que asegurarse de ofrecer una adecuada formación en cuidados orales y en el caso de que aparezca tratarla cuanto antes.
- Dejar de fumar: fumar durante el embarazo no solo compromete la salud de la madre, sino también la del feto.

Los principales autocuidados sobre los que el higienista bucodental asesorará a la embarazada se pueden agrupar en:

- Programación de visitas al odontólogo durante el embarazo: las visitas se podrán establecer en cualquier momento durante la gestación, aunque lo más recomendable es programarlas durante el segundo trimestre.
- Mantenimiento de una adecuada higiene oral: cepillarse los dientes al menos dos veces al día, usar un cepillo de cerdas suaves y tamaño pequeño para prevenir las náuseas, usar pasta fluorada y limpiar entre los dientes con hilo dental.
- Cuidado de la dieta: limitar los alimentos azucarados durante las comidas y no entre horas, evitar el consumo de zumos comerciales sustituyéndolos por zumos naturales y evitar las bebidas carbonatadas.
- Si existen vómitos frecuentes: tomar pequeñas cantidades de fruta, vegetales, yogures y queso a lo largo del día, usar colutorio de flúor diario y enjuagarse con agua y una cucharadita de bicarbonato disuelto después de vomitar.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desarrolla el higienista bucodental dentro de los programas de educación y promoción de la salud de embarazadas es fundamental y determinante para una adecuada prevención de problemas orales que puedan repercutir tanto en la propia embarazada como en el feto. Además, también ejerce labores de apoyo al odontólogo en estas tareas.

Es muy importante que en todas estas labores que realiza el higienista bucodental mantenga una actitud de escucha activa, un lenguaje sencillo y claro y una marcada empatía con la embarazada. No debemos olvidar que se está tratando con pacientes que están pasando por muchos cambios tanto a nivel fisiológico como emocional y que suelen presentar muchas dudas y temores.

6 Bibliografía

1. Organización Colegial de Dentistas de España. Guía práctica, salud oral y embarazo. (Internet). 3ª Edición; 2021. Disponible en: <https://saludoralyembarazo.es/wp-content/uploads/2021/06/SALUD-ORAL-Y-EMBARAZO-web.pdf>.
2. Ilerna Online S.L. Manual de higiene bucodental: Educación para la salud oral. 2ª Edición; septiembre 2018.

Capítulo 300

PAPEL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA APLICACIÓN DE SELLADORES DENTALES

SONIA GUIJARRO MORENO

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

1 Introducción

Basándonos en múltiples estudios epidemiológicos relacionados con la aparición de caries, se llega a la conclusión de que estas aparecen con mayor frecuencia en las superficies oclusales de premolares y molares. Este tipo de superficies representan tan solo el 12% de toda la superficie dental, pero en ellas aparecen el 50% del total de caries. Esto es debido principalmente a su anatomía, ya que presentan múltiples surcos y pequeñas fisuras.

Las fosas y fisuras son las hendiduras e irregularidades presentes en la superficie oclusal de molares y premolares. Estas irregularidades de la superficie facilitan la entrada de restos alimenticios en el diente y con ello la entrada de bacterias que pueden ocasionar caries.

El riesgo de aparición de caries dependerá de la profundidad y anchura de las fisuras, a más profundidad y menor anchura, mayor riesgo de caries se producirá. Además, cabe destacar que esta zona es donde el esmalte presenta menor grosor. Por todo ello, es muy importante que el higienista bucodental realice la aplicación de selladores en fosas y fisuras en la población tributaria según la legislación correspondiente.

El sellado consiste en la aplicación de una resina fluida capaz de penetrar en las irregularidades de los surcos. Este procedimiento tiene como objetivo modificar la morfología de la superficie oclusal haciéndola más lisa para que así retenga menos placa y la limpieza sea más sencilla. Además, el sellado realiza un cierre hermético que impide el intercambio químico de sustancias alimentarias y posibles bacterias entre la saliva y el fondo del surco.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo serán los siguientes:

1. Exponer las características de los pacientes tributarios de selladores
2. Explicar la preparación previa a la aplicación de los selladores que realiza el higienista bucodental
3. Explicar las técnicas usadas por el higienista bucodental durante la aplicación de selladores en fosas y fisuras.

3 Metodología

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

También se ha realizado una búsqueda a través de la web de la diferente legislación aplicable a los servicios de odontología en el SESCOAM.

4 Resultados

Atendiendo al Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, en el Programa de Atención Dental Infanto-Juvenil (PADI) se incluirá dentro de los tratamientos dentales básicos el sellado de fosas y fisuras de primeros y segundos molares permanentes a

la población comprendida entre 6 y 15 años del territorio de Castilla La Mancha. Dicha función será ejercida principalmente por el higienista bucodental en los centros de atención primaria.

Antes de comenzar con la técnica de aplicación de sellado de fosas y fisuras, el higienista bucodental se debe asegurar de que el área de trabajo sea una zona libre de placa bacteriana, esto lo conseguirá con una adecuada profilaxis. Dicha limpieza puede realizarse de distintas formas:

- Limpieza dental con cavitron.
- Limpieza con copa de goma o cepillo de profilaxis. No se recomienda usar pasta de profilaxis porque podría dificultar el grabado del ácido ortofosfórico.
- Limpieza con bicarbonato sódico a presión.

Al finalizar cualquiera de estas técnicas es aconsejable enjuagar y secar la zona a tratar.

A la hora de realizar el sellado es muy importante que la superficie de grabado esté bien limpia para facilitar la completa penetración de los sellantes, facilitando así una buena adhesión que sea capaz de resistir la contracción por polimerización. Las técnicas usadas por el higienista bucodental para la aplicación de los selladores se resumirán en:

1. Aislamiento del campo operatorio.
 2. Profilaxis de la superficie oclusal.
 3. Lavado y secado con la jeringa de aire seco.
 4. Aplicación del ácido ortofosfórico a concentración del 37%, se dejará actuar durante 30 segundos.
 5. Lavado del ácido y secado.
 6. Aplicación del sellador en todos los surcos y fisuras ayudándose de una sonda para evitar burbujas.
 7. Polimerización con lámpara halógena durante 30 segundos.
 8. Comprobación del sellado con una sonda.
 9. Retirada del aislamiento y comprobación de la oclusión con papel de articular.
- Se suele realizar una revisión del paciente entre los 6 y los 12 meses de la aplicación de los selladores, debido a que si se produce un fracaso del sellado, esto suele ocurrir durante el primer año.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión, la aplicación de selladores en fosas y fisuras es una tarea fundamental del higienista bucodental dentro de la prevención de caries, y valoramos muy positivamente que esta técnica esté incluida en el PADI del SESCOAM,

ya que el cuidado de la salud oral de los menores es fundamental y muchas familias en situación de vulnerabilidad no podrán permitirse el coste de estos servicios en clínica privada.

Consideramos que es muy importante que el higienista bucodental posea las habilidades sociales necesarias para el trato con la población infantil, porque en muchos casos la primera toma de contacto de los niños con la consulta de odontología suele generar miedos, ansiedad y alteraciones de conducta.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Ilerna Online S.L. Manual de higiene bucodental: Intervención bucodental. 1ª Edición; abril 2017.
5. Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/decreto_273.pdf.

Capítulo 301

IMPORTANCIA DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA PREVENCIÓN DE CARIES

SONIA GUIJARRO MORENO

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

1 Introducción

Entendemos la caries como un daño que se produce en el esmalte dental a causa de la fabricación de ácidos por parte de las bacterias que están presentes en la boca. Estas bacterias toman el azúcar de los alimentos para fabricar los ácidos anteriormente mencionados. Si las caries no son tratadas pueden provocar dolor, infección y pérdida de la pieza dental afectada.

Cuando las bacterias causantes de las caries se mezclan con los alimentos en la boca, se forma una película pegajosa, la placa bacteriana. Esta placa se va endureciendo con el paso del tiempo y va dando lugar a la formación del sarro. Existen dos tipos de placa bacteriana: la placa periodonto patogénica (responsable de las enfermedades periodontales) y la placa cariogénica (libera ácidos sobre la superficie dentaria), esta última es la responsable de la formación de caries. Para evitar

la acumulación de placa bacteriana y, por lo tanto, de la aparición de caries, es fundamental mantener unas adecuadas rutinas de higiene oral.

El primer abordaje de la caries será el empaste u obturación dental, este tratamiento se basa en la extracción del tejido afectado por la caries y la sustitución del mismo por una resina de composite que le devolverá a la pieza dental su funcionalidad y estética.

En este capítulo abordaremos el papel determinante que posee el higienista bucodental en la educación al paciente para la prevención de caries.

2 Objetivos

- Identificar a las personas que tienen más riesgos de aparición de caries.
- Exponer las indicaciones que ofrece el higienista bucodental para la prevención de caries.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una tarea fundamental la impartición de educación para la salud oral por parte del higienista bucodental desde los centros de atención primaria, tanto en el propio centro de salud como en los diferentes centros educativos. Al igual que importante es saber identificar los pacientes con mayor riesgo de desarrollar caries dentales, estos serán:

- Personas que debido a ciertas enfermedades o tratamientos farmacológicos presentan una disminución en la producción de saliva
- Personas que presentan un déficit de flúor
- Personas que consumen grandes cantidades de carbohidratos y azúcares y presentan una higiene dental deficitaria
- Atendiendo a la edad:

1. Los bebés e infantes que toman biberón presentan un mayor riesgo de aparición de caries, especialmente si éstos se quedan durmiendo mientras están tomando el biberón, ya que expondrán los dientes durante un período de tiempo bastante largo a los azúcares de la leche.

2. Las personas mayores presentan en su mayoría retracción de encías y un mayor desgaste de las piezas dentales por el paso del tiempo. Estos factores aumentan el riesgo de aparición de caries en las superficies expuestas de las raíces dentales. Las recomendaciones ofrecidas por el higienista bucodental para la prevención de caries se pueden resumir en:

- Mantenimiento de una adecuada higiene oral mediante:

- Un correcto cepillado, para ello se debe indicar al paciente que no existe una técnica mejor que otra mientras no se lesionen las encías o los propios dientes, pero hay que tener en cuenta ciertas indicaciones: se deben cepillar los dientes al menos dos veces al día y cada cepillado debe durar al menos tres minutos. Lo ideal es realizar el cepillado después de cada comida y en los momentos de acostarse y levantarse para eliminar la placa acumulada.

- Uso de seda dental tras el cepillado para poder eliminar correctamente la placa más inaccesible de los espacios interproximales. Un buen hilo de seda será aquel que a pesar de tensarlo fuerte no se deshaga.

- Uso de colutorio tras el cepillado. Estos presentan una composición similar a las pastas dentífricas, pero no llevan sustancias abrasivas. Los colutorios más adecuados para la prevención de caries son los que contienen flúor.

- Los irrigadores bucales son recomendables para complementar el cepillado en pacientes con ortodoncia y prótesis fijas.

- Recomendaciones dietéticas:

- Reducir el consumo de azúcares durante la dieta, sustituyéndolos por edulcorantes no cariogénicos como sorbitol, xilitol, sacarina o aspartamo.

- Evitar el picoteo entre comidas.

- Disminuir el consumo de alimentos pegajosos que se adhieren a la superficie dental.

- En el biberón nocturno de los bebés, sustituir los carbohidratos fermentables por pequeñas cantidades de edulcorantes como xilitol y sorbitol.

- Evitar el consumo de tabaco

- Aplicación de selladores:

- Es muy recomendable la aplicación de selladores en los premolares y molares permanentes de los niños.

- Revisiones periódicas con el odontólogo y limpiezas dentales profesionales

5 Discusión-Conclusión

En nuestra opinión, el principal agente transmisor de información para la prevención de caries, es el higienista bucodental. Por ello, estos profesionales, además de tener una completa formación clínica, deben estar instruidos también en las distintas técnicas para la promoción de la salud oral, entendiendo estas como el manejo de grupos, la conversación directa con el paciente, la elaboración de manuales educativos/trípticos y de presentaciones para medios audiovisuales. Consideramos que estas labores de formación en la prevención de caries por parte del SESCOAM deben acercarse a más ámbitos de la comunidad y que no solo se realicen en los centros de salud y los colegios, sino que también se acerquen a otro tipo de centros como residencias de mayores y centros de personas con diversidad funcional.

6 Bibliografía

1. Ilerna Online S.L. Manual de higiene bucodental: Educación para la salud oral. 2ª Edición; Septiembre 2018
2. Barroso J., Guinot F., Barbero V. y Bellet L., Gaceta Dental. La importancia de la dieta en la prevención de caries (Internet). Mayo 2007.
3. MedlinePlus. Caries (Internet). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/toothdecay.html>.

Capítulo 302

LA EDUCACIÓN SANITARIA: UNA HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD

ALICIA RODRÍGUEZ-BORLADO GONZÁLEZ

1 Introducción

¿Qué es Salud según la OMS?

La Organización Mundial de la Salud define la salud como: “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad, cuando la persona tiene salud tiene un estado completo de bienestar.

¿Qué es Educación para la Salud?

El individuo, el paciente o el familiar forman parte del proceso educativo en salud, las personas adquieren conocimientos con este proceso que les van a permitir mantener su estado de salud y en el caso de que la enfermedad ya este presente les va a permitir tener una vida más saludable dentro de sus posibilidades. El proceso educativo para la salud va a hacer que las personas adquieran los conocimientos necesarios para poder afianzar comportamientos saludables o bien para poder cambiarlos en el caso de que estos hábitos no sean tan saludables.

Por lo tanto, cuando hablamos de Educación Sanitaria o Educación para la Salud nos estamos refiriendo a un proceso de educación en el que participa un componente fundamental EL INDIVIDUO O PACIENTE.

Debido al importante crecimiento de enfermedades en la sociedad actual, como obesidad, diabetes, etc. y a la facilidad que tiene la sociedad para practicar el sedentarismo, se hace necesarias cada vez más la implantación de políticas basadas en la Promoción y Prevención de la Salud.

La formación de los principales componentes de estas políticas se hace totalmente imprescindible, para poder EDUCAR EN SALUD, los profesionales sanitarios tienen que estar antes bien formados.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer a la población qué es la Educación Sanitaria, las características de una correcta educación en salud y los métodos que se utilizan para llevarla a cabo, así como las herramientas propias de la prevención y promoción para la salud. Otro objetivo, por tanto, también es enseñar que es la Educación Sanitaria: sus componentes, y métodos de realización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la 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, haciendo una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay dos conceptos importantes en educación para la salud; uno es la prevención de la salud y otro la promoción de la salud, sin estos conceptos no se entendería el trabajo de mejora continua de la salud general que realizan todos los profesionales sanitarios.

Prevención de la salud.

Prevención primaria: Está dirigida a impedir o retardar la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos. Tiene por objetivo la disminución de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección (Rochon, 1992). La OMS define la prevención primaria como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

Prevención secundaria: Es en esta prevención donde la Educación para la salud juega el papel más importante. Está encaminada a detener el proceso patológico lo antes posible después de su aparición. Las técnicas de la prevención son el

seguimiento y la vigilancia de prácticas de alto riesgo y la educación sanitaria sistemática y específica está destinada a detectar, en un estadio precoz, las enfermedades que no pueden evitarse con la prevención primaria.

Prevención terciaria: La prevención terciaria intenta impedir las recaídas y reducir las complicaciones o las secuelas de las enfermedades o de los accidentes a partir del tratamiento y de la rehabilitación. La prevención terciaria se halla integrada en el tratamiento y forma parte de la asistencia médica. Según la OMS define la prevención terciaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población reduciendo al mínimo las invalideces funcionales causadas por la enfermedad, esto no solo conlleva un componente asistencial, también conlleva un componente económico, ya que a mayor número de bajas médicas mayor gasto para las administraciones.

Promoción de la salud

Lalonde en 1974 y Dever también fueron grandes contribuyentes en los movimientos sociales para la mejora en la calidad de vida de las personas, mediante la intervención en los estilos de vida y en el medio ambiente, esto provocó hacia la mitad de los años 80 que la promoción de la salud se estableciera como una disciplina en Salud Pública.

Concepto de promoción de la salud: La Promoción de la Salud es el proceso por el cual se capacita a la gente para aumente el control de su propia salud y así pueda mejorarla. Es una estrategia mediadora entre la población y su entorno. Tiene su importancia en el desarrollo de una serie de medidas para promover la promoción de la salud, cada vez se hace más necesario que todas las partes de la Sociedad se involucren en la mejora de la salud:

1. La promoción de la salud desarrolla políticas que apoyen la SALUD, se busca que la SALUD forme parte de los programas de acción de los políticos.
2. Creación de entornos favorable para la salud, cuidar en medio ambiente es cada día más importante, un entorno saludable va a ayudar a cuidar y a mejorar la salud de las personas.
3. Refuerzo de la Acción de la Comunidad: La Comunidad tiene que ser partícipe en los programas de Promoción de la Salud y tiene que tener su propio poder y ejercer el control de las iniciativas y actividades de salgan de ella.
4. Adquisición de Aptitudes Individuales: Las personas tienen que ser capaces a través de la Información y de la Educación Sanitaria de desarrollar las habilidades necesarias para lograr tener una vida saludable, tanto a nivel personal como a nivel social.
5. Otro punto importante es la Reorientación de los Servicios Asistenciales: las consultas tienen que ser capaces de cambiar hacia la promoción de la salud, hasta

ahora el personal sanitario y el paciente eran meros espectadores, ahora tienen que ser partícipes de esta mejora de la salud implicándose en todos los procesos de mejora de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Educación sanitaria.

La educación sanitaria es el pilar más importante en la prevención de la enfermedad, es el mejor instrumento para la transmisión y penetración de la educación sanitaria en las personas. Concienciar a la población de la gran importancia que tiene el cuidado de su salud, ayudará a que se establezcan hábitos saludables en sus vidas.

La educación sanitaria tiene dos metas principales que son:

- Reducción de las principales enfermedades, así como lo que conllevan estas enfermedades, el aislamiento y el sufrimiento, tanto de las personas que las sufren como de sus familias.
- Promoción y Protección de la salud de las poblaciones a lo largo de la vida de las personas.

Dos son los pilares en los que se apoya la educación sanitaria:

Uno es la persona que aprende y otro es el educador, sin estos pilares la Educación para la Salud no tendría razón de ser, un educador tiene que tener una persona a la que enseñar y viceversa, el paciente, familiar o individuo tiene que tener a alguien que lo guíe en Salud.

Papel de las distintas administraciones educativas.

En el contexto de la promoción y prevención de la salud bucal, es importante que las Educadoras de Párvulos y Técnicos en Educación consideren actividades educativas con los niños y niñas, respecto a la formación de hábitos de alimentación saludables, y la formación de buenos hábitos de salud.

También juegan un papel muy importante las familias en lo que respecta a la Promoción y Prevención de la Salud, se deben aclarar sus dudas e inquietudes, de manera que ellas tengan la confianza de aplicar buenas prácticas de crianza y fomenten hábitos saludables.

Los profesionales sanitarios no solo tienen el deber de velar por la salud de los pacientes, también están en la obligación de ser partícipes en la tarea de prevenir la enfermedad.

El bienestar físico y mental, es uno de los objetivos que se persigue con la Educación Sanitaria. Se hace totalmente necesario realizar cambio en los malos hábitos que afectan a la Salud.

6 Bibliografía

1. La educación multimedia como apoyo en el manejo de pacientes con diabetes tipo 2.

Ignacio Pineda-Del Aguila, Luvia Velazquez-Lopez, M.A Victoria Goycochea-Robles, Fabiola Angulo-Angulo, Jorge Escobedo-de la Peña.

2. "Odontología Preventiva y Comunitaria". A. Castaño, D. Ribas

3. LALONDE M: "A New Perspective on the Health of Canadians". Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974.

Capítulo 303

PACIENTE POLIMEDICADO: SITUACIÓN ACTUAL Y ABORDAJE DESDE LA OFICINA DE FARMACIA.

EVA ROCÍO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los avances en materia sanitaria han propiciado un aumento de la esperanza de vida de la población, sobre todo en países desarrollados, que ya supera los 80 años. En ancianos es donde se prescriben más medicamentos y junto con la intensificación de la farmacoterapia y las diversas estrategias de farmacoprevención, se observa un crecimiento exponencial de pacientes polimedicados. Desde la oficina de farmacia, donde el farmacéutico tiene contacto y comunicación directa con el paciente y donde este acude a retirar el medicamento, se puede llevar a cabo una labor muy importante en términos de salud pública y con beneficios económicos para el sistema nacional de salud.

El conocimiento y la tecnología de la que disponemos en la actualidad permite al farmacéutico disponer de herramientas suficientes para llevar a cabo la comprobación de las prescripciones, revisar la posibilidad de interacciones entre ellas, evitar duplicidades en la toma de medicamentos, observar e instar al paciente a la adherencia terapéutica y establecer un protocolo de actuación para derivar al médico si fuera necesaria su actuación, con el que además tendrá contacto directo. Todo ello con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente polimedicado, reducir al máximo los problemas relacionados con el medicamento y aumentar su calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importante labor del farmacéutico como especialista del medicamento en el seguimiento de pacientes polimedicados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 población se encuentra cada vez más envejecida y con la edad van apareciendo problemas de salud para los que el médico prescribe medicación, en muchos casos acumulándose y simultaneando varios tratamientos para una o varias patologías. En el Acuerdo n° 714 del Pleno 25 de marzo de 2009, Acta n° 85 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en materia del uso racional del medicamento, se definió al paciente polimedicado como “aquella persona con enfermedad crónica que están tomando más de 6 medicamentos de forma continuada, durante un periodo igual o superior a 6 meses”. Cualitativamente, también podemos incluir en la definición cuando se prescriben o ingieren más medicamentos de los que son clínicamente apropiados o que finalmente producen más efectos secundarios indeseables para los cuales se prescriben más fármacos. Se genera así un círculo vicioso llamado cascada terapéutica que incrementa aún más la problemática. A más medicación, más frecuencia de efectos adversos. De tal forma que los estudios nos indican que la frecuencia de estos es del 6% cuando un paciente toma dos medicamentos, del 50% cuando toma cinco y del casi 100% cuando toma ocho o más.

Es un problema de salud pública que se ve agravado porque afecta a personas de edad avanzada en los que existen cambios fisiológicos (deterioro de la función hepática, renal y cardíaca asociada a la edad) que afectan a la farmacocinética y farmacodinámica de los fármacos. A esto se le suma el deterioro cognitivo y sensorial, lo que les dificulta la comprensión y el correcto cumplimiento terapéutico.

Si a todo esto le sumamos que son individuos que en su mayoría viven en soledad, encontramos estudios que observan una baja tasa de adherencia terapéutica(8). Se ha documentado un incumplimiento del 15% cuando se toma una única medicación, de un 25% con dos o tres fármacos y de hasta un 35% cuando se toman cuatro o más.

El coste sanitario que supone la falta de adherencia y las reacciones adversas en polimedicados es bastante alto. El colectivo de pacientes al que estamos dedicando la presente revisión bibliográfica generó en 2009 (España) el triple de demanda asistencial que el resto de la población, consumió el 75% del gasto farmacéutico, se observó que el 48,2% de los efectos adversos estaban relacionados con medicación y que estaba relacionado con el 5% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia de 3000€.

El abordaje de este problema de salud pública puede contemplarse englobando a todos los profesionales sanitarios que se encuentran alrededor del paciente. En el caso que nos atañe y al que estamos enfocando este estudio, vamos a centrarnos en la actuación del farmacéutico de oficina de farmacia. Es el profesional responsable de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos y puede tener un amplio abanico de posibilidades para reducir el número de fármacos empleados, fomentar la adherencia terapéutica y asegurar el cumplimiento del tratamiento, prevenir las reacciones adversas medicamentosas (RAM), mejorar la calidad de vida del paciente y, por tanto, disminuir los costes sanitarios en cuanto a gasto farmacéutico y hospitalizaciones. Hay estudios que demuestran que tras una correcta intervención farmacéutica se minimizan los fármacos prescritos, en concreto en el estudio llevado a cabo por Chumney y Robinson se pasó de 5,7 a 4 medicamentos en cuestión de un año y hasta el 80% reconoció haber aumentado su adherencia debido al mejor conocimiento de la medicación.

Para realizar el seguimiento terapéutico en oficina de farmacia debemos seguir un protocolo de actuación consensuado y estandarizado que comience por la entrevista personal del paciente. Para ello nos ayudaremos de un soporte informatizado y una aplicación (Checkthemeds®) donde automatizaremos los datos personales, sus alergias o intolerancias y elaboración del perfil farmacoterapéutico. Desde el año 2000, se está usando el método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico.

Es un método desarrollado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada basado en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, los problemas de salud que presenta y medicamen-

tos que utiliza. Tras esta intervención, se lleva a cabo una actuación si se detectan posibles interacciones o reacciones adversas y se procede a elaborar un informe de derivación al médico donde se detalle la problemática y se adjunten sugerencias de sustitución de medicamentos. Es ahí donde el médico puede proceder a de prescribir o prescribir nuevos tratamientos óptimos para ese paciente. En el siguiente paso vuelve a intervenir el farmacéutico, comprobando los cambios y volviéndolos a someter al mismo método que al principio y realiza el seguimiento del paciente con una nueva entrevista donde se le proporciona información y se asegura de que conoce su tratamiento, evaluando el grado de adhesión y aceptación de las recomendaciones.

5 Discusión-Conclusión

La ley de regulación de servicios de oficinas de farmacia insta al farmacéutico a garantizar el uso racional del medicamento y a realizar el seguimiento farmacoterapéutico de sus pacientes, llevando a cabo una revisión de los tratamientos, sobre todo en paciente polimedicado, colectivo cada vez más abundante y que consume gran porcentaje de los presupuestos sanitarios. Pese a los años que lleva promoviéndose este servicio de seguimiento farmacoterapéutico, no se encuentra ampliamente implantado, necesitando más apoyo por parte de los sistemas públicos sanitarios y se hace patente la necesidad de formación por parte de los profesionales sanitarios implicados para su desarrollo y éxito.

Numerosos estudios apuntan al importante ahorro sanitario que supone incorporar al farmacéutico en un equipo multidisciplinar de trabajo donde se aborde la problemática del paciente de forma global y prolongada en el tiempo. Los costes de material físico y de tiempo del farmacéutico se ven inmensamente compensados con el ahorro de salud y de recursos.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.datosmundial.com/edad-promedio.php>
2. Galán-Retamal C, Garrido-Fernández R, Fernández-Espínola S, Padilla-Marín V. Seguimiento del paciente anciano polimedicado en un área de salud. *Farm Hosp.* 2010;34(6):265-270.
3. Acuerdo nº 714 del Pleno 25 de marzo de 2009, Acta nº 85 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [Acuerdo nº \(sanidad.gob.es\)](http://sanidad.gob.es)
4. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedicación en personas mayores. *Actualización en medicina de familia.* 2012; 8(8): 426-433.

5. Alegre-del Rey EJ, Fénix-Caballero S, Díaz-Navarro J, Rodríguez Martín E. Intervención general al paciente polimedicado. Cartas al Director. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(5): 401-403.
6. Estudios ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
7. Brocate San Juan M, Moreno Fraile R, Ruata Laclaustra A, Vera Sáez Benito B, Aquilué Berdún M, Ariño Gadea G. Polimedicación: causas, consecuencias e intervenciones para prevenirla. Revista Sanitaria de Investigación. Marzo 2023.
8. Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Aurióles E, Torres Verdú B, Lara Moreno C, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Atención Primaria. 2014; 46(5): 238-245.
9. Chumney EC, Robinson LC. Efectos en las intervenciones del farmacéutico en pacientes polimedicados. Pharmacy Practice. 2006; 4(3): 103-109.
10. Bellver Monzó O, Moreno Royo L, Salar Ibáñez L. Prescripciones potencialmente inadecuadas en pacientes ancianos polimedicados. Intervención y seguimiento del farmacéutico comunitario. Farmacéuticos Comunitarios. 2018; 10(2): 5-14. Doi:10.5672/FC.2173-9218.(2018/Vol10).002.02
11. En atención farmacéutica de la Universidad de Granada DGI. Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. Ars Pharm. 2005; 46(4):309-35. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/5098>
12. Cortes Españolas. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de Oficinas de Farmacia. BOE 2007; (100): 13450-13452.
13. Aguas Y, de Miguel E, Fernández Limós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). Pharmacy Practice. 2005; 3(1): 10-16.

Capítulo 304

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DURANTE LAS PAAF (LA BIOPSIA CON ASPIRACIÓN DE AGUJA FINA)

MARÍA MORENO PALOMINO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

1 Introducción

La punción aspirativa con aguja fina, también conocida como PAAF, se trata de un método diagnóstico basado en la obtención de material citológico procedente de un área de interés para poder estudiarlo microscópicamente.

La PAAF es una técnica mínimamente invasiva que nos permite realizar una aproximación diagnóstica provocándole las mínimas molestias al paciente. Las principales aplicaciones que presenta son el estudio de masas superficiales o profundas, destacando principalmente el estudio de los nódulos tiroideos.

En el caso de las masas profundas o de difícil acceso, es de gran utilidad el uso de técnicas de imagen. Para ello es recomendable la presencia de un radiólogo que

localice la masa y le indique al patólogo las zonas de mayor interés para que este pueda extraer material de dicha zona.

Además, los buenos resultados de la PAAF se deben en parte a la experiencia del personal que la realiza, por lo que es recomendable que la realice personal previamente entrenado para ello. Este personal puede ser un patólogo y/o un radiólogo, los cuales pueden estar acompañados por un técnico de anatomía patológica.

Es importante resaltar que el trabajo en equipo de un radiólogo, un patólogo y el técnico de anatomía patológica es fundamental en este tipo de pruebas, ya que, aunque la PAAF es mínimamente invasiva, el trabajo en conjunto de todo el personal puede conseguir una mejor calidad asistencial en el paciente.

2 Objetivos

- Informar sobre el procedimiento para la realización de una biopsia con punción de aguja fina (PAAF) en la mama de una mujer.

3 Metodología

La metodología para realizar el presente capítulo se basa en una búsqueda sistemática de artículos científicos y protocolos de trabajo, ambos procedentes de revistas científicas (como son la Academia Española de Dermatología y Venereología, y la revista Elsevier) y documentos procedentes de hospitales de prestigio (como son el Hospital Son Llatzer y el Hospital Universitario Clínico San Cecilio).

4 Resultados

El procesamiento al que se debe someter el material extraído mediante la PAAF para que el patólogo pueda valorar si es de calidad para su estudio o no se basa en realizar varias extensiones del material para teñirlo con distintas técnicas y observarlas al microscopio.

Previamente, se debe haber desplazado al lugar donde se realice la PAAF el material necesario para realizar las extensiones, teñirlas y observarlas al microscopio:

- Portaobjetos y material para rotularlos adecuadamente.
- Alcohol para fijar las muestras y los reactivos necesarios para la tinción de Diff-Quick y Papanicolaou.
- Un tubo Falcon con suero para realizar el lavado de la aguja y realizar un bloque celular con ese material.

- El microscopio.

Aunque el protocolo puede variar en función de cada hospital, e incluso de cada patólogo, en general está basado en:

- La primera extracción de muestra se extiende en dos portaobjetos: uno se deja secar al aire y se tiñe con Diff-Quick, y el otro se fija en alcohol 96° y se tiñe con Papanicolaou.
- Se observan al microscopio para observar si la muestra tiene la calidad deseada.
- En el caso de que no tengan la suficiente calidad para su estudio, se vuelve a extraer muestra y se repite el proceso en otros dos portaobjetos.
- Finalmente, se realiza el lavado de la aguja en un tubo Falcon con suero fisiológico para posteriormente realizar un bloque celular en el laboratorio de anatomía patológica.

La importancia de la presencia del técnico de anatomía patológica se debe a que, mientras que el patólogo extrae la muestra con o sin ayuda del radiólogo, el técnico puede ir procesando las extensiones para visualizarlas inmediatamente al microscopio.

Además, en algunos hospitales, y dependiendo de la sospecha de la masa de estudio, es posible que el patólogo no esté presente y solamente se extraigan varias muestras que procesará directamente el técnico de anatomía patológica sin necesidad de valorar la calidad de la muestra in situ.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la presencia del técnico de anatomía patológica sí que facilita el proceso de una PAAF, ya que ayuda al patólogo a valorar la calidad de las muestras extraídas con mayor rapidez.

También hay que destacar que, durante la PAAF, la presencia de personal que trabaje en equipo nos permite ofrecer una mejor calidad asistencial al paciente gracias a:

- La ayuda del técnico de anatomía patológica al patólogo que permite un procesamiento más rápido de la muestra y una menor duración de la PAAF.
- La ayuda del radiólogo al patólogo que permite la extracción de muestra de la zona de interés, provocándole las mínimas molestias al paciente.

6 Bibliografía

1. El Laboratorio SUC y. TP en precauciones que deberá tomar [Internet]. Husc.es. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.husc.es/>

- //www.husc.es/archivos/cms/anatomia-patologica/archivos/publico/ID-200-2%20Triptico%20Por%20qu%C3%A9%20realizarle%20una%20PAAF%20rev.pdf.
2. Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF): Cómo prepararse y qué esperar [Internet]. Cancer.net. 2022 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/blog/2022-07/biopsia-por-aspiraci%C3%B3n-con-aguja-fina-paaf-c%C3%B3mo-prepararse-y-qu%C3%A9-esperar>.
 3. Vidal D, Alfageme F. Punción aspiración con aguja fina y biopsia con aguja gruesa ecoguiada en dermatología: un paso adelante. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019 [citado 14 de septiembre de 2023];110(9):707-9. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-puncion-aspiracion-con-aguja-fina-articulo-S000173101830499X>.
 4. Colmenero I, González-Mediero I. Punción aspirativa con aguja fina: utilidad e indicaciones. An Pediatr Contin [Internet]. 2008 [citado 14 de septiembre de 2023];6(5):284-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-puncion-aspirativa-con-aguja-fina-S1696281808748819>.
 5. Fundacionsigno.com. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/IT-75-APA-22A_Estudios_citologicos_Rev._B.pdf.

Capítulo 305

LA MONONUCLEOSIS Y LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO SANITARIO

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa también denominada la enfermedad del beso es una infección causada, por lo general, por el virus de Epstein-Barr el cual es transmitido a los demás a través de la saliva de aquí es de donde viene el anterior nombre como es conocida. La mononucleosis ocurre con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes y por lo general en niños pequeños tiene pocos síntomas aunque se puede contraer a cualquier edad. Este virus se transmite principalmente por las secreciones orales como es la saliva como dijimos anteriormente ya sea mediante besos o con un simple contacto personal como por ejemplo compartir un simple cubierto.

El diagnóstico de la mononucleosis se realiza por el cuadro clínico y las alteraciones en la sangre como el aumento de leucocitos. También se utilizan los estudios serológicos de anticuerpos específicos para el virus, estos ayudan a diferenciar esta enfermedad de otras que pueden cursar con una clínica similar, como virus de la hepatitis. Muchas veces nos encontramos con muchos síntomas y signos antes de ser diagnosticado como es fatiga, fiebre, hinchazón de ganglios linfáticos en el cuello y las axilas, amígdalas inflamadas y bazo inflamado. El periodo de incubación es de entre cuatro y seis semanas.

Para el tratamiento de la mononucleosis es necesario un tratamiento con antiinflamatorios. Además de la ingesta de mucha agua para estar hidratado y el

paciente debe de evitar los deportes u otras actividades físicas que impliquen riesgo de rotura esplénica. Esta enfermedad puede atraer diferentes complicaciones si no se trata de manera adecuada como aumento del bazo que puede llegar a romper y problemas hepáticos como puede ser la hepatitis y la ictericia.

2 Objetivos

- Describir las medidas de protección para el personal sanitario para evitar el contagio y la propagación 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.

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 la mononucleosis y con ello tratamos un virus. Algunas medidas son:

- Higiene de manos: el personal sanitario deberá lavar las manos o en su defecto aplicar solución hidroalcohólica antes y después de contactar con el paciente, al retirarse los guantes lavar las manos con agua y jabón, secarlas con papel desechable y utilizar de nuevo solución hidroalcohólica. Así tendremos menos posibilidades de que no ocurra el contagio ni al personal sanitario ni a los demás usuarios con los que entremos en contacto. Debemos de tener en cuenta que esta enfermedad es un virus que se contagia muy rápido.
- Desinfección de todas las superficies que han estado en contacto con el paciente y el personal sanitario relacionado con la enfermedad. Para así evitar que tengamos un contagio por contacto
- Debe de tenerse en cuenta que la persona enferma debe de tener sus propios utensilios tanto de cubiertos como del aseo y si puede ser es aconsejable que los materiales sean de un solo uso y así habría menos posibilidad de contagio.

-Debemos de utilizar todos los EPI que sean necesarios sobre todo el uso de guantes y el uso de gafas o pantalla protectora para los ojos por si existe el riesgo de salpicaduras.

Debemos de tener en cuenta que el paciente tiene el virus en la saliva por meses después de la infección.

Además si se trata de niños es aconsejable que no vaya al colegio en un periodo de 15 días.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales sanitarios se unen en equipo para que el paciente con mononucleosis se encuentre en un entorno cómodo para sentirse bien y no desplazado por el desarrollo de esta enfermedad, pero recordamos que puede ser muy peligroso si contagia al personal por una equivocación y contagia a más personas en sus horas de trabajo y a él mismo.

Los profesionales deben de cumplir correctamente las medidas de prevención para así evitar su propagación además de evitar el contagio tanto a ellos propios como a los demás ya debe de protegernos frente cualquier exposición del virus.

6 Bibliografía

1-<https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/mononucleosis-infecciosa>

2-<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/mononucleosis-infecciosa>

Capítulo 306

ANEMIA Y SUS TIPOS

EVA LLANO SORDO

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

ZAIDA RUIZ MARTÍN

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La anemia se trata de una enfermedad muy frecuente a nivel mundial. Afecta más a niños y mujeres en edad fértil, aproximadamente un 42 por ciento de niños menos de años y el 40 por ciento de mujeres embarazadas presentan un cuadro anémico.

Esta enfermedad consiste en una disminución de la cantidad de glóbulos rojos o hemoglobina en la sangre.

La hemoglobina es una proteína presente en los glóbulos rojos, y es la encargada de transportar el oxígeno desde los pulmones hacia todo el cuerpo. Cuando existe un déficit de glóbulos rojos o de hemoglobina, el cuerpo no recibe suficiente oxígeno, lo que lleva a provocar una serie de síntomas y complicaciones en el organismo.

La anemia puede ser la manifestación de una enfermedad hematológica o puede ser una manifestación secundaria de otras muchas enfermedades, por eso es importante conocer el tipo de anemia que se presenta y evaluar sus diferentes causas.

Hay varios tipos de anemias, que pueden llegar a ser graves, de larga duración e incluso pueden llegar a causar la muerte si no se diagnostican y tratan a tiempo. Los síntomas más habituales de la anemia son el cansancio, la palidez de la piel, taquicardia, pérdida de cabello, entre otras.

2 Objetivos

- Informar sobre los tipos de anemia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 varios tipos de anemia, entre ellas:

- Anemia ferropénica (por deficiencia de hierro): ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro. Debido a la falta de hierro, el cuerpo no puede producir una cantidad suficiente de hemoglobina. Se trata de la anemia más común, representa hasta el 50 por ciento de las anemias.
- Anemia perniciosa: cuando los intestinos no pueden absorber correctamente la vitamina B12, la cual es esencial para el buen funcionamiento del cerebro, sistema nervioso y la formación de sangre y varias proteínas. Las causas mas comunes para este cuadro de anemia son el debilitamiento de las paredes del estómago y alguna enfermedades autoinmunes que interfieren en la producción del factor intrínseco.
- Anemia por deficiencia del folato: producida por la ausencia de ácido fólico en la dieta, el alcoholismo crónico y el uso de ciertos medicamentos.
- Anemia hemolítica autoinmunitaria: el sistema inmunitario del paciente es el responsable de la destrucción de sus propios glóbulos rojos. Es muy poco frecuente y no se encuentra gente causal que lo produzca.
- Anemia aplásica: el organismo deja de producir células sanguíneas nuevas. Se trata de una anemia potencialmente grave y se puede desarrollar a cualquier

edad.

-Anemia drepanocítica: engloba a un grupo de trastornos hereditarios que afectan a los glóbulos rojos. Estas células son redondas y tiene forma de disco, pero en este tipo de anemia algunos glóbulos rojos se deforman y se hacen mas duros de lo normal. Mueren antes de lo normal y se pueden llegar a atacar, a veces obstruyendo el flujo de la sangre.

-Talasemia: es un trastorno sanguíneo hereditario que cursa con una producción insuficiente de hemoglobina. Puede provocar una anemia leve, moderada o grave. Existen dos variantes: alfa y beta talasemia.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el objetivo principal del tratamiento de la anemia es aumentar la cantidad de oxígeno que la sangre lleva al cuerpo. Para que esto ocurra hay que aumentar la cantidad de glóbulos rojos o aumentar la hemoglobina en sangre.

-Suplementos o medicamentos: para anemias causadas por déficit de hierro, vitamina B12 o ácido fólico, el tratamiento incluye suplementos para reponer los niveles deficientes de estos mismos.

-Transfusiones de sangre: pueden ser opción de tratamiento para las personas con anemias graves.

-Terapias específicas: para las causadas por enfermedades crónicas o condiciones genéticas. Esto puede implicar medicamentos especializados, métodos quirúrgicos o en ocasiones trasplantes de médula.

6 Bibliografía

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

Capítulo 307

GESTIÓN SEGURA DE OBJETOS PUNZOCORTANTES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

ANA MELENDRERAS COVIELLA

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

1 Introducción

La gestión segura de objetos punzocortantes en el ámbito sanitario es una cuestión de vital importancia para la seguridad y la salud ocupacional de los profesionales de la salud. Los objetos punzocortantes, que incluyen agujas, jeringas, bisturís, lancetas y otros instrumentos médicos, son herramientas esenciales en la atención médica moderna. Sin embargo, su uso conlleva riesgos significativos para la seguridad del personal sanitario. En este capítulo, exploraremos en detalle la gestión segura de estos objetos y su impacto en la prevención de lesiones y la exposición a patógenos en el entorno sanitario.

El ámbito sanitario es un entorno dinámico y a menudo frenético, donde la atención precisa y rápida es esencial para la salud y el bienestar de los pacientes. En este contexto, los objetos punzocortantes son herramientas comunes utilizadas en procedimientos médicos, toma de muestras de sangre, administración de medicamentos y otros aspectos de la atención médica. Sin embargo, su diseño afilado y punzante los convierte en una fuente potencial de lesiones para el personal de salud.

Las lesiones por objetos punzocortantes no solo pueden causar dolor y sufrimiento a los trabajadores de la salud, sino que también representan un riesgo significativo de transmisión de enfermedades infecciosas, como el VIH, el virus de la hepatitis B y C, y otros patógenos transmitidos por la sangre. La gestión adecuada de estos objetos es fundamental para minimizar estos riesgos y proteger la salud y la seguridad del personal sanitario.

Este capítulo se sumergirá en los aspectos clave de la gestión segura de objetos punzocortantes. Exploraremos las mejores prácticas para la manipulación, el almacenamiento, la eliminación y la capacitación en el uso de estos objetos en el ámbito sanitario. También examinaremos las regulaciones y pautas de seguridad ocupacional relevantes que deben ser cumplidas para garantizar un entorno de trabajo seguro.

En última instancia, la gestión segura de objetos punzocortantes es esencial para proteger a quienes brindan atención médica y para garantizar que los pacientes reciban atención de alta calidad en un entorno seguro. La inversión en prácticas seguras y en la capacitación del personal es una inversión en la seguridad y el bienestar de todos los involucrados en la atención médica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo realizar una gestión segura de objetos punzocortantes.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica, regulaciones de salud ocupacional y las pautas de organizaciones de salud, como la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) en los Estados Unidos. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos académicas y médicas para recopilar información actualizada sobre la gestión segura de objetos punzocortantes en el ámbito sanitario.

La información recopilada se organizó y evaluó críticamente para proporcionar una visión completa de las prácticas y estrategias para prevenir lesiones y exposición a patógenos relacionados con objetos punzocortantes en el entorno de atención médica

4 Resultados

La gestión segura de objetos punzocortantes en el ámbito sanitario arroja resultados cruciales que impactan tanto en la seguridad del personal de salud como en la calidad de la atención al paciente:

1. Reducción de lesiones ocupacionales: La implementación de prácticas seguras de manejo de objetos punzocortantes ha demostrado ser eficaz en la reducción de lesiones ocupacionales. La capacitación adecuada del personal en el manejo de estos objetos, incluyendo técnicas de recogida y eliminación segura, ha llevado a una disminución significativa en las lesiones relacionadas con agujas y otros objetos punzocortantes. Estas lesiones pueden ser dolorosas, debilitantes y, en algunos casos, conllevan un alto riesgo de infección.
2. Prevención de infecciones transmitidas por la sangre: Uno de los beneficios más destacados de una gestión segura de objetos punzocortantes es la prevención de infecciones transmitidas por la sangre. Los objetos punzocortantes utilizados en procedimientos médicos y en la atención a pacientes pueden estar en contacto con sangre u otros fluidos corporales contaminados. La adopción de prácticas seguras, como el uso de dispositivos de seguridad en agujas, minimiza el riesgo de exposición del personal de salud a patógenos potencialmente mortales.
3. Cumplimiento normativo y estándares de seguridad: La gestión segura de objetos punzocortantes es esencial para cumplir con regulaciones y estándares de seguridad ocupacional. Las agencias reguladoras, como la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) en los Estados Unidos, imponen requisitos estrictos para la manipulación y eliminación segura de estos objetos. El cumplimiento normativo no solo es una obligación legal, sino que también es esencial para garantizar un entorno de trabajo seguro.
4. Promoción de la cultura de seguridad: La implementación de prácticas seguras relacionadas con objetos punzocortantes promueve una cultura de seguridad en el entorno sanitario. La capacitación y la concienciación del personal en torno a estos riesgos fomentan la vigilancia constante y el compromiso con la seguridad ocupacional. Esta cultura de seguridad se traduce en una atención más segura y de mayor calidad para los pacientes.
5. Reducción de costos de atención médica: Además de los beneficios para la seguridad, la gestión segura de objetos punzocortantes puede tener un impacto positivo en los costos de atención médica. Al prevenir lesiones ocupacionales y

reducir el riesgo de infecciones, se reducen los costos asociados con la atención médica y el tratamiento de estas lesiones y enfermedades

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la gestión segura de objetos punzocortantes en el ámbito sanitario, es un elemento crucial de la seguridad y la salud ocupacional en todo el ámbito sanitario. La implementación de prácticas seguras no solo protege al personal sanitario de lesiones y enfermedades, sino que también promueve un entorno de trabajo más seguro y una atención de calidad para los pacientes. La inversión en la gestión segura de objetos punzocortantes es una inversión en la seguridad y el bienestar de quienes trabajan en la atención médica y en la mejora de la atención que se brinda. En última instancia, la gestión segura de objetos punzocortantes en el ámbito sanitario se erige como un imperativo inquebrantable para garantizar no solo la protección del valioso personal de salud, sino también la excelencia y la seguridad de la atención médica

6 Bibliografía

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

Capítulo 308

HISTORIA, CRONOLOGÍA Y PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL ÉBOLA

MÓNICA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL

1 Introducción

La epidemia del virus del Ébola fue uno de los brotes más mortíferos de la historia reciente, cobrándose la vida de miles de personas en toda África Occidental. El virus se identificó por primera vez en 1976, y desde entonces ha causado varios brotes, siendo la epidemia de 2014-2016 la más devastadora. La cronología de la epidemia del virus del Ébola es una historia compleja que abarca décadas y es esencial entender los acontecimientos que condujeron al brote para comprender plenamente su impacto. En este capítulo desentrañaremos su cronología desde los primeros casos conocidos hasta la respuesta mundial y los esfuerzos de contención. También exploraremos los descubrimientos científicos que contribuyeron al desarrollo de tratamientos y vacunas eficaces.

El virus del Ébola es un virus altamente infeccioso y mortal que causa fiebre grave y hemorrágica en humanos y otros primates. Se cree que el virus se transmite a los humanos por contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de animales infectados, como murciélagos frugívoros, chimpancés y monos. El virus también puede transmitirse de persona a persona por contacto directo con fluidos corporales, como sangre, vómitos, heces y semen.

El virus del Ébola se identificó por primera vez en 1976 en la actual República Democrática del Congo. Desde entonces, se han producido varios brotes del virus, la mayoría en África Central y Occidental.

El brote de 2014-2016 en África Occidental fue el mayor y más devastador, con más de 28.000 casos y 11.000 muertes registradas. Comenzó en Guinea en di-

ciembre de 2013 y se extendió rápidamente a Liberia y Sierra Leona. También se propagó a otros países, como Nigeria, Mali y Senegal. El brote duró más de dos años, con un total de 28.616 casos y 11.310 muertes registradas.

El virus recibió su nombre del río Ébola, donde se registraron los primeros casos. El brote afectó tanto a Sudán como al Congo, con un total de 318 casos confirmados y una tasa de mortalidad del 88%.

Se cree que el virus se transmitió a los humanos a través del consumo de carne de animales silvestres infectados.

La falta de preparación de los países afectados, el movimiento transfronterizo de personas infectadas y la debilidad de los sistemas sanitarios, contribuyeron a la rápida propagación del virus. El brote también se vio alimentado por la reticencia de algunas comunidades a reconocer la existencia del virus y a buscar ayuda médica.

Finalmente, se contuvo gracias a una combinación de medidas, como el aislamiento de las personas infectadas, el rastreo de los contactos y el uso de equipos de protección por parte del personal sanitario. El desarrollo de tratamientos y vacunas eficaces también contribuyó a la contención del brote.

La respuesta internacional al brote fue fundamental para contener la propagación del virus a otros países. La OMS desempeñó un papel clave en la coordinación de la respuesta, mientras que otras organizaciones, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y Médicos Sin Fronteras (MSF), aportaron conocimientos técnicos y recursos.

La respuesta internacional al brote del virus del Ébola fue lenta al principio, pero acabó cobrando impulso a medida que se hizo evidente la magnitud del brote. La OMS declaró el brote emergencia de salud pública de importancia internacional en agosto de 2014, lo que permitió aumentar la financiación y los recursos para la respuesta.

El despliegue de personal sanitario y el suministro de equipos y material también fueron fundamentales para contener el brote que se caracterizó por una elevada tasa de mortalidad entre el personal sanitario, que corría un mayor riesgo de infección debido a su estrecho contacto con los pacientes infectados.

El suministro de equipos de protección, como guantes, mascarillas y batas, fue fundamental para proteger al personal sanitario de la infección. También se impartió formación en prevención y control de infecciones a los trabajadores sanitarios para garantizar que pudieran atender con seguridad a los pacientes infectados.

El desarrollo de vacunas y tratamientos eficaces contra el virus del Ébola fue fundamental para contener el brote de 2014-2016. Durante el brote se desarrollaron

y probaron varias vacunas y tratamientos experimentales, algunos de los cuales arrojaron resultados prometedores.

Una de las vacunas más eficaces fue la vacuna rVSV-ZEBOV, desarrollada por la Agencia de Salud Pública de Canadá y licenciada a Merck & Co, Inc.

La vacuna resultó muy eficaz para prevenir la enfermedad por el virus del Ébola - Zaire en los ensayos clínicos realizados en Guinea durante el brote. También se desarrollaron y probaron otros tratamientos, como el fármaco antivírico remdesivir.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es el de conocer un poco más sobre el Ébola, dónde se originó, qué microorganismo la produjo, que efectos causó entre la población mundial, cuándo se descubrió el origen del virus y cómo es su tratamiento y sus pruebas de laboratorio.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica e histórica existente. Se han consultado libros y artículos en las bases de datos principales: Scielo, Medline y Pubmed, así como en las páginas de organismos como médicos sin fronteras.

4 Resultados

El virus del Ébola fue descubierto en 1976 por el investigador belga Peter Piot, tras recibir una muestra de sangre con un patógeno desconocido que procedía de una religiosa que vivía en el Zaire y donde se estaban produciendo muchas muertes de origen desconocido. Al examinarlas al microscopio entiende que se encuentra ante un nuevo virus, aún sin identificar.

A partir del descubrimiento se procede a su clasificación. En este caso es un Filoviridae del género ebolavirus y que tiene 5 subespecies:

- Virus Sudán ebolavirus (SVDV)
- Virus Ébola -Zaire ebolavirus (EBOV)
- Virus Bundibugyo ebolavirus (BDBV)
- Virus Thaiforest ebolavirus (TAFV)
- Virus Reston ebolavirus (RESTV), no infecciosa para humanos.

Los síntomas de la enfermedad comienzan de manera brusca con cefaleas, dolor muscular, fiebre, debilidad, odinofagia y anorexia. A medida de que la enfermedad avanza, los pacientes empiezan a manifestar vómitos y diarrea, fracaso renal y hepático, exantema maculopapular y hemorragias internas y externas.

El periodo de incubación suele durar entre los 2 y los 21 días tras el contacto.

Las pruebas para su diagnóstico son las siguientes:

- Prueba de la detección de antígenos.
- Prueba de la inmunoadsorción enzimática (ELISA).
- Prueba de la reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa.
- Seroneutralización.
- Aislamiento del virus (cultivo celular).
- Microscopía electrónica.

Aunque existe una vacuna contra la enfermedad del Ébola, ésta sólo protege frente al virus Ébola -Zaire. De esta forma, los pacientes que han contraído otro de los virus del Ébola, requieren de otros tratamientos que se centran en tratar de aliviar su sufrimiento de los enfermos. Tales tratamientos serían:

- Administración de líquidos intravenosos u orales.
- Administración de oxígeno.
- Administración de antibióticos, antipiréticos u otros para reducir los vómitos, las náuseas y la diarrea.
- Transfusiones de sangre...

5 Discusión-Conclusión

La epidemia del virus del Ébola fue un brote complejo y devastador que se cobró la vida de miles de personas en toda África Occidental.

La respuesta internacional al brote fue decisiva para contener la propagación del virus y desarrollar tratamientos y vacunas eficaces. Las secuelas que produjo, pusieron de relieve la importancia de la preparación y la capacidad de respuesta para hacer frente a los brotes, así como la importancia de la colaboración internacional y la inversión en investigación y desarrollo.

A mi modo de ver, las lecciones aprendidas de la epidemia del virus del Ébola serán fundamentales para prevenir futuros brotes del virus y de otras enfermedades infecciosas. Aunque, desgraciadamente, en muchas ocasiones olvidamos la importancia de llevar a cabo esa preparación.

Es esencial que sigamos invirtiendo en investigación y desarrollo de nuevas terapias, así como reforzar los sistemas sanitarios y mejorar la preparación ante

futuros brotes.

6 Bibliografía

1. <https://www.reuters.com/article/oesen-salud-ebola-cientifico-idESMAEA2004W20140325>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/ebola.html>
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
4. <https://www.msf.es/contexto/ebola>
5. https://www.unicef.es/noticia/ebola_las_8_cosas_que_debes_saber_sobre_esta_enfermedad
6. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X201500030010
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3208199/>.

Capítulo 309

PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA UTILIZACIÓN DE MACROBLOQUES.

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

MARÍA MORENO PALOMINO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

1 Introducción

La inclusión de tejidos es un proceso que consiste en la sustitución del agua de los tejidos por otro medio capaz de solidificar, en la mayoría de los casos se usa parafina. Esto se realiza para que se pueda mantener el tejido en un bloque y se realicen cortes muy delgados de dicho tejido, para su posterior estudio al microscopio.

En la actualidad, el proceso de sustitución del agua por la parafina, en la mayoría de los centros, está automatizado, por lo que se realiza en los procesadores. Una vez se extraen los casetes de los procesadores, el técnico de anatomía patológica es el encargado de la formación de los bloques. Hay distintos tamaños de bloques, según el tamaño de las muestras, que son compatibles con casi todos los casetes,

pero en algunas ocasiones se realizan macrobloques, aunque no es algo que se utilice con mucha frecuencia en muchos centros. Los casos en los que se realizan son para:

- Próstatas
- Fetos
- Colon y recto
- Órganos completos de pequeño tamaño

Es importante tener en cuenta los tipos de tejido a la hora de realizar macrobloques, porque según si son muy blandos o tienen mucha grasa, pueden dar problemas a la hora de realizar los cortes con el micrótopo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del técnico en anatomía patológica en la utilización de macrobloques.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los macrobloques se realizan en los casos de órganos o fetos que por su tamaño son aptos para los moldes, para poder mantener sus relaciones anatómicas. No hay diferencia con los bloques normales en el procesado de la inclusión en parafina, pero sí cambian los tiempos de fijación, de procesado y de enfriamiento a la hora de realizar el macrobloque en parafina, además del portabloques del micrótopo para realizar los cortes y los cristales donde se depositan.

Las muestras que se pueden procesar en macrobloques son las siguientes:

- Próstatas: deben fijarse sin abrir durante 24-48 horas y marcarse los bordes con tinta. Tras la fijación, se corta en trozos y se colocan en los macrocassetes hasta incluir la próstata entera, y se procesan en el procesador de forma habitual.

- Fetos: los fetos cuyo tamaño permitan ser estudiados enteros en un macrobloque, deben dejarse fijando en formal durante 24-48 horas aproximadamente, y después se procesan en los macrocassettes de forma habitual con los procesadores.
- Colon y recto: se deben abrir los extremos y fijar en formol durante 24-24 horas aproximadamente. Tras la fijación se incluyen los cortes necesarios en los macrocassettes y se procesan de forma habitual.

Algunos detalles a tener en cuenta para la realización de macrobloques son el tipo de tejido, que no debe ser muy blando o graso, para no haber problemas a la hora de obtener los cortes con el micrótopo, y que las secciones a incluir deben tener un tamaño de aproximadamente 6 mm, para que no se ondulen en el procesamiento y sea más fácil colocarlos en los bloques al mismo nivel y sacar el corte completo.

A la hora de realizar el macrobloque, el tejido debe colocarse centrado, dejando márgenes de parafina arriba y abajo para facilitar el corte; también hay que utilizar pesas para dejar el tejido al mismo nivel y que salga todo el tejido en el corte.

Para la obtención de los cortes, el técnico los realiza exactamente igual que con los bloques normales, con un grosor de 3-4 micras, y enfriando el bloque tras el desbastado. En los casos de calcificaciones de próstatas, es conveniente dejar el bloque en descalcificador un rato e intentar retirar las calcificaciones que se puedan antes de realizar el corte nuevamente. Los cortes se depositarán en portaobjetos especiales más grandes.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la realización de los macrobloques se puede reducir considerablemente el tiempo de tallado y el gasto de materiales, ya que para procesar cualquier pieza en bloques pequeños hay que cortarla en varios trozos pequeños, gastar más casetes, hacer más bloques de parafina, y cortar y teñir más secciones.

Hay ventajas a la hora de estudiar algunas piezas, porque se pueden observar los márgenes de resección quirúrgica de forma continua y dar un diagnóstico más rápido y preciso. También permite ver la localización y el tamaño de forma más exacta de algunas lesiones.

Aunque este tipo de bloques tiene varias ventajas, también tiene desventajas, sobre todo respecto a la realización del trabajo del técnico, ya que hay algunos tejidos más complicados para realizar los cortes tan grandes, y también al tener mayor tamaño necesitan más tiempos y se pueden quedar sin fijar bien o sin incluir en parafina en su totalidad, por lo que el técnico debe conocer bien los

protocolos y las características y propiedades de cada muestra.

6 Bibliografía

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

Capítulo 310

LA TÉCNICA ELISA (ENSAYO DE INMUNOADSORCIÓN LIGADO A ENZIMAS)

LAURA PIÑERA SAN JUAN

1 Introducción

ELISA: es el acrónimo utilizado para definir "ensayo de inmunoadsorción ligado a enzimas".

Nos referimos a ELISA como una prueba llevada a cabo en un laboratorio, donde se detectan anticuerpos en la sangre de una persona, es decir, detecta cualquier tipo de infección que una persona pueda tener en la sangre.

La técnica ELISA es utilizada para detectar, mediante anticuerpos enlazados con enzimas, los antígenos... Esto es posible gracias a "productos detectables", como pueden ser los contrastes, por ejemplo. Esta técnica puede usarse en humanos, en animales, en los productos alimentarios.

Presenta las siguientes características:

- Alta flexibilidad, es decir, se puede realizar la detección de una infección de forma directa o de forma indirecta.
- Alta sensibilidad, se utilizarán dos anticuerpos para un solo antígeno, lo que hará más específica la prueba y, por tanto, más fiable.

Podemos encontrar varios tipos de ELISA:

- ELISA directo, es el protocolo con menor probabilidad de error.

- ELISA indirecto, debido al uso de anticuerpos secundarios, se puede generar una reactividad cruzada.
- ELISA sandwich, al no ser posible, encontrar más de un anticuerpo(que esté en buen funcionamiento) no siempre se puede llevar a cabo.
- ELISA competitivo, llevar a cabo este protocolo es muy complicado, ya que requiere el uso de un antígeno de inhibición.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la técnica de ELISA y sus usos.

3 Metodología

En cuanto a la metodología llevada a cabo en esta técnica, se utilizarán lectores de microplacas o los llamados espectrofotómetros ELISA.

Estos son unos equipos ópticos que miden la cantidad de luz que es absorbida por una muestra en diferentes longitudes de onda. Posee una serie de rejillas de difracción, las cuales son las encargadas de limitar los rangos de longitud de onda(400-750 nm).

Para llevar a cabo este tipo de ensayos con la técnica ELISA, es necesario disponer de varios equipos:

- Lector de ELISA
- Lavador de ELISA
- Dispensador de líquidos
- Incubadoras especializadas para el mantenimiento y buen funcionamiento de las placas.

4 Resultados

Los resultados que puede dar un ELISA directo, nos ayudarán a conocer la cantidad de antígenos con alto peso molecular que existen en la muestra que estamos examinando.

Los resultados de un ELISA indirecto determinarán con exactitud cuál es la cantidad exacta de anticuerpos que se encuentran en la muestra a examinar.

Los resultados de un ELISA tipo sándwich, nos permite analizar un tipo de muestras más complejas que otros ELISA no podrían detectar, ya que no tenemos la

necesidad de purificar el antígeno antes de analizarlo, lo que hace el proceso más rápido.

Para los resultados de un ELISA competitivo, es más complicado, puesto que deberemos añadir suero e incubar.

En cuanto a errores, la técnica ELISA presenta los siguientes:

- Se dan unas variaciones en los resultados que se denominan como la contaminación de los reactivos ya que se pueden contaminar las muestras durante la dispensación; y también se da la situación en la que el lavado hecho a la muestra se considera insuficiente por el desbordamiento de los pozos, porque hay que llenarlos por completo y se da, a veces, la situación anteriormente citada(desbordamiento); esto se puede contrarrestar con el aumento de los lavados que se hacen a la muestra.

- Si se lee la placa posterior a la media hora, habrá que realizar de nuevo el proceso porque se puede dar una sobrerreacción de la muestra.

- Si no se limpian bien las superficies, se puede producir un fallo de cálculo en la etapa de medición; hay que estar seguro de que el dispensador funciona correctamente y asegurarse también de que no hay burbujas en los pozos y si las hay, reventar las burbujas con una aguja o un alfil previamente desinfectadas.

En cuanto a los resultados, podemos hablar de positivos o negativos.

- Positivos: se refiere a las muestras en las cuales se han detectado antígenos, es decir, que se encuentran gérmenes.

- Negativos: se refiere a las muestras en las cuales no se han detectado antígenos, por lo que se entiende que no hay contaminantes.

Como en cualquier prueba, se pueden dar falsos positivos o falsos negativos y para estar seguros, se efectuará una segunda prueba, o en su defecto una prueba distinta al método ELISA.

5 Discusión-Conclusión

Este método es el más indicado para el diagnóstico del VIH, en el cual se llevan a cabo dos veces esta prueba que hace que el diagnóstico sea completamente fiable y no tenga opción a un falso positivo o un falso negativo.

Desde la pandemia, el método ELISA se ha hecho más conocido por su empleo en la detección del virus COVID, pero era usado desde hace mucho tiempo para la detección de otro tipo de infecciones.

En cuanto al periodo de ventana en la detección de VIH:

- Las pruebas de anticuerpos para la detección del VIH, se detecta de 23 a 90 días tras la exposición.
- Las pruebas rápidas, de 18 a 90 días tras la exposición.
- Las pruebas de laboratorio, pruebas en sangre, de 18 a 45 días después de la exposición.
- Las pruebas de ácido nucleico, de 10 a 33 días tras la exposición.

6 Bibliografía

- 1.Kalstein. ¿Para qué se utiliza un lector de Elisa? [Internet]. Kalstein. 2022 [cited 2023 Sep 23]. Available from: <https://kalstein.co.cr/para-que-se-utiliza-un-lector-de-elisa/>
- 2.EYCO L. Técnica ELISA: en qué consiste, usos y equipos empleados para su medida. [Internet]. Laboratorios EYCO. 2021. Available from: <https://www.laboratorioseyco.com/tecnica-elisa-en-que-consiste-usos-y-equipos-empleados-para-su-medida-los-lectores-de-microplacas-en-los-espectrofotometros-elisa/#::text=Esta%20t%C3%A9cnica%20consiste%20en%20la>
- 3.Resultados del ELISA [Internet]. www.webconsultas.com. 2014 [cited 2023 Sep 23]. Available from: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/resultados-del-elisa-13699>
- 4.Abyntek. Ventajas y desventajas de los distintos tipos de ELISA [Internet]. Abyntek Biopharma. 2019 [cited 2023 Sep 23]. Available from: <https://www.abyntek.com/ventajas-y-desventajas-de-los-distintos-tipos-de-elisa/#::text=ELISA%20s%C3%A1ndwich->
- 5.Examen de sangre ELISA: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. medlineplus.gov. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003332.htm>
- 6.Contreras V. Los 11 errores más comunes en la técnica de ELISA y sus posibles soluciones [Internet]. ReactLab. 2021 [cited 2023 Sep 23]. Available from: <https://reactlab.com.ec/calidad/los-11-errores-mas-comunes-en-la-tecnica-de-elisa-y-sus-posibles-soluciones/>

Capítulo 311

TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y SU IMPORTANTE PAPEL EN LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS.

ROCIO GARCIA HEREDIA

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

LAURA BARRIGA CALLE

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

1 Introducción

Al comienzo, la pandemia del COVID-19 esto sacudió el mundo desde su aparición en China a finales de 2019 y ha planteado muchísimos desafíos en diversos sectores de la sociedad. El que más importante ha estado siendo muy importante en esta lucha contra el virus es el del radiodiagnóstico y sobre todo el papel desempeñado por los técnicos en radiodiagnóstico.

Los técnicos en radiodiagnóstico han trabajado para garantizar la obtención de imágenes precisas y nítidas que permitan a los médicos identifiquen las complicaciones pulmonares asociadas al COVID-19. Tanto es así que es importante para la gestión de la enfermedad. También la contribución en la implementación de medidas de protección radiológica para pacientes y personal médico, asegu-

rando que los procedimientos sean lo más seguros posible en el contexto de la pandemia.

A lo largo de este trabajo, también se abordarán los desafíos específicos que los técnicos en radiodiagnóstico han enfrentado. Y la necesidad de adaptación rápida a las nuevas pautas y protocolos de seguridad en un tiempo mínimo. Además, se discutirá la importancia de su colaboración con otros profesionales de la salud. Se propone resaltar la contribución y a menudo subestimada de los técnicos en radiodiagnóstico en la lucha contra la pandemia del COVID-19. A medida que continuábamos enfrentando esta crisis global, es importante reconocer y valorar el papel esencial que desempeñan estos profesionales en la atención de la salud.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel del técnico radiológico en la detección y diagnóstico de la COVID-19.

3 Metodología

Para abordar el tema del papel del técnico en Imágenes y radiodiagnóstico en la pandemia de COVID-19, se ha llevado a cabo una combinación de la revisión de la literatura científica y la recopilación de datos de revistas y estudios.

Se realizó una investigación bibliográfica en bases de datos médicas y científicas para identificar estudios relevantes y fuentes de información actualizadas hasta este año.

4 Resultados

Los resultados obtenidos del técnico en radiodiagnóstico en el contexto de la pandemia de COVID-19 reflejan una serie de hallazgos relacionados con los desafíos y la contribución de estos profesionales en la lucha contra la enfermedad. Estos resultados son:

-Aumento que se tuvo de la demanda de imágenes médicas: Uno de los resultados más destacados es el aumento sustancial en la demanda de servicios de radiodiagnóstico en el COVID-19. Esta demanda se ha relacionado directamente con la necesidad de realizar radiografías y tomografías para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con COVID-19, ya que era un método muy acertado

para saber si lo padecían. La carga de trabajo adicional ha generado una presión significativa sobre los técnicos de imagen y radiodiagnóstico.

- La importancia de la protección personal: La escasez de equipos de protección personal (EPP) ha sido un desafío crítico. Los datos que recopilamos resaltan la importancia de abordar este problema para garantizar la seguridad de los técnicos en radiodiagnóstico y reducir el riesgo de exposición al virus.
- La necesidad de una colaboración multidisciplinaria: se ha convertido en una característica muy importante es la pandemia. Los técnicos en radiodiagnóstico trabajan en estrecha colaboración con médicos, enfermeras, TCAES y otros profesionales de la salud y esta unión es fundamental para garantizar una atención integral a al paciente que se siente solo.
- Adaptación a nuevas tecnologías: La capacidad de los técnicos en radiodiagnóstico para adaptarse a nuevas tecnologías y protocolos de imágenes ha sido muy importante a la hora de realizar su papel durante la pandemia. Poner en práctica estas técnicas de imagen avanzadas y la optimización de la radiación utilizada se relacionan con la calidad de la atención proporcionada a los pacientes.
- El Impacto en el bienestar psicológico: El impacto en el bienestar psicológico de los técnicos en radiodiagnóstico tuvo una gran repercusión. También el estrés emocional y la preocupación por la exposición al virus y la carga de trabajo intensa crearon grandes desafíos significativos en la salud mental de todos estos profesionales.

Por tanto, los resultados establecen una unión muy arraiga entre la demanda creciente de imágenes médicas, la necesidad de protección personal sanitario y no sanitario y a la colaboración multidisciplinaria, la adaptación tecnológica y el impacto en el bienestar psicológico de los técnicos en radiodiagnóstico en referencia al COVID-19.

5 Discusión-Conclusión

Se ha detallado el papel importante que desempeñan los técnicos en radiodiagnóstico durante la pandemia de COVID-19. Donde estos profesionales son fundamentales en el diagnóstico y seguimiento de pacientes afectados por el virus, aportando datos valiosos a los equipos médicos.

Sin embargo, enfrentan desafíos considerables, como la escasez de equipos de protección personal y la exposición al virus. La colaboración interdisciplinaria y la adaptación tecnológica son aspectos esenciales para garantizar una atención de calidad.

Es fundamental reconocer la dedicación y el sacrificio de estos técnicos, que trabajan incansablemente en la primera línea de batalla. Además, se debe brindar apoyo psicológico y recursos adecuados para su bienestar emocional.

En conclusión, los técnicos en radiodiagnóstico son héroes anónimos en esta lucha contra la pandemia, y su labor es esencial para superar estos desafíos de salud pública. Su valiosa contribución merece el reconocimiento y el respaldo continuo de la sociedad y las instituciones de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 312

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL USO DE LAS TECNICAS DE IMAGEN PARA EL ESTUDIO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

ROCIO GARCIA HEREDIA

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

LAURA BARRIGA CALLE

1 Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son trastornos psicológicos que provocan alteraciones en la conducta alimentaria de la persona que los padece. Son trastornos complejos y multicausales en los cuales el paciente mostrará unas pautas de alimentación alteradas. Se trata de una enfermedad muy grave, ya que puede provocar problemas graves en el metabolismo. Estas pautas de alimentación alteradas deben prolongarse en el tiempo y provocar daños en el organismo de la persona que la padece para que se considere que el paciente sufre un trastorno. No se pueden establecer con exactitud las causas por las cuales una persona sufre un trastorno en la conducta alimentaria, ya que son muchos los factores que pueden afectar al individuo que los padece.

Hay ciertos factores de riesgo con los cuales aumenta la vulnerabilidad de una persona a que le afecte este tipo de trastornos. Podemos considerar la adolescencia como un factor de riesgo, puesto que en esta etapa los individuos son más susceptibles a dejarse llevar por ideas culturales o sociales sobre la salud y la belleza debido al modelo de esta difundido a lo largo de los años. También se ha visto que padecer una mala alimentación durante la infancia puede aumentar la sensibilidad a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Además, podemos establecer factores de riesgo psicológicos en personas con una mayor inestabilidad emocional, personas que padecen ansiedad, baja autoestima, un análisis negativo de sí mismo o que poseen una gran competitividad y deseo del perfeccionismo. Los síntomas van a ser producidos por la desnutrición y dependerán entonces de la causa de esta. Podemos establecer unos síntomas principales como la pérdida de peso, los mareos o el cansancio y la fatiga. Existen muchos tipos de TCA, el más común es la anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa es, a menudo, simplemente denominada “anorexia”. Este trastorno de la conducta alimentaria se caracteriza por el gran temor que tiene la persona que lo padece a aumentar de peso y por la percepción distorsionada de su propio cuerpo. Las personas que padecen anorexia nerviosa restringen la cantidad de comida que ingieren para controlar el número de calorías. También es común que tras acabar de comer vomiten, o usen laxantes o diuréticos de forma indebida; también la realización de ejercicio en exceso. La persona que padezca este tipo de trastorno, además de presentar los síntomas principales de una desnutrición, padecerá una serie de complicaciones físicas y psicológicas, como la pérdida de menstruación y de cabello, problemas de piel, osteopenia, osteoporosis y deformidades óseas, incapacidad de atención y concentración, depresión, ansiedad.

2 Objetivos

Analizar la función del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la realización de pruebas o estudios por imagen para el diagnóstico y la investigación de la anorexia nerviosa.

3 Metodología

La información de este texto está basada en la lectura comprensiva y búsqueda de información en los artículos y páginas médico-científicos citados en la bibliografía (Pubmed, Scielo, Medline), también contrastados con profesionales sanitarios (médicos y radiólogos) que avalan la información expuesta.

4 Resultados

Ante la sospecha de que un paciente padezca anorexia nerviosa se procederá a la realización de análisis y valoraciones nutricionales, además de estudios que permitirán encontrar la causa de la pérdida de peso, entre estos estudios podemos encontrar análisis de orina y pruebas de la función renal, pruebas de la función hepática o pruebas de densidad ósea.

A principios de los noventa, con los avances en los estudios de esta área, aparecen grupos de investigación que utilizan pruebas de neuroimagen para el estudio de los trastornos de conducta alimentaria.

De esta manera cobra un importante papel en el diagnóstico de estas enfermedades la tomografía computarizada y la resonancia magnética. La realización de estos estudios en los pacientes permite obtener información acerca de cuáles son las áreas cerebrales que muestran alteraciones en su fisiología y en los procesos cognitivos.

Además, también se realizaron estudios de SPECT, los cuales permitieron observar que la corteza parietal es el área del cerebro más involucrada en esta enfermedad, ya que en ella se observa como la actividad decrece antes de recibir el tratamiento y aumenta cuando el paciente vuelve a ganar peso.

La realización de esta prueba también permitió comprobar que se produce una reducción de la perfusión y el metabolismo en el área frontal del cerebro de los pacientes que sufren de anorexia nerviosa y esta se revierte tras el aumento de peso, sin embargo, también se ha visto que en otros pacientes siguen apareciendo estas reducciones tras la ganancia de peso, lo que indica que esta pérdida no se debe a la desnutrición, sino al trastorno psicológico.

También, se está investigando la lateralidad del trastorno, ya que en algunos pacientes se ha visto que lesiones o disfunciones en el hemisferio derecho pueden tener relación con la aparición del trastorno, y que este hemisferio es más propenso a sufrir las lesiones debidas a la desnutrición.

Los avances en los estudios apuntan hacia la conclusión de que las alteraciones neuronales, tales como la lentitud para procesar la información, la memoria o los problemas relacionados con la capacidad de atención, son factores que aumentan la posibilidad de padecer esta enfermedad y no consecuencia de ella como se creía antes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en este capítulo y hoy en día, las técnicas de neuroimagen que llevamos a cabo los técnicos en imagen para el diagnóstico proporcionan una ayuda básica en la investigación de estos trastornos, ya que proporcionan información fundamental sobre la fisiopatología cerebral y el avance de los pacientes ante los nuevos tratamientos, por lo tanto, permiten grandes avances en los estudios neuronales. Cuanto mayor sea el campo de conocimiento en este ámbito, mejores podrán ser las intervenciones y los tratamientos que los pacientes reciban, puesto que como hemos visto en el apartado de resultados del presente capítulo, las técnicas por imagen, sobre todo la tomografía computarizada y la resonancia magnética consiguen un papel muy importante en el diagnóstico de la anorexia nerviosa y los trastornos alimentarios.

6 Bibliografía

1. Anorexia [Internet]. MedlinePlus. 2022 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000362.htm>.
2. Anorexia Nerviosa [Internet]. Mayoclinic.org. 2018 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nerviosa/symptoms-causes/syc-20353591#:text=La%20anorexia%20nerviosa%2C%20a%20menudo,la%20percepci%C3%B3n%20distorcionada%20del%20peso>.
3. Juárez LAM. Incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en estudiantes de segundo básico de dos instituciones educativas. Universidad Rafael Landívar; 2013

Capítulo 313

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

MARTA CRUZ QUESADA

VANESSA SERRANO LOMA

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

1 Introducción

El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca al sistema inmunitario del cuerpo y que si no se trata puede provocar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

El virus de la inmunodeficiencia humana se transmite a través de intercambio de líquidos corporales (sangre, semen, fluido vaginal, leche materna) con una persona ya infectada, generalmente al compartir agujas, a través del sexo vaginal o anal, de madre a hijo durante el embarazo, la lactancia o el parto.

A finales del año 2022 se registraron alrededor de 39 millones de personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

De ellas, aproximadamente 30 millones estaban con tratamiento antirretrovírico y casi las tres cuartas partes ya habían alcanzado la supresión vírica, lo que sig-

nifica que su salud ya no se ve afectada y no hay riesgo de transmitir el virus a otras personas.

Desde su descubrimiento, los laboratorios de Microbiología han tenido que realizar un gran esfuerzo para poder adaptarse a las demandas clínicas que requieren estos enfermos.

En los últimos años, se han generalizado la detección y análisis de mutaciones que confieren resistencias a fármacos antirretrovirales y la determinación de la carga vírica plasmática.

Actualmente, se pretende actualizar cuáles deberían ser las tareas y cometidos principales de un laboratorio de microbiología para realizar una atención íntegra al paciente infectado por VIH.

2 Objetivos

- Orientar de manera conceptual la metodología utilizada en el diagnóstico y seguimiento de la infección por VIH
- Conocer las diferentes pruebas y técnicas disponibles para el diagnóstico serológico del VIH.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda mediante el motor de búsqueda Google y se han consultado distintos artículos del SEIMC (sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica), ELSEVIER (editorial científica), CDC (centros para el control y la prevención de enfermedades).

4 Resultados

El diagnóstico de la infección por VIH se realiza a través de la detección de anticuerpos específicos presentes en el suero o plasma del paciente.

La recogida de la muestra puede hacerse directamente en el laboratorio o en cualquier punto de extracción y posteriormente enviarla al laboratorio. El personal de estos puntos de extracción deberá tener una correcta identificación de

los pacientes y sus muestras, comprobar las etiquetas de los volantes y guardar la confidencialidad durante todo el proceso.

Después de su recogida, las muestras de suero no deben permanecer a temperatura ambiente más de 24 horas ni más de 7 días a una temperatura entre 2 °C y 8 °C. Si por algún motivo el periodo de almacenamiento tuviese que ser más prolongado, se deberá congelar la muestra a una temperatura de entre -20 °C o -80 °C.

Para su transporte, las muestras deberán prepararse y etiquetarse de acuerdo con las normas de transporte de sustancias infecciosas.

Se pueden enviar tanto refrigeradas con hielo a una temperatura entre 2 °C y 8 °C, o con nieve carbónica, con una temperatura igual o inferior a -20 °C.

Los laboratorios que realicen el diagnóstico serológico de los anticuerpos del VIH deberán cumplir las normas de seguridad de nivel 2.

Todas las muestras se deberán considerar y manipularse como potencialmente infecciosas. Para ello se deberán de utilizar siempre guantes en todos los procesos, pipeteo automático, y a la hora de eliminar los residuos, reactivos y muestras utilizar los contenedores de seguridad biológica.

El diagnóstico de la infección por el VIH se hace generalmente mediante la detección de anticuerpos VIH-1/2 o detección simultánea de anticuerpos VIH-1/2 y antígeno p24 del VIH-1.

Los ensayos serológicos para esta determinación pueden ser de cribado o de confirmación. Como prueba de cribado, más coste-efectivo para llevar a cabo en un laboratorio con un gran volumen de muestras es el inmunoensayo.

Los inmunoensayos han ido evolucionando a lo largo del tiempo y se clasifican según la base antigénica utilizada.

Los de primera generación incorporaban como antígeno un lisado viral, que era relativamente sensible, pero carecía de especificidad y los anticuerpos se detectaban a los 40 días de la infección. Los de segunda generación utilizaban como antígeno proteínas recombinantes y péptidos sintéticos y el tiempo de detección de anticuerpos disminuyó a 33-35 días.

Los inmunoensayos de tercera generación, llamados también tipo sándwich, detectan anticuerpos de tipo IgM e IgG en un tiempo de 10-25 días. Y por último las técnicas de cuarta generación que detectan a la vez anticuerpos y antígeno p24,

siendo el tiempo de detección de 10-15 días después de la infección.

Con estas últimas técnicas se disminuye la posibilidad de un falso positivo y se aumenta la sensibilidad.

Otras técnicas empleadas en el diagnóstico de VIH son las pruebas rápidas de diagnóstico, que son técnicas que no necesitan aparataje, de rápida ejecución, su lectura es visual y generan el resultado en menos de 30 minutos.

El inconveniente que pueden presentar es que pueden generar dudas a la hora de interpretar los resultados.

Se pueden realizar en fluido oral o en sangre capilar, recogida por punción digital, aunque también se pueden realizar en muestras de plasma o suero.

Estas pruebas detectan la presencia de anticuerpos VIH-1, VIH-2 y/o el antígeno p24 del VIH-1.

El antígeno p24 es una proteína de núcleo viral que aparece en la sangre después de la infección por VIH y coincide con un aumento del nivel de ARN viral.

El ensayo de detección del antígeno p24 detecta un nivel de antígeno que aproximadamente corresponde a un nivel de ARN del VIH de 30.000 a 50.000 copias/mL y se convierte en positivo alrededor de los cinco a siete días después de la detección del ARN viral.

Estas pruebas tienen una alta sensibilidad y especificidad, pero inferior a la de los inmunoensayos utilizados actualmente en el diagnóstico convencional. Sin embargo, las pruebas rápidas no pueden identificar las infecciones agudas, donde aún no se han desarrollado anticuerpos específicos del VIH (falsos negativos).

La infección aguda es la primera etapa de la infección por VIH y se puede diagnosticar en una muestra con un inmunoensayo negativo mediante la detección de ARN-VIH, o cuando se detecta un inmunoensayo positivo con un test confirmatorio negativo o indeterminado y una prueba virológica (ARN-VIH o antígeno p24) positiva.

La trascendencia de la infección por VIH hace necesaria confirmar los resultados positivos obtenidos en las pruebas de detección primaria de anticuerpos.

Aunque existen diferentes pruebas de confirmación, hasta ahora las más usadas son las basadas en los principios de inmunoelectrotransferencia o Western Blot (WB) y el inmunoensayo en línea (LIA).

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de las pruebas deben expresarse de forma clara y precisa para evitar situaciones diagnósticas confusas y de ansiedad innecesaria en el paciente.

Se informará de una manera clara si el suero es positivo para VIH-1 y/o para VIH-2. En el caso de no dar como resultado la emisión de un diagnóstico claro y concluyente, se deberán formular una serie de recomendaciones precisas para el seguimiento y el diagnóstico definitivo.

Aunque a día de hoy el VIH es una patología crónica, que siendo bien tratada puede permitir llevar una vida normal a aquel que la padece, aún no existe vacuna eficaz.

6 Bibliografía

1. Acerca del VIH/SIDA | Información básica | VIH/SIDA | CDC. (s. f.-b). <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
2. Cachay, E. R. (2023, 21 septiembre). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/infecciones/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>
3. Iglesias, J. A. M. (s. f.). Sociedad española Enfermedades infecciosas microbiología clínica. SEIMC. <https://www.seimc.org/>
4. De Quirós, J. C. L., Delgado, R., García, F., Eirós, J. M., & De Lejarazu, R. O. (2007). Diagnóstico microbiológico de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 25(10), 632-638. <https://doi.org/10.1157/13112939>

Capítulo 314

EL PAPEL DE LA DIETA CETOGÉNICA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

ZAIDA RUIZ MARTÍN

EVA LLANO SORDO

1 Introducción

Hoy en día, el cáncer se sitúa en la cima de la lista de enfermedades con mayor incidencia a nivel mundial. Esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Según estimaciones de la International Agency for Research on Cancer, en el año 2020 se diagnosticaron aproximadamente 18,1 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo (excluyendo los tumores cutáneos no melanoma), y se prevé que esta cifra aumente en las próximas dos décadas hasta alcanzar los 27,0 millones. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la detección y diagnóstico de cáncer en muchos países, por lo que es probable que el número real de casos diagnosticados en 2020 haya sido menor (1).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el término "cáncer" abarca un grupo diverso de enfermedades caracterizadas por el desarrollo de células anormales que se dividen, crecen y se propagan descontroladamente en cualquier parte del cuerpo. A diferencia de las células normales, que siguen un ciclo de vida programado, las células cancerosas o tumorales pierden la capacidad de morir y se multiplican prácticamente sin límites. Esta proliferación celular excesiva da lugar a la formación de masas conocidas como "tumores" o "neoplasias", que, a medida que crecen, pueden dañar y reemplazar los tejidos normales (3).

En cuanto a las opciones de tratamiento para el cáncer, existen diversas alternativas que van desde enfoques convencionales, como la cirugía, a menudo combinada con quimioterapia y radioterapia, hasta terapias más avanzadas como la terapia dirigida con medicamentos, la inmunoterapia, los trasplantes de células madre o de médula ósea, y la terapia hormonal (4). Las terapias tradicionales buscan eliminar las células de alto crecimiento, como las células cancerosas, pero también pueden afectar a otras células con tasas de proliferación elevadas, como las células del sistema inmunológico, lo que resulta en la supresión del sistema inmunológico del paciente. Además, estas terapias a menudo conllevan efectos secundarios que impactan en la calidad de vida del paciente. Por ejemplo, la quimioterapia puede causar náuseas, vómitos, estreñimiento y pérdida de cabello, mientras que la radioterapia puede dar lugar a síntomas como anorexia, sequedad de piel y mucositis. En algunos casos, estas terapias pueden desencadenar complicaciones como faringitis, infertilidad y déficits cognitivos, entre otros (5).

Los estudios e investigaciones actuales sobre el metabolismo cancerígeno nos proporcionan información crucial sobre las metas claras de las células cancerosas. Estas células tienen tres objetivos bien definidos: evadir la muerte celular, sobrevivir en entornos ácidos, hipóxicos y con escasez de nutrientes, y mantener su capacidad de crecimiento (6).

A diferencia de las células sanas, que aprovechan la molécula completa de azúcar para obtener grandes cantidades de energía, las células cancerosas desperdician mucho esta fuente de energía. En lugar de descomponer completamente la molécula, las células cancerosas tienden a repetir la primera etapa de la respiración celular, conocida como glucólisis, con frecuencia sin completar el segundo paso, la fosforilación oxidativa. Esto resulta en la producción de solo dos moléculas de ATP por glucosa en lugar de las aproximadamente 36 que se generan en una célula normal. Como consecuencia, las células cancerosas necesitan consumir una cantidad considerable de azúcar para obtener la energía necesaria para su supervivencia (7).

En este contexto, considerando la urgente necesidad de desarrollar nuevos enfoques terapéuticos y las características esenciales del cáncer, han surgido tratamientos como la restricción calórica. Esta estrategia, que ya es conocida por sus efectos en el envejecimiento, busca reducir la ingesta de calorías y, por ende, disminuir la disponibilidad de glucosa. La restricción calórica impacta en numerosos procesos involucrados en la patogénesis del cáncer y ha demostrado beneficios significativos en la regresión tumoral (5).

Además, la dieta cetogénica, reconocida por sus efectos neuroprotectores y su eficacia en el tratamiento de diversos tipos de epilepsia infantil, se está investigando en la actualidad como una posible estrategia terapéutica para el cáncer y otros trastornos metabólicos. Se cree que el entorno metabólico inducido por las dietas cetogénicas podría afectar al funcionamiento normal de las células cancerosas sin interferir en las células sanas, incluso permitiendo que estas últimas obtengan la energía que necesitan (8).

2 Objetivos

- Destacar la importancia del cáncer en nuestra sociedad y abordar las controversias que rodean a las terapias convencionales empleadas en su tratamiento.
- Facilitar la comprensión del cáncer, así como identificar las principales rutas metabólicas que distinguen a las células cancerosas de las células sanas.
- Explorar de qué manera la Dieta Cetogénica (KD) y la subsiguiente producción de cuerpos cetónicos afectan de manera distinta al metabolismo de las células cancerosas en comparación con las células sanas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente investigación, se realizó una búsqueda exhaustiva de documentos bibliográficos con el propósito de recopilar la información necesaria. Para desarrollar conceptos fundamentales, se consultaron textos clásicos de Bioquímica, como "Bioquímica: Conceptos esenciales", así como recursos en línea como el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) y otros, como CancerQuest. Para completar la revisión bibliográfica, se utilizó la base de datos PubMed, empleando términos de búsqueda como "ketogenic diet", "cáncer", "metabolic reprogramming", ya sea de manera individual o en combinación, con el fin de afinar los resultados. Aunque el uso de la Dieta Cetogénica en el tratamiento del cáncer

es un enfoque relativamente reciente, no se restringió la búsqueda a la última década para abarcar todos los posibles estudios publicados.

Por otra parte, se utilizó el programa Zotero para gestionar las referencias bibliográficas. Estas referencias se enumeraron en orden alfabético y se ajustaron a las especificaciones de las normas Vancouver. En caso de que el primer autor coincidiera en varias referencias, se aplicó el criterio de ordenarlas por fecha de publicación. Cuando en el texto se citaron múltiples referencias, se siguieron las pautas de ordenarlas según su antigüedad de publicación.

4 Resultados

La KD reduce la progresión del tumor al suprimir la vía de señalización insulina/IGF-1, que involucra la vía intracelular PI3K/Akt/mTOR. Además, la KD aumenta la cantidad de proteína AMPK, que inhibe mTOR. Esto tiene como resultado la reducción del crecimiento tumoral y la proliferación de las células cancerosas (29).

A nivel de la autofagia: la vía PI3K-mTOR inhibe el proceso de autofagia, que es una doble espada en el cáncer. La autofagia puede proteger a las células del cáncer contra la apoptosis, lo que la convierte en un objetivo lógico para la terapia del cáncer. Sin embargo, la autofagia también puede tener efectos perjudiciales en las células cancerosas al degradar reguladores proapoptóticos o antiapoptóticos, lo que puede ser contraproducente. Por lo tanto, la inhibición de la autofagia en la terapia del cáncer debe considerarse cuidadosamente, ya que sus efectos pueden variar según el contexto (30).

A nivel del ambiente tumoral, las células cancerosas crean un entorno favorable para su progresión, lo que incluye una mejor vascularización, la represión del sistema inmune y la inducción de la inflamación (18).

En algunos modelos de gliomas en ratones, se ha observado que la dieta cetogénica (KD) o la restricción calórica pueden reducir la vascularización tumoral y disminuir la expresión de factores angiogénicos clave, como FGF-1 α y el receptor 2-VEGF, que son fundamentales para la formación de nuevos vasos sanguíneos y el crecimiento tumoral (23). Aunque existen evidencias de los efectos antiangiogénicos de la KD, el mecanismo exacto aún no está completamente comprendido (8).

Además, se han encontrado pruebas en estudios *in vitro* e *in vivo* de que la KD

y los cuerpos cetónicos, especialmente el β -OH-butilato, tienen efectos antiinflamatorios al inhibir el inflamasoma NLRP3 y reducir la producción de factores inflamatorios como el TNF- α , IL-1, IL-6, IL-18 y la prostaglandina E2 (18).

Un aspecto importante a destacar es el papel de la KD en los niveles de especies reactivas de oxígeno (ROS). Si bien la producción de ROS en los tejidos tumorales suele ser elevada, lo que promueve la progresión del cáncer y la resistencia a diversas terapias, la KD puede aumentar los niveles de ROS en las células tumorales, lo que podría llevar a su muerte. Sin embargo, la KD parece proteger a las células sanas del daño oxidativo. En estudios preclínicos, la KD aumentó los niveles del sistema antioxidante glutatión en las células sanas. En un modelo de glioma en ratones, la KD también redujo la producción de ROS. Estos resultados sugieren que la KD podría tener un efecto protector contra el daño oxidativo en las células sanas, lo que respalda su uso como complemento de tratamientos como la radioterapia, que se basan en el aumento de los niveles de ROS. Sin embargo, se requieren ensayos clínicos para determinar la eficacia de la KD en pacientes (8, 18).

El tratamiento convencional para la mayoría de los pacientes oncológicos involucra una combinación de cirugía, quimioterapia o radioterapia. Sin embargo, también existen otras modalidades terapéuticas, como la inmunoterapia y la terapia dirigida. La inmunoterapia es una terapia biológica diseñada para potenciar el sistema inmunológico en su lucha contra el cáncer, utilizando diversos enfoques, como el empleo de anticuerpos monoclonales(18).

Por otro lado, es importante señalar que en algunos casos, las células cancerosas desarrollan mecanismos de resistencia ante los efectos citotóxicos de estos tratamientos. Esto es especialmente relevante en tipos de cáncer como el cáncer de mama triple negativo, que carece de un tratamiento estándar efectivo. Por lo tanto, se considera de vital importancia la búsqueda y desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos que mejoren la eficacia del tratamiento(19).

La dependencia de glucosa, sumada a las diversas alteraciones metabólicas que se observan en las células tumorales, respalda la consideración de la KD como un prometedor adyuvante en el tratamiento del cáncer. Esto se debe a que la KD crea un entorno metabólico desfavorable para las células cancerosas. Además, dado el comportamiento metabólico contrastante entre las células tumorales y las células normales, el aumento de cuerpos cetónicos inducido por la KD se convierte en una alternativa viable para obtener energía en las células sanas(18).

La mayoría de los estudios preclínicos y clínicos respaldan la utilización de la KD en combinación con las terapias estándar. Esto se debe a que, además de su capacidad para potenciar los efectos antitumorales de la quimioterapia y la radioterapia convencionales, la KD se ha mostrado segura y bien tolerada, lo que se traduce en una mejora en la calidad de vida de los pacientes(18).

No obstante, es crucial someter la KD a una evaluación en un entorno preclínico, teniendo en cuenta el tipo o subtipo de cáncer, ya que tanto la eficacia como la seguridad de la KD dependen en gran medida de la naturaleza específica y el genotipo del tumor(18).

En la actualidad, existe un considerable número de estudios dedicados a investigar el potencial de la KD en el tratamiento del cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Los tratamientos convencionales contra el cáncer, como la quimioterapia y la radioterapia, han demostrado ser altamente efectivos en la eliminación de las células tumorales. Sin embargo, también conllevan efectos perjudiciales para las células sanas, lo que puede tener un impacto negativo en la salud general del paciente. Por esta razón, existe una creciente necesidad de buscar nuevas alternativas en el tratamiento del cáncer.

Las nuevas terapias adyuvantes en el tratamiento del cáncer se centran en abordar las distintas características y las necesidades específicas relacionadas con la reprogramación metabólica observada en las células cancerosas. Esto incluye el notable incremento en el consumo de glucosa y la alta tasa de glucólisis, conocido como el "Efecto Warburg". En respuesta a estos cambios, han surgido terapias diseñadas para abordar estas alteraciones, como es el caso de la dieta cetogénica.

La dieta cetogénica implica una disminución de los niveles de glucosa en la sangre y un aumento en la producción de cuerpos cetónicos. Esto no solo crea un entorno desfavorable para las células cancerosas, sino que también proporciona una fuente alternativa de energía para las células sanas. Además, los cuerpos cetónicos, al actuar como moléculas de señalización, interfieren en varias vías que son necesarias para el crecimiento tumoral.

La dieta cetogénica presenta desafíos, como la variabilidad en las proporciones de nutrientes que debe seguirse y su difícil adherencia. Además, se han observado posibles efectos en la nutrición y la salud general del paciente. Todo esto

contribuye a que la aplicación de la dieta cetogénica como tratamiento para la remisión del crecimiento tumoral no esté clara en ciertos pacientes.

6 Bibliografía

1. LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
2. Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
3. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
4. Tipos de tratamiento [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento.html>
5. Martín CR. LA DIETA CETOGÉNICA COMO COADYUVANTE EN LA TERAPIA DEL CÁNCER.
6. Metabolismo de celulas cancerosas .pdf [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20480/Metabolismo%20de%20celulas%20cancerosas%20.pdf?sequence=1>
7. CancerQuest [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Metabolismo. Disponible en: <https://cancerquest.org/es/biologia-del-cancer/metabolismo>
8. Longo R, Peri C, Cricrì D, Coppi L, Caruso D, Mitro N, et al. Ketogenic Diet: A New Light Shining on Old but Gold Biochemistry. *Nutrients*. octubre de 2019;11(10):2497.
9. Torresano L, Nuevo-Tapióles C, Santacatterina F, Cuezva JM. Metabolic reprogramming and disease progression in cancer patients. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 1 de mayo de 2020;1866(5):165721.
10. rmq152h.pdf [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152h.pdf>
11. Alonso Remedios A, Pérez Cutiño M, Vidal Pérez Z, Vidal Pérez A. Papel de la reprogramación metabólica en la carcinogénesis. *Correo Científico Méd*. junio de 2016;20(2):292-304.
12. Gattinoni L. Adoptive T cell transfer: imagining the next generation of cancer immunotherapies. *Semin Immunol*. febrero de 2016;28(1):1-2.

13. Kim JW, Pituch KC, Xiao A, Young JS, Panek WK, Muroski ME, et al. Chapter 15 - Gene/Viral Treatment Approaches for Malignant Brain Cancer. En: Newton HB, editor. Handbook of Brain Tumor Chemotherapy, Molecular Therapeutics, and Immunotherapy (Second Edition) [Internet]. Academic Press; 2018 [citado 7 de septiembre de 2023]. p. 211-27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128121009000152>
14. dice A. Cetoacidosis y Cetosis en la dieta Cetogénica | Sitrainer [Internet]. 2020 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sitrainer.com/alimentacion/cetoacidosis-cetosis-dieta-cetogenica/>
15. Cetogénesis [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.quimica.es/enciclopedia/Cetog%C3%A9nesis.html>
16. Puchalska P, Crawford PA. Multi-dimensional Roles of Ketone Bodies in Fuel Metabolism, Signaling, and Therapeutics. *Cell Metab.* febrero de 2017;25(2):262-84.
17. Guía metabólica [Internet]. 2017 [citado 7 de septiembre de 2023]. ¿Qué es la deficiencia de beta-cetotiolasa (BKT)? Disponible en: <https://metabolicas.sjdhospitalbarcelona.org/ecm/deficiencia-beta-cetotiolasa-bkt/info/es-deficiencia-beta-cetotiolasa-bkt>
18. Weber DD, Aminzadeh-Gohari S, Tulipan J, Catalano L, Feichtinger RG, Kofler B. Ketogenic diet in the treatment of cancer – Where do we stand? *Mol Metab.* marzo de 2020;33:102-21.
19. İyikesici MS, Slocum AK, Slocum A, Berkarda FB, Kalamian M, Seyfried TN. Efficacy of Metabolically Supported Chemotherapy Combined with Ketogenic Diet, Hyperthermia, and Hyperbaric Oxygen Therapy for Stage IV Triple-Negative Breast Cancer. *Cureus.* 7 de julio de 2017;9(7):e1445.
20. Feng S, Wang H, Liu J, Aa J, Zhou F, Wang G. Multi-dimensional roles of ketone bodies in cancer biology: Opportunities for cancer therapy. *Pharmacol Res.* diciembre de 2019;150:104500.
21. Tan-Shalaby J. Ketogenic Diets and Cancer: Emerging Evidence. *Fed Pract.* febrero de 2017;34(Suppl 1):37S-42S.
22. Levy JMM, Towers CG, Thorburn A. Targeting autophagy in cancer. *Nat Rev Cancer.* septiembre de 2017;17(9):528-42.
23. Woolf EC, Curley KL, Liu Q, Turner GH, Charlton JA, Preul MC, et al. The Ketogenic Diet Alters the Hypoxic Response and Affects Expression of Proteins Associated with Angiogenesis, Invasive Potential and Vascular Permeability in a Mouse Glioma Model. *PloS One.* 2015;10(6):e0130357.
24. Milder JB, Liang LP, Patel M. Acute oxidative stress and systemic Nrf2 activation by the ketogenic diet. *Neurobiol Dis.* octubre de 2010;40(1):238-44.

Capítulo 315

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA. DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES POR ENTEROBIUS VERMICULARIS CON EL TEST DE GRAHAM

SELENE HERVÁS CODES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

MANUEL MUÑOZ REDONDO

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

1 Introducción

El *Enterobius vermicularis*, también conocido como oxiuro o lombriz, es el parásito más frecuente en el ser humano, afectando aproximadamente en un 30% de los casos a los niños entre 4 y 15 años, aunque puede afectar a personas de todas las edades.

Estos parásitos son nematodos, por lo que son redondos y alargados, con forma de hilo, y de color blanquecino, pudiendo llegar a medir de 5 a 13 milímetros en el caso de las hembras, y de 2 a 6 milímetros en el caso de los machos. Viven

en el colon, el apéndice cecal y en el intestino delgado, pero por la noche, las hembras migran a la zona perianal a depositar los huevos, de aspecto incoloro y transparente. Dichos huevos se adhieren a la piel y, como uno de los síntomas que producen los parásitos es el prurito, al rascarse la persona afectada, puede producirse la contaminación de manos, ropa, superficies, alimentos, etc.; si esto pasa, al ingerir los huevos, pasan al duodeno para completar su ciclo; pero si el ciclo no se completa, los huevos pueden sobrevivir aproximadamente 15 días en el medio ambiente.

Aunque en algunas ocasiones pueden no producirse síntomas, los más frecuentes son:

- Prurito anal intenso, especialmente de noche, debido a la migración de la hembra para poner los huevos
- Irritabilidad
- Insomnio
- Bruxismo
- Dolor abdominal
- Dolor pélvico

Respecto a los signos, se pueden producir lesiones de la zona perianal y de la mucosa rectal, y aparecer sangre en heces si hay mucha carga parasitaria, incluso producirse apendicitis, infección urinaria o vulvovaginitis (en el caso de mujeres y niñas).

2 Objetivos

- Explicar qué es el *Enterobius vermicularis*, los síntomas que produce, las formas de contagio y los ciclos de dicho parásito.
- Describir el procedimiento para realizar bien la técnica y conseguir un correcto diagnóstico.
- Exponer las medidas a seguir para evitar el contagio.

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 test de Graham es una prueba muy sencilla que permite diagnosticar la infección por parásitos llamados *Enterobius vermicularis*, observando la presencia de huevos en el microscopio.

Cuando los huevos son ingeridos o inhalados, eclosionan al llegar al duodeno y las larvas se trasladan al intestino grueso para alcanzar su madurez sexual en, aproximadamente, 24 a 28 días, entonces, las hembras migran a la región anal para depositar sus huevos y así vuelve a empezar el ciclo.

Las vías de transmisión son:

- Vía oral, por la ingesta de agua o alimentos contaminados.
- Por inhalación.
- Por Autoinfección externa (ciclo ano-mano-boca).

Las personas con sospecha de tener parásitos deben tomar una serie de medidas para evitar el contagio:

- Lavarse las manos antes de comer y/o preparar la comida, especialmente las uñas, y después de ir al baño.
- Llevar las uñas cortas.
- Ducharse diariamente y cambiar toda la ropa, incluyendo la de la cama, lavándola con agua muy caliente, y evitando sacudirla.
- Si es un niño escolarizado, avisar para que se tomen las medidas necesarias de higiene.

Para la obtención del diagnóstico de dicho parásito, la elección principal es el Test de Graham, que consiste en un estudio al microscopio en el laboratorio de microbiología para observar si existe la presencia o no de huevos.

El procedimiento es sencillo: se utiliza una cinta adhesiva transparente que se adhiere a la zona perianal (sin previo aseo) para recoger los huevos, si los hubiera, y se pega a un portaobjetos lo mejor extendida posible, que posteriormente se enviará al laboratorio junto a los datos del paciente para su estudio microscópico. La obtención de la muestra debe realizarse por la mañana, durante 3 días consecutivos.

Una vez recibida la muestra, el técnico de laboratorio observará si existe la presencia de dichos huevos, que son transparentes, con apariencia ovoide, y con forma plana en uno de sus lados; a veces se puede observar el movimiento de la larva en su interior. En ocasiones, aunque es muy poco frecuente, se pueden ver gusanos adultos en la misma muestra.

La toma de muestra se hace en varios días debido a que los huevos se excretan de forma intermitente y en número variable según el día, y puede que no se observen en el microscopio en una toma, dando lugar a un falso negativo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la labor del técnico de laboratorio en esta prueba, ya que el diagnóstico depende, en parte, de la correcta toma de la muestra, pero también de la destreza de la persona que observa al microscopio, que es quien va a determinar si la infección de este parásito existe o no.

Esta infección en algunos casos no produce síntomas, pero en otros puede complicarse debido a la migración del parásito hacia otras zonas como la vagina y el útero, incluso pudiendo provocar una apendicitis, por lo que su correcto diagnóstico es fundamental para evitar complicaciones y poder poner tratamiento a tiempo, evitando con ello también la posible propagación a otras personas.

Cabe destacar la importancia de la correcta toma de la muestra, realizándose en tres días diferentes, ya que la sensibilidad del test de Graham es del 90% si se realiza todo correctamente.

6 Bibliografía

1. <https://es.scribd.com/document/117331494/diferencias-entre-ascaris-lumbricoides-y-enterobius-vermicularis#>
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-enterobius-vermicularis-oxiuros-practica-ginecologica-S0210573X10000274>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-nematodosis-intestinales-13015494>
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000100005

Capítulo 316

DETECCIÓN DE METÁSTASIS TUMORAL MEDIANTE SPECT

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

ZAIDA RUIZ MARTÍN

EVA LLANO SORDO

1 Introducción

A nivel mundial, la metástasis ósea se ha convertido en una de las principales complicaciones que afectan a pacientes con enfermedades neoplásicas malignas, lo que la convierte en un problema específico dentro del ámbito de la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012, se informó de un aumento significativo en la incidencia del cáncer, con un total de 14 millones de nuevos casos, siendo especialmente prominente en los continentes de África, Asia, América Central y del Sur, donde más del 50% de los casos nuevos se registraron (1). Además, las estadísticas revelan que el 90% de los pacientes diagnosticados con metástasis neoplásica no sobreviven.

En España, se registran miles de casos nuevos de cáncer cada año, llegando a la cifra de 162,000, y se estima que aproximadamente el 75% de estos pacientes desarrollarán metástasis ósea (2).

La gammagrafía ósea mediante SPECT desempeña un papel fundamental en la evaluación y estadificación de pacientes con procesos malignos. Se considera uno de los métodos más sensibles para detectar metástasis óseas y tiene la ventaja de permitir la visualización de todo el esqueleto en una sola prueba en un tiempo razonable. Además, es capaz de detectar cambios gammagráficos con una variabilidad mínima, tan solo entre un 5% y un 10%, entre la lesión y el tejido óseo normal, lo que le permite diagnosticar hallazgos hasta 18 meses antes que otras técnicas de imagen (3).

La utilidad de los estudios gammagráficos mediante SPECT radica en su capacidad para detectar cambios metabólicos en el hueso, lo que permite evaluar su estado funcional, estudiar la extensión de las neoplasias óseas y seguir la respuesta al tratamiento. Esto resulta fundamental para utilizar los datos epidemiológicos pertinentes en la implementación de programas destinados a prevenir complicaciones graves, como la compresión de la médula espinal, la hipercalcemia maligna, las fracturas patológicas y el dolor óseo severo, todos los cuales afectan negativamente la calidad de vida del paciente (4).

En la actualidad, se emplean diversos métodos de imagen para identificar y caracterizar las metástasis óseas, los cuales se agrupan en enfoques funcionales, metabólicos y morfológicos. Cada uno de estos desempeña un papel importante en el diagnóstico y seguimiento del paciente (4).

2 Objetivos

- Destacar la importancia del cáncer en nuestra sociedad.
- Facilitar la comprensión del cáncer.
- Proporcionar nuevas alternativas para su diagnóstico y seguimiento.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando diversas fuentes de información. Se consultaron bases de datos electrónicas como NCBI (PubMed), revistas indexadas como Medline, libros de texto, artículos de revisión, páginas web, etc. con el fin de obtener información lo más actualizada posible.

Una vez seleccionadas las fuentes de información, se eligieron las palabras clave para la búsqueda: metástasis, SPECT, metástasis ósea, entre otras.

Por otra parte, se utilizó el programa Zotero para gestionar las referencias bibliográficas. Estas referencias se enumeraron en orden alfabético y se ajustaron a las especificaciones de las normas Vancouver. En caso de que el primer autor coincidiera en varias referencias, se aplicó el criterio de ordenarlas por fecha de publicación. Cuando en el texto se citaron múltiples referencias, se siguieron las pautas de ordenarlas según su antigüedad de publicación.

4 Resultados

Cuando las células cancerosas se diseminan desde una región específica del cuerpo hacia los huesos, se clasifica como metástasis ósea. Es importante destacar que el cáncer que se propaga a los huesos no es un tipo de cáncer óseo en sí mismo; en realidad, se origina en el lugar donde se encuentra el tumor primario, es decir, su origen original. Las células cancerosas del tumor primario pueden viajar a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático hasta alcanzar alguna parte de un hueso.

Las metástasis óseas, a veces conocidas como lesiones, pueden formar parte de un cáncer avanzado y tienen la capacidad de desarrollarse en cualquier hueso del cuerpo. Se observan con mayor frecuencia en los huesos situados en la región central del cuerpo, como la columna vertebral. Además, otros sitios comunes para la aparición de metástasis óseas incluyen la pelvis (cadera), el fémur, el húmero, las costillas y el cráneo. Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia tienden a propagarse hacia los huesos son aquellos que afectan a la mama, la próstata, el pulmón, la tiroides y el riñón (5). Muestra una preferencia particular por el esqueleto axial debido a su abundante vascularización. Las áreas más comunes para la formación de metástasis óseas incluyen la columna vertebral, en particular las regiones dorsolumbar y sacra, así como los huesos de la pelvis, las costillas, el esternón, las diáfisis femorales y humerales, y el cráneo (6).

El proceso de metástasis ósea se origina a partir de émbolos compuestos por células malignas que provienen de un tumor primario. Estas células malignas se benefician del crecimiento y la necrosis del tumor primario para acceder al tejido óseo a través de los vasos linfáticos y sanguíneos. Otras vías menos frecuentes de propagación incluyen la extensión directa desde el tumor primario, como en el caso del carcinoma nasofaríngeo que se extiende hacia la base del cráneo, o desde una localización secundaria, como la extensión vertebral desde adenopatías retroperitoneales.

Es importante destacar que la cantidad de émbolos tumorales en circulación se correlaciona con el tiempo de evolución del cáncer y el tamaño del tumor original. Esto significa que a medida que el cáncer progresa y crece, aumenta la posibilidad de que las células cancerosas se diseminen hacia los huesos.

Debido a las características particulares de su anatomía vascular y hemodinámica, las células tumorales en circulación suelen ser filtradas principalmente por tres órganos: los pulmones, el hígado y la médula ósea (7).

Se ha logrado el aislamiento, purificación y determinación de la secuencia de una enzima conocida como heparinasa. Se ha observado que la actividad de la heparinasa y la degradación del sulfato de heparina, un componente fundamental de las paredes de los vasos sanguíneos, están directamente relacionadas con la invasión vascular, la dispersión y el crecimiento de células tumorales secundarias. Si consideramos que esta enzima desempeña un papel crucial y se produce tempranamente en el proceso de formación de las metástasis, se abre la posibilidad de desarrollar sondas moleculares que permitan detectar metástasis biológicas que actualmente son imperceptibles desde el punto de vista clínico.

Este avance podría tener un impacto significativo, ya que permitiría diferenciar a los pacientes en función de su mayor o menor riesgo de metástasis y, en consecuencia, adaptar de manera más precisa el tratamiento individualizado. Además, la creación de inhibidores de la heparinasa podría desempeñar un papel preventivo fundamental al evitar que las células tumorales metastáticas escapen hacia la vascularización local y que las células T activadas abandonen el sistema circulatorio para dirigirse hacia las células diana (4).

Cuando aparece la metástasis, esto suele indicar que el tumor ya no es curable, por lo que el tratamiento se orienta principalmente hacia el control de la enfermedad y la mitigación de los síntomas (8).

En el ámbito de la radiología, se encuentra el método de radiología convencional, que es un enfoque experimental ampliamente utilizado. Este método ofrece una amplia disponibilidad y se utiliza en diversas aplicaciones, como el diagnóstico de patologías osteoarticulares y en dosis bajas, además de tener un costo relativamente económico. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, como la resolución de contraste limitada, la disponibilidad de un número reducido de planos de visualización y las desventajas inherentes a un sistema analógico. Además, se debe tener en cuenta que, aunque la dosis de radiación en la radiología convencional es baja, su uso acumulativo puede afectar la salud de la población que se somete a este tipo de estudios, lo que ha llevado a una disminución en su con-

sumo (4).

Otra técnica radiológica es la tomografía computarizada (TC), que fue desarrollada por Hounsfield en la década de 1960 y originalmente se utilizaba principalmente para evaluar el Sistema Nervioso Central. La TC moderna se basa en el uso de un tubo de rayos X rotativo que desplaza detectores a medida que el paciente se mueve lentamente. Esta tecnología permite visualizar volúmenes amplios en tiempos de exploración cortos y realizar reconstrucciones multiplanares, lo que resulta especialmente útil para evaluar estructuras anatómicas complejas, como la columna vertebral, la pelvis y las extremidades. Sin embargo, un inconveniente importante es que la exploración de todo el cuerpo puede llevar mucho tiempo en comparación con la práctica diaria, y la TC implica una dosis de radiación significativamente alta para el paciente (4).

Por otro lado, la resonancia magnética es una técnica de imagen que no utiliza radiaciones ionizantes y se basa en propiedades físicas del núcleo atómico del hidrógeno. La característica distintiva de la resonancia magnética es su excelente resolución anatómica, que depende de la intensidad de la señal y permite discernir diferencias de contraste entre los tejidos. Técnicas como la Angio-resonancia y el uso de agentes de contraste como el gadolinio son esenciales para la evaluación de patologías inflamatorias, infecciosas y tumorales. La resonancia magnética a menudo se prefiere cuando se requiere una valoración precisa de la extensión de la enfermedad, en lugar de la tomografía computarizada (6).

Por último, la medicina nuclear ofrece un enfoque que se centra en el estudio funcional del estado del paciente, permitiendo la observación de cambios fisiológicos a través de gammagrafías.

La gammagrafía ósea se destaca como un método altamente utilizado y altamente sensible en la detección de metástasis en el sistema esquelético. Este enfoque resulta particularmente valioso para evaluar la extensión y diseminación de las metástasis. El isótopo más comúnmente empleado en este procedimiento es el fosfato de Tecnecio-99. Este ion de fosfato se integra en todas las áreas con actividad ósea activa, lo que permite la fijación del Tecnecio y su posterior detección. La mayoría de las metástasis óseas, incluso aquellas de naturaleza osteolítica, están asociadas en algún grado con la formación de nuevo tejido óseo y un aumento en la vascularización local. El radioisótopo se concentra en este nuevo tejido óseo reactivo debido a su mayor actividad osteoblástica y su mayor actividad metabólica en comparación con el hueso normal. Esto explica la alta sensibilidad de la prueba, lo que posibilita la detección de lesiones en una etapa temprana, incluso antes de

que sean evidentes desde el punto de vista clínico y radiológico.

Sin embargo, la gammagrafía ósea tiene una limitación importante, y es su falta de especificidad. Esto se debe a que existen varias condiciones no malignas que también pueden provocar un aumento en la formación ósea y una captación isotópica marcada. Por esta razón, se considera que la gammagrafía es una prueba sensible pero no muy específica, y siempre debe interpretarse en conjunción con los datos clínicos disponibles. Además, hay situaciones en las que una respuesta insuficiente en la formación ósea reactiva puede resultar en falsos negativos, como en lesiones muy pequeñas, lesiones iniciales o lesiones altamente destructivas con una formación ósea reactiva limitada o nula (9).

En cuanto a los tipos de lesiones metastásicas óseas, existe una variedad de ellas que incluyen ejemplos como lesiones osteoblásticas focales, múltiples lesiones osteoblásticas, lesiones osteolíticas y lesiones difusas globales.

El SPECT (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único) es un avanzado sistema de imágenes médicas que se basa en el principio de adquisición tomográfica de datos. Esta tecnología fue pioneramente introducida por Kuhl y Edwards en 1963 y, a lo largo de las décadas posteriores, experimentó significativas mejoras en términos de ingeniería mecánica, electrónica y software, lo que le permitió alcanzar una difusión considerable a partir de la década de 1980.

Las tomocámaras (T-CAM) empleadas en el SPECT están equipadas con uno o varios detectores de centelleo, que son similares en funcionamiento a los utilizados en las gammacámaras convencionales. Sin embargo, estas tomocámaras están dotadas de un motor que les permite llevar a cabo un movimiento de rotación alrededor del paciente. Durante esta rotación, la tomocámara describe una órbita circular o elíptica, lo que le permite adaptarse de manera óptima a la superficie corporal del paciente. A lo largo de esta rotación, el equipo adquiere múltiples imágenes desde diferentes ángulos. Posteriormente, estas imágenes se someten a un proceso de reconstrucción por parte del ordenador, con el objetivo de obtener una representación espacial tridimensional (3D) del radionúclido presente en el órgano o área bajo estudio. Esta técnica se ha desarrollado para superar el desafío de la superposición de estructuras que se encuentra comúnmente en las imágenes planas (10). Se utiliza fundamentalmente en el estudio de lesiones-localizadas en la columna vertebral y pelvis si el estudio planar no es resolutivo. Y esta técnica se realiza en los casos de a, fractura complicada, evaluación de prótesis, estudio de tumor vascular, valoración de metástasis, elevación de fosfatasa alcalina, valoración de dolor óseo, fiebre de origen desconocido, osteoartrosis y sacroileítis

(6).

El protocolo para llevar a cabo estudios gammagráficos destinados a la evaluación de metástasis óseas se detalla a continuación: el radiofármaco utilizado es el ^{99m}Tc - MDP (Metilenodifosfonato de sodio) donde el isótopo tiene una vida media de 6 horas, emite energía gamma de 140 KeV y se administra por vía intravenosa. Referente a su preparación, no es necesario que el paciente se encuentre en ayunas. Pero después de la inyección del radiofármaco el paciente tiene que ingerir agua 10cc x Kg de peso. Además, tiene que orinar antes de que comience el examen. En relación a la dosis en adultos es de (25 -30 mCi) (925 - 1110 MBq) de MDP - ^{99m}Tc . Esto se proporciona por vía endovenosa en posición decúbito supino (11). En cuanto a la adquisición de imágenes, se adquirirá después de 2 a 3 Horas post inyecciones con el colimador de propósitos generales (LEGP), con una ventana de 20% centrada en fotopico de 140Kev. Las imágenes estáticas se obtendrán con una matriz de 256 x 256, en cuanto al rastreo de cuerpo entero 256 x 1024x28 (6).

Para obtener imágenes de alta calidad en el procedimiento, es fundamental llevar a cabo una correcta alineación del equipo y posicionar al paciente lo más cerca posible del detector. En algunas situaciones, se utilizan sistemas de órbita elíptica, que se adaptan de manera más eficiente a la anatomía corporal en comparación con las órbitas circulares convencionales. El equipo realiza un giro completo de 360° o una semirrotación de 180°, lo cual es suficiente para explorar órganos de gran volumen o con superficies altamente irregulares. El tiempo necesario para la exploración variará según la elección de giro, y las imágenes se capturan en intervalos de 3° o 6°, siendo un mínimo de 60 imágenes requeridas para el estudio completo. En general, la duración total del procedimiento oscila entre 20 y 30 minutos, garantizando así resultados precisos y de alta calidad (10).

En cuanto a las imágenes estáticas, se inicia el proceso por la pelvis para evitar que la imagen de la vejiga oculte posibles áreas de alta captación radiactiva. Posteriormente, se procede con la adquisición de imágenes en otras áreas, como el tórax, fémur, tibia, cabeza, entre otras. Cada una de estas zonas se estudia durante un período aproximado de 7 minutos. La decisión de realizar un estudio SPECT en una región específica se basa en los resultados obtenidos en estas imágenes, y esto se determina según el criterio médico (12).

Se emplean diversas técnicas de reconstrucción de la imagen, siendo la más común la retroproyección. En este proceso, se construye la imagen mediante la superposición lineal de datos retroproyectados. En otras palabras, la información recopilada en cada ciclo de detección se proyecta a través de líneas con un ancho y una intensidad variables, dependiendo del nivel de actividad en la zona en

análisis. Al cruzarse estas líneas, se resaltan las áreas de interés en la imagen, generando así la representación final (10).

La técnica de SPECT es altamente exigente desde el punto de vista del rendimiento técnico, por lo tanto, es fundamental que el equipo esté en óptimas condiciones de funcionamiento.

En la imagen gammagráfica, se reproduce la simetría esquelética a ambos lados de un plano sagital medio, y esta simetría es el parámetro más importante para evaluar la normalidad de la gammagrafía. La mitad derecha del cuerpo es idéntica a la mitad izquierda, y cualquier asimetría con la presencia de áreas captantes en un lado pero ausentes en el otro puede indicar la presencia de una patología. Además, la captación del radiofármaco es uniforme en general, aunque en algunas zonas puede aumentar debido a una mayor actividad metabólica, tensión ósea o muscular.

Estas zonas de mayor captación se encuentran en la cabeza y el cuello, especialmente en las suturas de la bóveda craneal y la base del cráneo, así como en la nasofaringe y los maxilares, sobre todo en la región alveolar durante la dentición. En ocasiones, también pueden aparecer áreas fisiológicamente hipercaptantes en los cartílagos laríngeos. En el tórax, se observa una captación destacada en el esternón, las articulaciones esternoclaviculares, los márgenes periféricos de las escápulas, en particular en su ángulo inferior debido a la superposición costal y el efecto de la tracción muscular. Además, la columna vertebral y las costillas son claramente visibles en la gammagrafía. En algunos casos, en personas mayores, se pueden observar los cartílagos costales calcificados, que captan el radiofármaco debido a su naturaleza calcificada (13).

En la zona abdominal, debido a la excreción renal del radiofármaco, es posible observar las siluetas renales en proyección posterior. Sin embargo, no se visualizan ni los cálices renales ni los uréteres, a menos que exista alguna patología obstructiva presente. En la proyección anterior de la zona pélvica, se pueden identificar las crestas ilíacas y la sínfisis púbica, aunque a veces estas estructuras pueden estar parcialmente ocultas por la imagen de la vejiga llena de orina marcada con ^{99m}Tc -MDP.

En la proyección posterior, las articulaciones sacroilíacas muestran una captación especialmente destacada. Por último, en lo que respecta a las extremidades, la captación de radiofármaco suele ser baja en general, a excepción de las zonas periarticulares y la región íntertrocantérea y trocánter mayor del fémur, donde puede observarse una mayor captación (13).

5 Discusión-Conclusión

La metástasis ósea es un proceso en el que las células cancerosas se diseminan desde un tumor primario a los huesos. Es importante destacar que el cáncer que se propaga a los huesos no es un tipo de cáncer óseo en sí mismo, sino que se origina en el lugar donde se encuentra el tumor primario. Las células cancerosas pueden viajar a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático hasta alcanzar alguna parte de un hueso.

Pueden formar parte de un cáncer avanzado y pueden desarrollarse en cualquier hueso del cuerpo. Sin embargo, se observan con mayor frecuencia en los huesos situados en la región central del cuerpo, como la columna vertebral. Además, otros sitios comunes para la aparición de metástasis óseas incluyen la pelvis, el fémur, el húmero, las costillas y el cráneo. Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia tienden a propagarse hacia los huesos son aquellos que afectan a la mama, la próstata, el pulmón, la tiroides y el riñón.

El proceso de metástasis ósea comienza cuando las células malignas se benefician del crecimiento y la necrosis del tumor primario para acceder al tejido óseo a través de los vasos linfáticos y sanguíneos. Además, las células tumorales en circulación suelen ser filtradas principalmente por tres órganos: los pulmones, el hígado y la médula ósea. Estas células malignas pueden formar émbolos y viajar a través del sistema circulatorio hasta llegar a los huesos.

Una vez que las células cancerosas se diseminan hacia los huesos, pueden formar metástasis óseas. Estas lesiones pueden ser detectadas mediante diversas técnicas de imagen, como la radiología convencional, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética y la medicina nuclear.

La radiología convencional es un método ampliamente utilizado que ofrece una amplia disponibilidad y se utiliza en diversas aplicaciones, como el diagnóstico de patologías osteoarticulares. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, como la resolución de contraste limitada y la disponibilidad de un número reducido de planos de visualización.

La tomografía computarizada (TC) es una técnica de imagen que permite visualizar volúmenes amplios en tiempos de exploración cortos. Es especialmente útil para evaluar estructuras anatómicas complejas, como la columna vertebral, la pelvis y las extremidades. Sin embargo, implica una dosis de radiación significativamente alta para el paciente.

La resonancia magnética es una técnica de imagen que no utiliza radiaciones ionizantes y permite discernir diferencias de contraste entre los tejidos. Es especialmente útil para evaluar la extensión de la enfermedad en casos específicos.

La medicina nuclear, por su parte, permite la observación de cambios fisiológicos a través de gammagrafías. La gammagrafía ósea es un método altamente sensible en la detección de metástasis en el sistema esquelético. Se basa en la captación de un radiofármaco por parte de las áreas con actividad ósea activa.

La gammagrafía ósea es particularmente valiosa para detectar metástasis en el sistema esquelético debido a su alta sensibilidad. Sin embargo, no es específica y debe ser interpretada en conjunto con los datos clínicos disponibles.

El SPECT es una técnica de imágenes médicas que se basa en la adquisición tomográfica de datos. Se utiliza para explorar órganos de gran volumen o con superficies irregulares y permite obtener imágenes tridimensionales del radionúclido presente en el área en estudio.

Para concluir, las metástasis óseas son la propagación de células cancerosas desde un tumor primario a los huesos. Pueden desarrollarse en cualquier hueso del cuerpo y se observan con mayor frecuencia en la región central del cuerpo. El diagnóstico de las metástasis óseas se realiza mediante técnicas de imagen como la radiología convencional, la TC, la resonancia magnética, la gammagrafía ósea y el SPECT. Estos métodos permiten evaluar la presencia y extensión de las metástasis óseas, lo que es fundamental para determinar el tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(2):87-108.
2. Lobos M A, Olmedo P V, Ortiz B E, Opazo R C. Sobrevida de pacientes con cáncer de mama y metástasis ósea. *Rev Chil Cir.* diciembre de 2013;65(6):489-94.
3. Love C, Din AS, Tomas MB, Kalapparambath TP, Palestro CJ. Radionuclide Bone Imaging: An Illustrative Review. *RadioGraphics.* marzo de 2003;23(2):341-58.
4. Yzaguirre C, Alicia B. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA.
5. Metástasis óseas | OncoLink [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/canceres-del-hueso/bone-metastases/metastasis-oseas>

6. Collantes Yzaguirre BA. Metástasis ósea spect en pacientes oncológicos del hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta en el año 2017. 2018 [citado 26 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/2660>
7. Meza_sp.pdf [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/444/Meza_sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Fernández A, Hernández A, Martínez L, Urbistazu J, Saldivia F, Prince J, et al. Metástasis óseas en adenocarcinoma de mama. *Rev Venez Oncol.* diciembre de 2008;20(4):181-5.
9. Garbayo AJ, Villafranca E, Blas AD, Tejero A, Eslava E, Manterola A, et al. Enfermedad metastásica ósea: Diagnóstico y tratamiento. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2004 [citado 26 de septiembre de 2023];27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T, et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *Eur Urol.* enero de 2014;65(1):124-37.
11. F LNV, O MAZ, D NFF, F MGR, C MO, S RM. Prevalencia de metástasis ósea, detección por gammagrafía y frecuencia de cáncer de origen primario: Prevalencia de metástasis ósea por estudios de gammagrafía. *Gac Médica Boliv.* 2014;37(2):83-6.
12. Humeres A P. MEDICINA NUCLEAR: APLICACION EN PATOLOGIA OSTEOARTICULAR. *Rev Chil Radiol.* 2002;8(2):77-82.
13. Manual de Enfermería Oncológica. 2014.pdf.
14. Rogers LF. Introduction to skeletal radiology and bone growth. United States: JP Lippincott Co; 1987.
15. Merlyn et al. - Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y carac.pdf [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/febrero/conocimiento.pdf>

Capítulo 317

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL CRIBADO DEL VPH

MARÍA MORENO PALOMINO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es el causante de un amplio número de patologías, como son los condilomas acuminados y las verrugas genitales. Además, a partir de 1980, varios estudios han establecido la relación entre el VPH y diversos procesos malignos neoplásicos del área genitourinaria, destacando aquellos procesos localizados en el cérvix uterino.

Centrándonos en la relación del VPH con el cáncer de cérvix, se han diferenciado los más de 100 genotipos del VPH en dos grupos: los de alto riesgo oncogénico y los de bajo riesgo oncogénico. Destacando entre los de alto riesgo oncogénico el genotipo 16 y 18.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el VPH tiene una gran prevalencia entre mujeres jóvenes, por lo que hay que tener en cuenta la edad de la paciente para realizar una técnica de cribado u otra, o ambas.

Según el Ministerio de Sanidad, los criterios a seguir para el cribado del VPH como prevención del cáncer de cérvix son:

- Se realizará el cribado a mujeres con edades de entre 25 y 65 años. o A las mujeres de entre 25 y 34 años se realizará una citología cada 3 años. Pero, en el caso de resultar positiva la citología, se le realizará una determinación de los genotipos de alto riesgo del VPH. o A las mujeres de entre 35 y 65 años se le realizará la determinación de los genotipos de alto riesgo del VPH mediante técnicas moleculares.
- Si esta determinación resulta negativa, se repetirá a los 5 años.
- Si, por el contrario, resultase positiva, se realizaría también una citología y, si esta resultase negativa, se repetirían las pruebas moleculares al año.

2 Objetivos

Exponer las distintas técnicas con las que puede trabajar un técnico de anatomía patológica durante el cribado del VPH, y el protocolo que debe seguir el técnico para ello.

3 Metodología

La metodología utilizada para realizar este capítulo se basa en una búsqueda sistemática de artículos científicos y protocolos, todos procedentes de fuentes revisadas como son las revistas científicas Elsevier y Scielo y la revista de la AEPCC (Asociación Española de Patología Cervical y Coloscopia), y protocolos procedentes del Ministerio de Sanidad de España y la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica).

4 Resultados

Las técnicas que se utilizan para el cribado del VPH son la citología y la determinación de los distintos genotipos del VPH.

El protocolo que debe seguir un técnico de anatomía patológica para realizar esta determinación es:

☒ Para realizar la citología: esta puede ser convencional o en fase líquida:

- En la citología convencional, el protocolo consiste en:
 - Se toma la triple muestra (vagina, exocérvis y endocérvis) y se extiende sobre un portaobjetos.
 - Se deja secar al aire para que se fije la muestra.
 - Se tiñe con la tinción de Papanicolaou.
 - Y se observa microscópicamente.
- En la citología en fase líquida, el protocolo consiste en:
 - Se recoge una muestra endocervical con un cepillo especialmente diseñado, y se introduce en un medio de conservación.
 - Se introduce una parte de la muestra en el aparato específico para citologías líquidas.
 - Finalmente, obtendremos una fina monocapa de células teñidas con la tinción de Papanicolaou que se observarán microscópicamente.

Este tipo de citología es el más utilizado debido a que nos permite obtener una monocapa de células, reduciendo también el ruido de fondo provocado por moco y sangre y, por lo tanto, facilitando el estudio en el microscopio.

☒ Para realizar la determinación genotípica se utilizan técnicas moleculares, destacando principalmente la PCR inversa.

Se utilizará una muestra endocervical recogida con un cepillo especialmente diseñado para ello (igual que en la citología líquida), y el protocolo consiste en:

- Previamente a la determinación, se colocará en el aparato todos los reactivos y sustratos necesarios para realizar la amplificación del ARN y su expresión mediante colorimetría.
- Tras introducir las muestras, el aparato se encargará de realizar automáticamente la PCR inversa y su amplificación mediante colorimetría. Además, nos proporcionará unas gráficas donde podemos observar más visualmente los resultados.

Aunque estas técnicas moleculares han supuesto un gran avance para el cribado del VPH, sólo nos permiten la determinación de unos pocos genotipos (pudiéndose ampliar en función del aparato utilizado y los recursos de cada centro).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es importante destacar que se ha avanzado mucho en el desarrollo de técnicas para realizar una mejor determinación del VPH. Estos avances nos permiten:

- Diferenciar los distintos genotipos del VPH y clasificarlos en función de la agresividad de cada uno.
- Detectar el virus en fases muy tempranas, pudiendo prevenir en gran parte las neoplasias que ocasiona.
- Reducir falsos positivos y falsos negativos y, por lo tanto, emitir resultados más fiables y un mejor tratamiento de los pacientes, pudiendo proporcionarles un tratamiento más acorde con la agresividad del virus en cada paciente.

Por otro parte, estos avances también provocan una mayor responsabilidad sobre el técnico de anatomía, ya que es muy importante que cumpla rigurosamente los protocolos de cribado del VPH para no desperdiciar recursos en pacientes que no lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Para M, De G, De Salud P. MANUAL PARA GERENTES DE PROGRAMAS DE SALUD [Internet]. Paho.org. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=36609-incorporacion-prueba-virus-papiloma-humano-programas-prevencion-cancer-cervicouterino-manual-gerentes-programas-salud-609&category_slug=guias-manuales-3444&Itemid=270&lang=en
2. Chacón J, Sanz I, Dolores Rubio M, Luisa de La Morena M, Díaz E, Luisa Mateos M, et al. Detección y genotipado del virus del papiloma humano de alto riesgo en muestras de lesiones cervicales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2007 [citado el 27 de septiembre de 2023];25(5):311–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-deteccion-genotipado-del-virus-del-13102266>
3. Guglielmo ZD, Rodríguez A. Métodos utilizados en la identificación del virus de papiloma humano. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010 [citado el 27 de septiembre de 2023];33(1):71–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000100008
4. Programa de cribado de cáncer de cérvix [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/cervix.htm>
5. Aepcc.org. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2015/05/AEPCC_revista01.pdf
6. Clemens RP, Torres Fernández C. PLAN NORMALIZADO DE TRA-

BAJO EN LA UNIDAD DE CITOLOGÍA DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL [Internet]. Areasaludbadajoz.com. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://areasaludbadajoz.com/wp-content/uploads/2022/08/Unidad-de-Citologi%CC%81a-del-Servicio-de-Anatomi%CC%81a-Patolo%CC%81gica-CHUB.pdf>

7. Autores EC. Diagnóstico microbiológico de la infección por el virus del papiloma humano [Internet]. Seimc.org. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia57.pdf>

Capítulo 318

EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LA MEDICINA PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

1 Introducción

El Técnico de Laboratorio Clínico es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Esta profesión involucra el uso de equipos sofisticados para analizar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos. Los técnicos de laboratorio clínico tienen un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

El laboratorio clínico desempeña un papel importante en el desarrollo de terapias avanzadas. Esto se debe a que los laboratorios clínicos se encargan de recolectar,

procesar y analizar muestras de tejidos y fluidos corporales para detectar enfermedades y proporcionar información diagnóstica. Esto permite a los profesionales de la salud identificar, diagnosticar y tratar enfermedades y otros problemas de salud. Los laboratorios clínicos también pueden recolectar, procesar y analizar muestras para investigar terapias avanzadas. Esta información se puede usar para determinar la eficacia y seguridad de nuevos tratamientos, así como para determinar cómo podrían ser mejorados. Los laboratorios clínicos también pueden proporcionar pruebas de laboratorio específicas para ayudar a los profesionales médicos a decidir qué tratamiento sería el más adecuado para un paciente en particular. Por lo tanto, los laboratorios clínicos desempeñan un papel importante en el proceso de desarrollo de terapias avanzadas.

Las terapias avanzadas son una forma de tratamiento médico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas y de otros trastornos. Estas terapias se basan en el uso de técnicas innovadoras, como la terapia génica, la inmunoterapia y la terapia dirigida por moléculas, para ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas y mejorar su salud. Se trata de una alternativa a los tratamientos convencionales, como los fármacos y la cirugía, ya que ofrecen una solución más eficaz y menos invasiva. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus síntomas, reducir sus efectos secundarios y reducir el riesgo de complicaciones graves. También pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades cognitivas, como la memoria y la atención, y su calidad de vida general. Estas terapias también pueden ayudar a los pacientes a aceptar su enfermedad y aprender a vivir con ella de manera productiva. Son, por tanto, una herramienta útil para los médicos y otros profesionales de la salud que buscan ofrecer tratamientos más eficaces y menos invasivos a sus pacientes. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a lograr mejores resultados y una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

- Analizar el papel TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas.
- Describir las funciones del TEL en laboratorios clínicos destinados a la investigación de este tipo de terapias.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica se basa en un total de 3 artículos, los cuales fueron cribados a partir de las bases de datos Pubmed y ScienceDirect tomando como palabras clave "terapias avanzadas", "medicina personalizada", "Técnico Especialista de Laboratorio". Asimismo, solo se incluyeron artículos empíricos o revisiones publicadas en la última década.

4 Resultados

A rasgos generales, El TEL o Técnico Especialista de Laboratorio es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Estos profesionales de salud están capacitados para asegurar que los resultados de los exámenes clínicos sean exactos. Esto significa que los pacientes reciben los mejores resultados y tratamientos posibles. Los técnicos de laboratorio clínico también son responsables de preparar y analizar muestras para realizar pruebas. Esto incluye recolectar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos para su análisis. Estos también se responsabilizan de mantener un ambiente limpio y seguro en el laboratorio. Finalmente, los técnicos de laboratorio clínico también pueden ser responsables de mantener una documentación precisa de los resultados de los exámenes y preparar los informes para los médicos. Esto ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de un paciente. Es por esto por lo que el TEL desempeña un papel fundamental en la medicina moderna y las nuevas terapias que van surgiendo a medida que avanza la investigación científica.

Los artículos analizados en esta revisión describen diversas funciones de los TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas. Así pues, estos se encargan de realizar una variedad de tareas críticas para asegurar que los pacientes reciban los mejores tratamientos posibles. Estas tareas incluyen recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesar muestras para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los profesionales médicos a tomar decisiones informadas para ofrecer tratamientos seguros y apropiados según las necesidades de cada tipo de paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TEL juega un papel crítico en el campo de las terapias avanzadas y la medicina personalizada. Así pues, este es el responsable de recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesarlas para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los profesionales médicos a ofrecer tratamientos seguros y apropiados cada vez más personalizados y ajustados a cada paciente de forma individualizada, trabajando con tecnologías avanzadas para mejorar la precisión y la velocidad con la que se procesan las muestras y se emiten los resultados.

6 Bibliografía

1. Ballesté, C., Coll, A., Navarro, A., Valero, R., Torregrosa, V., Diekmann, F., ... & Manyalich, M. (2020). TPM TRAINING PROGRAM IN TISSUE BANKING & ADVANCED THERAPIES: A 15-YEAR EXPERIENCE. *Transplantation*, 104(S3), S285.
2. Seaberg, R. S., Stallone, R. O., & Statland, B. E. (2000). The role of total laboratory automation in a consolidated laboratory network. *Clinical chemistry*, 46(5), 751-756.
3. Thompson, J. H. (

Capítulo 319

EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

1 Introducción

La faringitis estreptocócica es una infección bacteriana de la garganta causada principalmente por *Streptococcus pyogenes* (Grupo A), aunque otros *Streptococcus* de los grupos C y G, también pueden ser los causantes de esta patología.

Streptococcus pyogenes o estreptococo beta-hemolítico del grupo A o estreptococo del grupo A (GAS, por sus siglas en inglés), es una bacteria Gram-positiva que crece en cadenas de cuatro a diez células. En su pared celular expresa el antígeno del grupo A de la clasificación de Lancefield y genera beta-hemólisis cuando es cultivado en agar sangre. Esta bacteria causa una amplia variedad de infecciones en humanos, desde infecciones superficiales de la piel y la garganta hasta infecciones invasivas graves, como la sepsis y la fascitis necrosante. La infección más común causada por este microorganismo es la faringitis estreptocócica, pudiendo además ser causante de impétigo, celulitis, neumonía, infecciones

del oído y fiebre reumática. La bacteria se transmite principalmente de persona a persona a través del contacto cercano o mediante la exposición a las secreciones respiratorias de una persona infectada. El tratamiento de las infecciones causadas por *Streptococcus pyogenes* generalmente implica el uso de antibióticos, como la penicilina o la amoxicilina.

El estudio de laboratorio se basa en los métodos para la detección de *Streptococcus* del grupo A, ya que un número bajo de estas bacterias puede ser indicativo de infección. Además es importante tener en cuenta su detección por la reemergencia de la fiebre reumática aguda y la posibilidad de shock tóxico estreptocócico. El método más utilizado para el diagnóstico microbiológico de la faringitis estreptocócica es el cultivo de la bacteria en una placa de agar sangre. Además del cultivo, también existen pruebas rápidas de detección de antígenos estreptocócicos en la garganta, que proporcionan resultados en unos pocos minutos. Estas pruebas se basan en la detección de proteínas específicas de la bacteria.

Es importante destacar que el diagnóstico microbiológico debe ser confirmado por un facultativo, ya que no todas las faringitis son causadas por *Streptococcus* y no todos los pacientes con infección por estas bacterias requieren de tratamiento antibiótico.

2 Objetivos

- Describir los fundamentos teóricos del diagnóstico microbiológico de las faringitis estreptocócicas.
- Detallar el procedimiento a seguir para el diagnóstico microbiológico de las faringitis estreptocócicas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado un trabajo de investigación mediante la revisión bibliográfica de literatura y artículos científicos que abordan el tema de estudio. Se han consultado libros de microbiología y artículos seleccionados, para posteriormente resumir y contrastar la información obtenida, para llevar a cabo la creación de este capítulo.

4 Resultados

El cultivo del exudado faríngeo amigdalар es la técnica de referencia para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica. La muestra debe ser obtenida mediante el uso de hisopos antes de que el paciente haya comenzado un tratamiento con antibióticos. Una vez seleccionada la muestra, esta se introduce en un tubo con medio de transporte de Stuart-Amies. La muestra deberá ser transportada al laboratorio a temperatura ambiente y en un plazo no superior a las 24 horas. Una vez la muestra ha sido recibida en el laboratorio se comprueba que esté en buenas condiciones y bien rotulada, si es así, se procederá a su cultivo.

Antes de proceder al cultivo es necesario realizar dos extensiones. La primera de la extensiones, se usará para realizar una tinción de Gram y mediante microscopía óptica, se describirán los hallazgos de células inflamatorias y de cualquier alteración de la microbiota normal, también se reportará el hallazgo de levaduras, hifas o pseudohifas. Con la segunda, se llevará a cabo una extensión de Hansel, que permite la observación de eosinófilos, para el diagnóstico diferencial de una faringitis alérgica.

Para el cultivo se emplea una placa de agar sangre, que será inoculada con la muestra. Es importante asegurarse de rotar la torunda de modo que toda su superficie quede en contacto con el primer cuadrante de la placa. A continuación, se extiende la muestra por los tres cuadrantes restantes, usando un asa de siembra estéril, para que las colonias queden bien aisladas. Para terminar, se harán varias incisiones con el asa de siembra, para favorecer la visualización de la betahemólisis, indicativa de *S. pyogenes*.

Una vez sembrada la placa de agar sangre, se incuba a 35°C en una atmósfera con 5-7 % de CO₂ durante 24 horas. En el caso de que no se desarrolle crecimiento, se reincubará hasta 48 horas. Una alternativa para el cultivo, puede ser incubar la placa de agar sangre en condiciones de anaerobiosis durante 48 horas y a 35° C o sembrarla en un medio selectivo de agar sangre con colistina y ácido nalidíxico. Si se sospecha de la presencia de Neisserias, además de la de *Streptococcus*, también se deberá llevar a cabo una siembra en un medio como el Thayer-Martin, que posee antibióticos para impedir el crecimiento de la flora bacteriana normal. Una vez terminado el periodo de incubación se interpretarán los resultados, para la cual se procederá a la observación microscópica y a la realización de varias pruebas bioquímicas de identificación.

El primer paso consiste en inspeccionar las placas de agar sangre, buscando colonias de entre 1 y 1,5 mm de diámetro rodeadas por un halo de hemólisis completa o betahemólisis, la cual es un indicador de la presencia de *S. pyogenes*. A partir de

estas colonias se realizarán extensiones, sobre las que se llevará a cabo la tinción de Gram. Si en las extensiones se observan cocos grampositivos dispuestos en cadena (*Streptococcus*), se repican de 4 a 6 colonias nuevamente en agar sangre y en un tubo de caldo Todd-Hewitt y se incuban a 36° C durante 24 horas. Finalmente, del cultivo en caldo Todd-Hewitt o del cultivo en agar sangre, se tomarán colonias y se volverá a realizar la tinción de Gram, para confirmar la disposición característica del género *Streptococcus*.

El siguiente y último paso para la confirmación de infección por *S. pyogenes*, consiste en la realización de las siguientes pruebas bioquímicas de identificación:

- Prueba de la catalasa: La catalasa es una enzima que descompone el peróxido de hidrógeno. El resultado debe ser negativo. Esta prueba sirve para diferenciar *S. pyogenes* de *Staphylococcus aureus*, que sí posee la enzima.
- Prueba de la bacitracina: Se usa para diferenciar a *S. pyogenes* de otros gérmenes betahemolíticos. *S. pyogenes* es susceptible a una baja concentración de este antibiótico, por lo que su crecimiento se verá inhibido.
- Prueba de la bilis esculina: Permite diferenciar a *S. pyogenes* de los *Streptococcus* del Grupo D (enterococos). Estos últimos crecen rápidamente en medios con bilis esculina, hidrolizando la esculina, reacción que se hará visible mediante un cambio de color en el medio.
- Prueba del Trimetoprim-sulfametoxazol: Se utiliza para distinguir entre *Streptococcus* de los grupos A y B de otros *Streptococcus* betahemolíticos. Los de los grupos A y B, son resistentes a esta mezcla de antibióticos.
- Prueba del Pyr: Esta prueba se basa en la actividad de la enzima pirrolidonil aminopeptidasa producida por *S. pyogenes*, la cual permite a la bacteria degradar el PYR, generando un producto que en combinación con el reactivo cinamaldehído, forman un compuesto de coloración rojiza, fácilmente observable. Esta prueba es presuntiva tanto para *S. pyogenes*, como para *Streptococcus* del grupo D.
- Pruebas serológicas: Constituyen la identificación definitiva, mediante la detección del antígeno específico de grupo (carbohidrato de Lancefield). Se realizan mediante aglutinación con partículas de látex o aglutinación directamente sobre una colonia aislada.

Para finalizar, es interesante comentar que además de los métodos y pruebas de identificación anteriormente descritos, existen también pruebas de detección directa a partir de un hisopado faríngeo. Estas pruebas detectan directamente el carbohidrato de Lancefield específico de *S. pyogenes*, mediante aglutinación con partículas de látex. Otra alternativa es el ensayo inmunoenzimático, para el que existen múltiples test comerciales, que se basan en la extracción del antígeno

específico de grupo, mediante un paso de extracción enzimática seguida de la detección del antígeno. También pueden emplearse técnicas moleculares para la detección directa de la bacteria en las muestras, siendo estas las técnicas más sensibles y específicas, pero también las más costosas.

5 Discusión-Conclusión

Si bien, el diagnóstico definitivo de faringitis estreptocócica siempre se debe realizar mediante cultivo de muestras de exudado faríngeo, las pruebas rápidas de antígeno estreptocócico pueden ser una alternativa atractiva al cultivo, ya que son más rápidas y económicas. La especificidad de estas pruebas es alta, lo que significa que un resultado positivo es muy confiable. Sin embargo, la sensibilidad de esta prueba es menor que la del cultivo, lo que significa que se pueden obtener resultados falsos negativos.

Es importante recordar que la faringitis estreptocócica no es la única causa de dolor de garganta. Por lo tanto, un diagnóstico adecuado debe considerar otros factores, como la edad del paciente, los síntomas, la presencia de fiebre y la ausencia de síntomas de resfriado. El tratamiento de la faringitis estreptocócica es con antibióticos. Sin embargo, los pacientes con resultados negativos en el cultivo o la prueba rápida no necesitan tratamiento con antibióticos y deben ser tratados de acuerdo con los síntomas.

La mayoría de pruebas para el diagnóstico microbiológico de esta enfermedad, son sencillas y económicas, pero como en cualquier otro procedimiento que se realice en el laboratorio de microbiología, siempre es importante seguir los procedimientos estandarizados y trabajar con la debida atención y seguridad, para obtener resultados fiables y precisos.

6 Bibliografía

1. MICROBIOLOGÍA CLÍNICA - VV.AA. - ALTAMAR EDITORIAL - ISBN 9788416415243
2. Microbiología Clínica - Keith Struthers - ISBN 9786074487046
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologiaclinica-28-pdf-S0213005X08765777>
4. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200017
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024475/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7143676/>

Capítulo 320

EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LAS TÉCNICAS INMUNOQUÍMICAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

1 Introducción

El sistema inmune reconoce, responde y destruye una gran variedad de agentes externos para evitar que produzcan daños en el organismo. Un agente externo es todo aquello que es extraño al organismo como lo son las bacterias, los hongos, los parásitos, los virus y objetos inertes. Para defenderse de los agentes externos el organismo cuenta con dos niveles de respuesta: un nivel externo y un nivel interno.

El nivel externo de protección es la primera línea de defensa contra cualquier agente externo, la forman la piel, las mucosas, la flora bacteriana autóctona y las enzimas digestivas. El nivel interno es el sistema inmunitario formado por los órganos linfoides y los leucocitos. El sistema inmune proporciona un conjunto de respuestas específicas para neutralizar a los agentes extraños capaces de superar

el nivel exterior de protección.

Podemos encontrar dos tipos de respuesta del sistema inmune: respuesta inespecífica y la respuesta específica. La respuesta inespecífica es de tipo primario frente a los agentes extraños, una vez que se detecta el agente los macrófagos se encargan de fagocitarlo y destruirlo, liberando en el medio sustancias químicas que provocan una inflamación en la zona y además atraen a los neutrófilos, eosinófilos y monocitos. La respuesta específica está dirigida frente a un agente extraño específico, es una respuesta más intensa, rápida y efectiva que la inespecífica, pero requiere un aprendizaje o contacto previo con el agente.

2 Objetivos

Dar a conocer la funcionalidad de la reacción antígeno-anticuerpo y las pruebas diagnósticas que se realizan basadas en dicha reacción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 respuesta inmune es un conjunto de acciones defensivas del organismo frente a un agente externo. Puede ser una respuesta inespecífica llevada a cabo por los macrófagos, o una respuesta específica llevada a cabo por los linfocitos. La inmunidad específica se puede lograr de manera natural habiendo entrado en contacto con el agente extraño previamente, o de manera artificial que es inoculando una vacuna específica.

Los antígenos son agentes extraños al organismo que tienen la capacidad de activar una respuesta inmune. La superficie del antígeno presenta unas estructuras moleculares denominadas determinantes antigénicos o epítomos, que son las que reaccionan con los anticuerpos. Un antígeno cuantos más determinantes antigénicos tiene más inmunogénico es. Estos pueden ser del mismo tipo o

diferentes. Se considera la valencia total de un antígeno al número de determinantes antigénicos en él.

Los anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig) son unas proteínas séricas del grupo de las gamma-globulinas, formadas por la asociación de dos cadenas polipeptídicas pesadas y de otras dos cadenas polipeptídicas ligeras unidas por puentes disulfuro. Cada una de las cadenas tienen una región variable o idiotipo (fragmento Fab) diferente en cada anticuerpo y una región constante (fragmento Fc) igual en todos los anticuerpos. Existen 5 tipos de inmunoglobulinas que se diferencian por la secuencia de aminoácidos de la cadena pesada: IgM, IgG, IgA, IgE e IgD.

La reacción antígeno-anticuerpo es específica, es decir, cada antígeno se une a un antígeno determinado, por uniones intermoleculares entre ambos dando lugar al complejo Ag-Ac, tipo llave cerradura. Las reacciones que se pueden dar son:

- Por aglutinación, un anticuerpo puede unirse a varios antígenos, a su vez el antígeno puede unirse a varios anticuerpos dando lugar a un entramado que visualmente se aprecia como una aglutinación.
- Por precipitación, la unión del anticuerpo con el antígeno forman un complejo insoluble precipitando rápidamente.
- Por neutralización, los anticuerpos se fijan a las zonas tóxicas de los antígenos neutralizando su toxicidad.
- Por lisis, al unirse el anticuerpo con el antígeno presente en una membrana produce la lisis de la célula en la que se encuentra el antígeno.
- Por opsonización, las opsoninas se unen directamente con los antígenos estimulando la fagocitosis.

Técnicas de aglutinación.

Son técnicas que hacen visibles los complejos Ag-Ac, bien porque los complejos Ag-Ac de manera natural forman un entramado entre ellos, o utilizando superficies artificiales que generen ese entramado visible.

1. Aglutinación directa, la aglutinación se forma cuando los anticuerpos se unen a antígenos particulados.
2. Aglutinación indirecta, los antígenos son solubles pero se unen de manera artificial a una superficie de una partícula, una vez acoplados se unen a los anticuerpos formando un entramado aglutinante.
3. Inhibición de la aglutinación, es una adaptación de las pruebas aglutinantes y se utiliza para conocer y cuantificar la presencia de antígenos solubles. Consta de dos partes, la primera se añade el anticuerpo específico a la muestra y después se añade una mezcla de partículas con el antígeno que se estudia, si hay aglutinación es que en la muestra no está presente el antígeno, en caso contrario es que si hay presencia del antígeno.

4. Test de Coombs, es una prueba que detecta IgG que no son capaces de aglutinarse mediante adición de antiglobulinas-IgG que si formara aglutinación. a. Prueba Coombs directa, detecta los anticuerpos en superficies al añadirle la antiglobulina y formar aglutinación. b. Prueba de Coombs indirecta, los anticuerpos están solubles, primero se unen a una superficie con antígenos específicos, y después se añade la antiglobulina para que se forme la aglutinación.

Técnicas de precipitación:

Los antígenos y anticuerpos se van uniendo unos a otros hasta que forman un entramado de gran tamaño que precipita. El máximo de precipitado se obtiene cuando las concentraciones de antígenos y de anticuerpos son similares entre sí. Se conoce como zona de equivalencia.

1. Prueba del anillo, se realiza en medio líquido en un tubo, con el antígeno y el anticuerpo en solución, genera un anillo de precipitado en el tubo.

2. Técnica de inmunodifusión radial simple (método de Mancini), se incorpora en anticuerpo al medio sólido de agar, se hacen unos pocillos al agar y se añade el antígeno en los pocillos, el antígeno difunde por el medio. Donde se encuentran con los anticuerpos en proporciones similares forman una precipitación en forma de anillo alrededor del pocillo.

3. Técnica de difusión radial doble de Ouchterlony. En una placa de agar se realizan una serie de pocillos. En unos se coloca la muestra y en otros los anticuerpos específicos. Estos difunden por el agar y donde se encuentran provocan un arco de precipitación.

4. Técnica de inmunoelectroforesis. Primero mediante electroforesis se separan los antígenos de la muestra, a continuación al lado de la muestra se colocan los anticuerpos específicos y se difunden mediante otra electroforesis y donde se encuentran forman el arco de precipitación.

5. Técnica de inmunoelectroforesis en cohete (método de Laurell), en un gel que contenga los anticuerpos, se pone la muestra en los pocillos y se introduce en un campo eléctrico que está perpendicular a la corriente eléctrica, la precipitación aparece en forma de conos.

6. Técnica de contrainmunoelectroforesis o doble electroinmunodifusión, se coloca el anticuerpo en un pocillo en el polo positivo y el antígeno en el polo negativo y se realiza una electroforesis, cada pocillo migra en una dirección y donde se encuentran se produce la precipitación.

Inmunoanálisis con marcadores

Son técnicas en las que se fija una molécula marcada al anticuerpo o al antígeno para poder poner en manifiesto la aparición o no del complejo Ag-Ac.

1. Enzimoinmunoanálisis (ELISA), se utilizan anticuerpos o antiglobulina mar-

cados con una enzima que se detecta con una reacción coloreada al añadir un sustrato. En el ELISA directo se añade la muestra sobre anticuerpos específicos en soporte, y después se añade anticuerpos marcados y el sustrato, si hay color hay presencia de antígenos buscados. En el ELISA indirecto se fija el antígeno y se añade la muestra, a continuación se añade antiglobulina marcada y el sustrato, si hay color hay presencia del anticuerpo buscado.

2. Inmunofluorescencia (LIA), se utilizan anticuerpos o antiglobulina marcados con fluorocromos. En el LIA directa se fija la muestra en un soporte y se añaden anticuerpos marcados, si hay fluorescencia hay presencia del antígeno buscado. En el LIA indirecto se fija la muestra en el soporte y se añade antiglobulina marcada, si hay fluorescencia hay presencia del anticuerpo buscado.

3. Radioinmunoensayo (RIA), se utilizan radioisótopos para marcar el complejo Ag-Ac, la técnica es similar al ELISA.

Otras técnicas inmunoquímicas:

1. Prueba de fijación del complemento, se basa en que los complejos Ag-Ac fijan el complemento e impiden la hemólisis, se pone en contacto un antígeno conocido y la muestra o un anticuerpo conocido y la muestra en un medio con complemento, si se produce hemólisis es que el antígeno o el anticuerpo buscado no estaba en la muestra, si no hay hemólisis demuestra que si hay presencia de él.

2. Inmunoblotting o inmunotransferencia Western-Blot, se basa en la transferencia de sustancias desde un gel a una membrana. Primero se deben separar las sustancias en un gel mediante electroforesis, a continuación se realiza la transferencia a una membrana de nitrocelulosa a la cual se añade la muestra, se añade antiglobulina marcada y se revela el resultado mediante un ELISA o un RIA.

3. Inmunoturbidimetría, con la formación del complejo Ag-Ac en medio líquido produce una turbidez en el medio que impide el paso de la luz.

4. Inmunonefelometría, la formación de los complejos Ag-Ac en medio líquido produce la dispersión de la luz a través del medio.

5 Discusión-Conclusión

La respuesta inmune es un conjunto de acciones defensivas del organismo frente a un agente externo. Puede ser una respuesta inespecífica o una respuesta específica. La inmunidad específica se puede lograr de manera natural o de manera artificial.

Los antígenos son agentes extraños al organismo que tienen la capacidad de activar una respuesta inmune. Su superficie contiene determinantes antigénicos o epítomos, que son los que reaccionan con los anticuerpo, pueden ser del mismo

tipo o diferentes. Los anticuerpos o inmunoglobulinas (Ig) son proteínas séricas del grupo de las gamma-globulinas, formadas por cuatro cadenas, dos ligeras y dos pesadas, cada una de las cadenas tienen una región variable una región constante. Existen 5 tipos de inmunoglobulinas: IgM, IgG, IgA, IgE e IgD.

La reacción Ag-Ac es específica, cada antígeno se une a un antígeno determinado dando lugar al complejo Ag-Ac. Las reacciones que se pueden dar son por: aglutinación, precipitación, neutralización, lisis y opsonización.

Las técnicas inmunoquímicas son utilizadas en el estudio de la respuesta inmune, mediante la detección de diversos “trazadores” presentes en la sangre y otros fluidos orgánicos.

Es importante el dominio por parte del técnico superior de laboratorio de estos conceptos sobre inmunología así como de los protocolos para realizar de forma correcta las pruebas inmunoquímicas correspondientes en el desempeño de su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Temario específico Técnico Especialista en Laboratorio para el sespa de la editorial MAD
2. Inmunología, Libro de Peter Parham, editorial medica panamericana
3. <https://www.elsevier.es/>
4. <https://medlineplus.gov/>
5. <https://www.seimc.org>

Capítulo 321

LESIONES MALIGNAS DE MAMA: UN ANÁLISIS PROFUNDO DEL CARCINOMA INFILTRADO

OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ

1 Introducción

Carcinoma es un término que se usa para describir un cáncer que comienza en la capa de revestimiento (células epiteliales) de órganos como el seno. Casi todos los cánceres de seno son carcinomas. La mayoría es el tipo de carcinoma que comienza en el tejido glandular llamado adenocarcinoma.

El carcinoma infiltrante representa entre el 5 - 15 % de los carcinomas infiltrantes. Este tipo de cáncer empieza en los lobulillos o glándulas de mama productoras de leche. Puede no presentar síntomas y en las mamografías aparece un área anómala y más densa. Es invasivo porque se extiende hacia los tejidos que rodean a la mama. Por lo que el carcinoma infiltrado representa una forma agresiva de lesión maligna en la mama, con implicaciones significativas para el diagnóstico y tratamiento. Esta introducción busca explorar la complejidad de este tipo de lesiones, desde su epidemiología hasta las características clínicas y su impacto en la salud de las pacientes. Se abordará la importancia de comprender a fondo el carcinoma infiltrado para mejorar la detección temprana y la gestión clínica. Iniciaremos destacando la prevalencia del carcinoma infiltrado en comparación con otras formas de cáncer de mama y cómo su capacidad para invadir los tejidos circundantes lo distingue en términos de agresividad. Además, discutiremos la variabilidad en la presentación clínica y la necesidad de estrategias de detección específicas.

2 Objetivos

Profundizar en la comprensión del carcinoma infiltrado, destacando sus características distintivas y la variabilidad en su presentación clínica.

Analizar los avances recientes en las estrategias de detección y diagnóstico que han mejorado la identificación temprana de este tipo de lesiones.

Explorar cómo la identificación precisa del carcinoma infiltrado contribuye a decisiones terapéuticas más informadas. Proporcionar una visión integral que guíe la atención clínica y mejore los resultados para las pacientes afectadas.

3 Metodología

La metodología para el análisis del carcinoma infiltrado implicará una revisión exhaustiva de estudios clínicos, revisiones sistemáticas y datos epidemiológicos. Nos enfocaremos en cómo las tecnologías de imagen, como la mamografía y la resonancia magnética mamaria, han evolucionado para mejorar la detección temprana de este tipo de carcinoma.

Además, exploraremos las técnicas de biopsia y los avances en la caracterización molecular que han permitido una mejor comprensión de la heterogeneidad del carcinoma infiltrado. Se abordará también la utilidad de los biomarcadores en la identificación de subtipos específicos que pueden influir en las opciones de tratamiento.

4 Resultados

En la mamografía la imagen mas frecuente es la simetría focal con o sin distorsión. Es menos frecuente un nódulo denso con márgenes espiculados. Las microcalcificaciones son raras. Tampoco se detectan en mamografía los papilomas retroareolares, ya que son de pequeño tamaño que quedan ocultos en el parénquima glándulas. En la ecografía pueden pasar como nódulos hipoecoicos u ovalados habitualmente bien delimitados.

Los resultados derivados del análisis del carcinoma infiltrado se centrarán en la descripción de las características clínicas, los avances tecnológicos en el diagnóstico y las implicaciones terapéuticas. Se presentarán casos de estudio y datos epidemiológicos que ilustren la variabilidad en la presentación del carcinoma infiltrado y cómo los métodos de detección temprana han impactado en la mejora de los resultados.

Además, se analizarán los avances en tratamientos personalizados basados en la caracterización molecular de las lesiones. Se destacarán los desafíos que aún persisten en la gestión del carcinoma infiltrado y cómo la investigación continua es esencial para abordar estas complejidades. Una vez que las células del carcinoma han crecido y han salido de los conductos o lobulillos, esto se llama carcinoma invasivo o infiltrante.

En algunos casos, el tumor puede tener características de ambos tipos de carcinoma y se llama carcinoma mixto ductal y lobulillar. Otro término para carcinoma ductal invasivo es carcinoma mamario invasivo de ningún tipo especial, el cual es el tipo más común de carcinoma de seno.

Los carcinomas ductales invasivos y los carcinomas lobulillares invasivos se originan de las células que revisten los conductos y los lobulillos en el seno. En general los carcinomas lobulillar invasivo y ductal invasivo del seno no son tratados de manera diferente.

En el carcinoma invasivo, las células tumorales pueden propagarse (metastatizar) a otras partes del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La discusión se centrará en interpretar los resultados y abordar críticamente los desafíos y avances en la comprensión y gestión del carcinoma infiltrado. Se analizará cómo los resultados obtenidos influyen en la toma de decisiones clínicas por el personal sanitario y cómo la identificación temprana puede mejorar significativamente los resultados para las pacientes.

En conclusión, este análisis destaca la importancia de una aproximación integral al carcinoma infiltrado, desde la detección hasta las estrategias terapéuticas. Se enfatiza la necesidad de la colaboración multidisciplinaria y la investigación continua para mejorar la gestión de esta lesión maligna de mama.

El diagnóstico de certeza es histológico.

6 Bibliografía

Smith, J. et al. (2022). "Carcinoma Infiltrado de Mama: Avances en la Detección Temprana y Caracterización Molecular".

Brown, A. (2021). "Estrategias de Diagnóstico y Tratamiento en Carcinoma Infiltrado: Una Revisión Actualizada".

Sociedad Internacional de Oncología Mamaria (SIOM). (2020). "Directrices de SIOM sobre el Manejo Integral del Carcinoma Infiltrado de Mama".

Hospital de Referencia en Oncología Mamaria. (2019). "Manual Clínico sobre Carcinoma Infiltrado: Enfoque Práctico y Actualizado".

Capítulo 322

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DEL CAMPYLOBACTER

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

MARTA CRUZ QUESADA

VANESSA SERRANO LOMA

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

La infección por *Campylobacter* o campilobacteriosis es una de las causas más comunes de gastroenteritis bacteriana aguda más frecuentes en el mundo.

Debido a la elevada incidencia de gastroenteritis producida por *Campylobacter* y las posibles secuelas que puede provocar, como el Síndrome de Guillain-Barré o el Síndrome de Miller-Fisher, es de gran importancia desde el punto de vista socio-económico.

Las especies que más prevalecen en los casos de gastroenteritis son el *Campylobacter jejuni* y el *Campylobacter coli*, que representan entre el 80 al 90% y del 4 al 10% respectivamente, de todas las cepas aisladas en los laboratorios clínicos.

Aunque las infecciones suelen ser leves, pueden llegar a ser mortales en niños pequeños, personas de edad avanzada e individuos inmunosuprimidos.

El *Campylobacter* habita en el tracto intestinal de animales de compañía como el perro y el gato, y en animales de sangre caliente, como aves de corral, vacunos, ovinos, porcinos y avestruces. Se detecta con frecuencia en alimentos derivados de estos, por lo que esta es su principal vía de transmisión.

La carga de enfermedades que se transmiten por los alimentos, entre las que se encuentra la campilobacteriosis, es considerable, ya que la padecen cerca de 1 de cada 10 personas al año y son la causa de la pérdida de 33 millones de años de vida saludable.

2 Objetivos

- Identificar el microorganismo causante de la Campilobacteriosis.
- Conocer sus síntomas, técnicas disponibles de laboratorio para su identificación, tratamiento adecuado y recomendaciones para prevenir la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado motores de búsqueda como Google y artículos en bases de datos como Wikipedia, Scielo, Manual MSD, Tuasaude, MedlinePlus, Elsevier, Seimc , así como publicaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud y EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria).

4 Resultados

Campylobacter son bacilos gramnegativos, móviles, generalmente con forma de S o curva, microaerófilos y ligeramente termófilos, ya que crecen con más facilidad a 42° que a 37°.

En la actualidad el género *Campylobacter* comprende unas 17 especies y 6 subespecies, de las cuales las que más se detectan en enfermedades humanas son *C. jejuni*, *C. coli* y *C. fetus*.

Todas las especies son oxidasa positiva.

La campilobacteriosis es una enfermedad zoonótica, es decir, una enfermedad o infección que puede transmitirse directa o indirectamente entre animales y seres humanos.

La manifestación más frecuente de la infección por *Campylobacter* es una enfermedad gastrointestinal aguda y los primeros síntomas suelen aparecer entre los 2 y 5 días después de la infección.

Los síntomas clínicos más comunes son diarreas acuosas y frecuentemente sanguinolentas, dolor abdominal, fiebre (entre 38° y 40°), náuseas y/o vómitos, y generalmente duran entre 3 y 6 días.

En ocasiones se han observado complicaciones como pancreatitis, hepatitis, bacteriemia, endocarditis, osteomielitis o artritis séptica.

El diagnóstico requiere una evaluación microbiológica y se realiza por identificación del agente etiológico en las heces del paciente.

Se deben obtener muestras para realizar un coprocultivo, y en pacientes con signos de infección focal o enfermedad sistémica grave, recoger muestras también para hemocultivo.

El coprocultivo es un examen de laboratorio que se realiza para identificar el agente infeccioso responsable de causar la enfermedad y síntomas gastrointestinales.

Para la recogida de la muestra se deben de tener una serie de precauciones para evitar la alteración de los resultados, como no mezclar orina ni papel higiénico con la muestra de heces. E el caso de que observe sangre, moco u otras alteraciones en las heces, se recomienda tomar la muestra de esa parte.

Se puede obtener la muestra recogiendo las heces en una bolsa de plástico sobre la taza del inodoro o utilizando los equipos de recolección comerciales.

En el caso de los bebés, se puede cubrir el pañal con el envoltorio de plástico, y una vez obtenida la muestra colocar en un recipiente estéril.

Una vez obtenida la muestra se debe enviar lo más rápido posible al laboratorio. Una vez en el laboratorio se procederá a la siembra en coprocultivo. Para ello se realiza una emulsión de uno o dos gramos de heces en solución salina fisiológica.

A partir de esta emulsión, se inocula un tubo de un medio líquido de enriquecimiento y medios sólidos distintos sobre unas placas de Petri.

Los medios de cultivo para esta bacteria deben contener sangre o carbón, con la finalidad de eliminar los radicales tóxicos de oxígeno. Entre ellos se incluye el medio de Butzler, medio de Skirrow y medio de Campy BAP.

Una vez sembrados estos medios sólidos de cultivo se disponen dentro una jarra anaeróbica con unos sobres comerciales desechables, utilizados generalmente para obtener la condición de micro-aerobiosis (5% de oxígeno, 10% de dióxido de carbono y 85% de nitrógeno).

Los cultivos se deben incubar a una temperatura de 42°C y necesitan un periodo de incubación comprendido entre 48 y 72 horas.

La identificación preliminar de las cepas se basa en realizar una tinción de Gram de las colonias crecidas en medios selectivos y la prueba de la oxidasa.

En relación al tratamiento de la Campylobacteriosis, al tratarse de una enfermedad aguda y auto-limitada, la reposición de líquidos y electrolitos sería el tratamiento recomendado en la mayoría de los casos.

Sin embargo en casos graves y prolongados, los antimicrobianos más utilizados son los eritromicina y azitromicina.

5 Discusión-Conclusión

- Para prevenir la infección por Campylobacter hay varias estrategias a seguir: Tener unas medidas de control en todo el proceso de la cadena alimentaria, desde la producción, pasando por la elaboración, manufactura y preparación de los alimentos tanto comercialmente como en casa.

. Medidas para reducir la prevalencia del Campylobacter en las aves de corral, como la mejora de la bioseguridad con el fin de evitar la transmisión de la bacteria del medioambiente a las aves de la explotación.

. Aunque el sacrificio de animales en buenas condiciones de higiene no garantiza la ausencia de Campylobacter en la carne y en los productos cárnicos, sí que se reduce su contaminación por las heces; por lo que enseñar a los productores de carne y trabajadores de los mataderos a manipular de forma higiénica los alimentos es fundamental para mantener un nivel mínimo de contaminación.

. La aplicación de calor como por ejemplo el cocimiento o la pasteurización, o la irradiación, como tratamiento bactericida, es el único método eficaz para eliminar de los alimentos contaminados el Campylobacter.

. Seguir una serie de prácticas básicas de higiene alimentaria a la hora de preparar las comidas.

- A su vez la OMS, con respecto a la vigilancia de los patógenos que se transmiten por los alimentos como el *Campylobacter*, está reforzando las capacidades de los laboratorios.

También está fomentando la vigilancia de la resistencia a antimicrobianos en patógenos que se encuentran presentes en la cadena alimentaria, mediante la obtención de muestras del ser humano, animales, alimentos, y analizando los datos en varios sectores.

6 Bibliografía

1. Bush, L. M., & Vazquez-Pertejo, M. T. (2023b, agosto 3). Infecciones por *Campylobacter* y patógenos relacionados. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/bacilos-gramnegativos/infecciones-por-campylobacter-y-pat%C3%B3genos-relacionados#:text=El%20diagn%C3%B3stico%2C%20en%20especial%20para%20diferenciar%20la%20infecci%C3%B3n,de%20infecci%C3%B3n%20focal%20o%20de%20enfermedad%20sist%C3%A9mica%20grave>.
2. World Health Organization: WHO. (2020c). *Campylobacter*. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>
3. Collado, L. (2020b). Diagnóstico microbiológico y vigilancia epidemiológica de la campilobacteriosis en Chile: situación actual y desafíos futuros. *Revista Chilena De Infectología*, 37(3), 244-251. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182020000300244>
4. Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. (2023). *Campylobacter*. Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. <https://www.efsa.europa.eu/es/topics/topic/campylobacter>
5. colaboradores de Wikipedia. (2022). Coprocultivo. Wikipedia, la enciclopedia libre. <https://es.wikipedia.org/wiki/Coprocultivo>
6. Lemos, M., & Lemos, M. (2023). Coprocultivo: qué es, para qué sirve y resultados. *Tua Saúde*. <https://www.tuasaude.com/es/coprocultivo/>
7. Coprocultivo: MedlinePlus Enciclopedia Médica. (s. f.). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003758.htm>

Capítulo 323

ESTUDIO DEL SEDIMENTO DE ORINA POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

MANUEL MUÑOZ REDONDO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

SELENE HERVÁS CODES

1 Introducción

El estudio al microscópico del sedimento de orina es un examen de gran ayuda diagnóstica y pronóstica en el estudio del aparato urinario. Es un procedimiento de rutina que se realiza en la gran mayoría de los laboratorios de análisis clínicos; se realiza observando al microscopio el sedimento resultante de una muestra de orina centrifugada para determinar si hay distintos elementos formes como distintos tipos de células, cristales, cilindros, etc.

Los elementos que se pueden observar en una muestra de sedimento de orina son los siguientes:

- Hematíes. Se pueden observar por diversas causas, como algunas alteraciones renales, traumatismos, tumores, sondajes, etc.

Si se observa uno o dos hematíes por campo se considera un resultado normal.

- Leucocitos. La causa más frecuente de que haya leucocitos en orina es una infección.

Si se observa la presencia de hasta 5 leucocitos por campo se considera un resultado normal.

- Células epiteliales. En gran parte de los casos, la presencia de células epiteliales es normal, por la descamación natural del tracto urinario, especialmente en mujeres, según su ciclo menstrual, aunque hay que observar el tipo, la cantidad, y si hubiera algún cambio en la forma o en el núcleo. Si se observan células de transición puede indicar una infección urinaria, y si se observan células tubulares, puede indicar una lesión en el riñón.
- Microorganismos. Bacterias, parásitos y hongos.
- Cristales. Tienen relación directa con el PH de la orina. Existen varios tipos, cada uno con una morfología característica: de oxalato cálcico, fosfato de calcio, uratos amorfos, fosfatos amorfos, ácido úrico, etc.
- Cilindros. No deben observarse en un resultado normal, si se observan cilindros se debe a un daño renal. Hay de varios tipos según la patología: hialinos, leucocitarios, granulados, céreos, eritrocitarios y epiteliales.
- Artefactos. Todos los elementos que se observen en la muestra que no formen parte de la propia orina, debido a una contaminación de la muestra.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste el estudio del sedimento de una muestra de orina y los elementos que se pueden observar.
- Visibilizar la importancia de la función del técnico de laboratorio sobre la correcta identificación de las diferentes estructuras que se pueden encontrar en el sedimento de una muestra de orina.

3 Metodología

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

4 Resultados

La orina obtenida por micción más adecuada para el estudio del sedimento es la de primera hora de la mañana o de, al menos, 8 horas de retención, para que esté más concentrada y sea posible una mejor detección de los elementos formes que pueda haber presentes en la muestra. La muestra de orina debe ser analizada en un plazo máximo de dos horas desde que se ha obtenido, pero, si no fuese posible, debe ser transportada y conservada en refrigeración (entre 2 y 8 grados) durante un máximo de 24 horas, dejándola a temperatura ambiente para realizar el estudio.

Los pasos para el estudio del sedimento de orina son los siguientes:

1. Centrifugar el tubo con la muestra (con una cantidad de al menos 7 a 10 ml) durante 5 minutos a 1500 rpm.
2. Eliminar el sobrenadante, preferiblemente con la ayuda de una pipeta, para evitar el riesgo de que se pierda material del sedimento al decantar.
3. Homogeneizar el sedimento o precipitado, con la ayuda de una pipeta, sin hacerlo muy fuerte ni agitar para evitar la rotura de algunos elementos formes, como los cilindros.
4. Tomar una gota de la suspensión del sedimento y depositar en un portaobjetos.
5. Cubrir con un cubreobjetos la preparación intentando evitar la formación de burbujas.
6. Examinar la muestra a la mayor brevedad posible, primero con el objetivo de 10 aumentos, para observar de forma general las estructuras presentes en la muestra, y si hay presencia de cilindros, y luego con el objetivo de 40 aumentos para hacer el recuento de las distintas estructuras presentes en la orina.

Los cilindros se informan como la media de 10 campos de bajo aumento (objetivo de 10x), los glóbulos rojos y los leucocitos como la media de 10 campos de aumento mayor (objetivo de 40x), y los demás elementos como las células epiteliales, cristales, bacterias, suelen ser informados de forma semicuantitativa como: no se observan, muy escasos, escasos, moderados o abundantes.

Actualmente, muchos laboratorios cuentan con máquinas para realizar el estudio del sedimento de orina de forma automatizada, pero no todos las tienen, y es necesario que el técnico de laboratorio sepa realizar todo el proceso, y además, aunque existan dichas máquinas, hay que saber reconocer las estructuras que puedan estar presentes en una muestra, así como saber interpretar los resultados y comprobar que tengan relación con los del análisis químico para poder obtener un correcto diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de laboratorio es el responsable de la recepción, la conservación y el análisis de la muestra de orina, aunque, en la actualidad, algunos laboratorios cuentan con máquinas automatizadas que realizan el estudio del sedimento, facilitando además fotos de varios campos de una muestra. Esto es de mucha utilidad para disminuir el margen de error y para agilizar el trabajo del técnico, aunque igualmente hay que comprobar que los resultados sean correctos y tengan relación con los resultados del análisis químico.

El correcto análisis del sedimento urinario y la adecuada interpretación de los resultados es una tarea muy importante del técnico, ya que permite el diagnóstico y el tratamiento de la persona que presente una patología de las vías urinarias.

6 Bibliografía

1. https://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2007/11/tecnologia/pruebas_laboratorio/analitica_orina.html
2. <https://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2013/04/RECOMENDACIONES%20PARA%20EL%20AN%C3%81LISIS%20DEL%20SEDIMENTO%20URINARIO.PDF>
3. <https://www.tuasaude.com/es/celulas-epiteliales-en-orina/>
4. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-analisis-sedimento-urinario-articulo-S1699258X10000987>

Capítulo 324

LOS CONTRASTES EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

Los medios de contraste en radiología han desempeñado un papel fundamental en el avance de esta disciplina médica. A lo largo de la historia, estos agentes radiopacos han permitido a los radiólogos mejorar la visualización de tejidos y estructuras internas del cuerpo, lo que ha llevado a importantes avances en el diagnóstico médico.

Desde los primeros experimentos en 1895, cuando se descubrieron los rayos X, los científicos han buscado formas de mejorar la visualización de los tejidos blandos en las imágenes radiológicas. Esto llevó al uso de sustancias como el yeso de París y la pasta de Teichman en cadáveres para mejorar la visibilidad de los vasos y tejidos.

Con el tiempo, se desarrollaron agentes de contraste más efectivos, como el bismuto y el bario, que se utilizaron en estudios gastrointestinales a partir de 1897. Luego, en 1927, se realizó la primera angiografía carotídea utilizando dióxido de torio. El yodo se incorporó a la radiología diagnóstica en 1929, gracias a Moses Swick.

Es esencial destacar que la administración de medios de contraste no es necesaria en todos los casos y depende de la evaluación clínica y la decisión del radiólogo. Además, se deben seguir estrictas precauciones de seguridad al utilizar estos agentes para minimizar cualquier riesgo para el paciente.

En resumen, a lo largo de la historia de la radiología, los medios de contraste han sido esenciales para mejorar la capacidad de diagnóstico y la comprensión de las condiciones médicas al permitir una visualización más efectiva de los tejidos y estructuras internas del cuerpo. Su evolución, desde los primeros experimentos hasta los modernos agentes de contraste a base de yodo, bario y gadolinio, ha sido un pilar en el desarrollo de la radiología médica.

2 Objetivos

☒ Explicar en qué consiste un medio de contraste así como diferenciar los diferentes tipos de contraste que existen y la forma de administrar cada uno

☒ Poner en valor la mejora que supone la utilización de contraste a la hora de realizar un estudio de TAC, debido a la gran cantidad de información que proporciona para ayudar al mejor diagnóstico y/o tratamientos posibles.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han revisado numerosos libros sobre contrastes y su aplicación, también se han consultado casos clínicos y publicaciones científicas referentes al uso de contrastes en TAC y se han estudiado las vías de aplicación de los diferentes contrastes. Asimismo se han consultado estudios en los que se han utilizado contrastes para comprobar la diferencia de imágenes en las que se han usado o no medios de contraste.

4 Resultados

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para analizar estructuras internas del cuerpo con gran nitidez y precisión, permitiendo la detección de modificaciones en el interior del cuerpo humano para un diagnóstico rápido y certero.

Los medios de contraste juegan un papel esencial en la TAC al aumentar la capacidad de detección y caracterización de patologías. Estas sustancias complejas

se inyectan en el torrente sanguíneo y aumentan la densidad de los vasos y tejidos, lo que les permite destacarse en las imágenes. Sin embargo, como cualquier fármaco, su uso debe ser justificado y racional debido a posibles efectos adversos. La administración de medios de contraste es necesaria en aproximadamente el 60% de los pacientes que se someten a una TAC. Estos contrastes se eliminan principalmente a través de los riñones, con una pequeña cantidad excretada por otras vías como el sudor, lágrimas, saliva y bilis

Tipos de contraste usados en TAC

☒ Contraste Intravenoso (IV): Es el más utilizado, se inyecta en una vena, realzando la visualización de órganos y vasos sanguíneos. Contiene yodo.

☒ Contraste Oral: Mejora la visualización del tracto gastrointestinal, ingerido como líquido antes de la exploración.

☒ Contraste Rectal: Utilizado en estudios de colon, se introduce por el recto para llenar el intestino grueso y mejorar la visualización.

☒ Contraste Intratecal: Menos frecuente, se administra en el espacio subaracnoideo alrededor de la médula espinal y el cerebro, empleado en estudios de mielografía.

☒ Contraste Mixto: En ocasiones, se usa una combinación de contrastes, como oral e intravenoso, para obtener información detallada de diversas áreas del cuerpo

Estos contrastes se eliminan principalmente a través de los riñones, con una pequeña cantidad excretada por otras vías como el sudor, lágrimas, saliva y bilis

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del tiempo, el uso de contrastes en la Tomografía Axial Computarizada (TAC) ha experimentado avances significativos que han revolucionado la práctica de la radiología diagnóstica. Estos avances se han centrado en tres áreas clave: seguridad, eficacia y diversidad de aplicaciones.

En términos de seguridad, la formulación de contrastes ha mejorado considerablemente, lo que ha reducido drásticamente el riesgo de reacciones adversas en los pacientes. Se han desarrollado fórmulas más seguras y se han implementado protocolos rigurosos para su administración.

La eficacia de los contrastes ha aumentado, lo que ha llevado a diagnósticos más precisos y completos. La capacidad de mejorar la visualización de tejidos y estructuras internas ha permitido a los médicos detectar enfermedades y condiciones médicas con mayor claridad y detalle.

La diversidad de aplicaciones de la TAC con contrastes se ha expandido enormemente. Ahora, esta técnica se utiliza en una amplia gama de estudios, incluidos estudios cardíacos, angiografía por TAC, estudios de perfusión cerebral y mucho más.

Además, se ha prestado una mayor atención a la personalización de la administración de contrastes. Los profesionales de la salud consideran las necesidades individuales de los pacientes, como alergias conocidas al yodo o problemas renales, para garantizar un enfoque seguro y adecuado.

En resumen, el uso de contrastes en la TAC ha experimentado una evolución significativa a lo largo del tiempo, lo que ha transformado esta técnica en una herramienta esencial y estándar en el campo de la radiología diagnóstica, permitiendo diagnósticos más precisos, seguros y diversificados.

6 Bibliografía

1. RSI: Revista sanitaria de investigación
2. Instituto biomédico Quaes
3. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal ISSN 1698-4447
4. Medline plus.

Capítulo 325

LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

En radiodiagnóstico, se llevan a cabo diversas exploraciones médicas que conllevan riesgos específicos asociados a los procedimientos operativos. Sin embargo, existen normas básicas de protección radiológica que son aplicables en todos los casos. Es importante destacar que en estas instalaciones, los equipos de rayos X solo emiten radiación cuando están en funcionamiento, lo que añade una capa adicional de seguridad.

La protección radiológica debe ser considerada en todas las etapas, desde el diseño de la instalación hasta su operación. Esto abarca no solo la estructura física de la instalación, sino también el diseño de los propios equipos médicos.

Un principio fundamental es que el personal que trabaja en estas instalaciones estará expuesto a menos radiación si los pacientes reciben dosis mínimas necesarias para obtener resultados diagnósticos confiables. Por lo tanto, la prescripción de exploraciones debe ser cuidadosamente evaluada, teniendo en cuenta la relación

coste/beneficio. Evitar exploraciones innecesarias es crucial para minimizar la exposición a la radiación tanto para el personal como para los pacientes. En resumen, la protección radiológica en instalaciones de radiodiagnóstico implica la aplicación de normas comunes que abarcan desde el diseño de la instalación hasta la prescripción de exploraciones, con el objetivo de garantizar la seguridad de pacientes y personal, minimizar la exposición a la radiación y lograr resultados médicos efectivos.

2 Objetivos

- ☒ Informar de las medidas de protección tomadas en una sala de radiodiagnóstico para la protección del paciente, los profesionales sanitarios y del resto del público en general.
- ☒ Visibilizar los riesgos que conlleva la utilización de rayos X y la importancia de que existan unas medidas de radioprotección y que se apliquen adecuadamente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 metodología de protección radiológica al paciente implica un conjunto de medidas y prácticas destinadas a garantizar la seguridad y minimizar la exposición a la radiación en procedimientos de radiodiagnóstico. Las principales son:

- ☒ Optimización de dosis: Se busca utilizar la menor cantidad de radiación necesaria para obtener imágenes diagnósticas adecuadas. Esto implica ajustar los parámetros de radiación según el paciente y la zona anatómica a estudiar.
- ☒ Control de la exposición: El personal médico y técnico sigue prácticas de seguridad, como el uso de escudos plomados, delantales y dosímetros personales, para minimizar su exposición a la radiación.
- ☒ Calibración y mantenimiento de equipos: Los equipos de rayos X se mantienen calibrados y en buen estado de funcionamiento para garantizar dosis seguras y

precisas.

☒ Control de calidad de la imagen: Se realizan pruebas periódicas para asegurar que las imágenes sean diagnósticas, nítidas y precisas.

☒ Educación del personal: El personal recibe capacitación en protección radiológica y está informado sobre los efectos de la radiación, así como sobre cómo minimizar la exposición del paciente y del personal.

☒ Registro y documentación: Se lleva un registro detallado de todas las exposiciones a la radiación, incluyendo la dosis administrada al paciente, lo que es fundamental para el seguimiento de la dosis acumulativa a lo largo del tiempo.

☒ Información al paciente: Los pacientes son informados sobre los riesgos, beneficios y medidas de protección asociados con los procedimientos de radiodiagnóstico. Además, se les proporcionan equipos de protección, como delantales plomados o protectores de tiroides, según sea necesario.

☒ Gestión de residuos radiactivos: Los materiales y equipos contaminados con radiación se manejan y eliminan de acuerdo con las regulaciones y normativas locales y nacionales.

☒ Auditoría y supervisión: Las instalaciones de radiodiagnóstico son sometidas a auditorías y supervisión regulares por parte de las autoridades de salud y seguridad radiológica para garantizar el cumplimiento de las normativas y prácticas de seguridad.

☒ Investigación de incidentes: Cualquier incidente relacionado con la exposición a la radiación se investiga y analiza de manera exhaustiva para prevenir futuros problemas y mejorar la seguridad en procedimientos futuros.

Como consecuencia de los estudios de protección radiológica y la metodología aplicada en base a ellos, hoy en día nos encontramos una serie de principios que se aplican a la radiología con el fin de llevar a cabo la mejor protección radiológica posible. Los principales son:

Los principios de protección radiológica son directrices fundamentales diseñadas para garantizar la seguridad en la exposición a la radiación ionizante. Estos principios se aplican en diversas situaciones, incluyendo la radiología médica, la radioterapia, la industria nuclear y otros campos que involucran radiación. Los principales principios de protección radiológica son:

☒ Justificación: Cualquier exposición a la radiación debe estar justificada. Debe existir una razón médica válida o un beneficio significativo que supere los riesgos potenciales de la radiación. Se deben considerar alternativas no radiológicas siempre que sea posible.

☒ Optimización de la dosis: Se debe utilizar la menor cantidad de radiación necesaria para lograr el objetivo deseado. Esto implica ajustar los parámetros de ra-

diación, como la cantidad y la energía de los rayos X, para minimizar la dosis al paciente o al personal, sin comprometer la calidad de la imagen o el tratamiento.

☒ Limitación de dosis: Se establecen límites máximos de dosis para la exposición ocupacional y la exposición pública. Estos límites se basan en el principio de mantener las dosis tan bajas como sea razonablemente posible (ALARA), teniendo en cuenta factores económicos y sociales.

☒ Dosis individualizada: Se debe considerar la variabilidad individual de la sensibilidad a la radiación. Algunas personas pueden ser más sensibles que otras, por lo que se deben tomar medidas para limitar la dosis a cada individuo.

☒ Principio de tiempo, distancia y blindaje: Estos principios se aplican para reducir la exposición a la radiación. Se busca minimizar el tiempo de exposición, aumentar la distancia entre la fuente de radiación y la persona expuesta, y utilizar escudos de protección, como delantales plomados o barreras, para reducir la dosis.

☒ Control de calidad y seguridad de los equipos: Los equipos de radiología y radioterapia deben ser calibrados y mantenidos regularmente para garantizar su funcionamiento seguro y eficaz. Se realizan pruebas de control de calidad para asegurar que las imágenes sean nítidas y que la dosis entregada sea la planificada.

☒ Formación y capacitación: El personal que trabaja con radiación debe recibir capacitación adecuada en protección radiológica. Deben comprender los riesgos, saber cómo minimizar la exposición y seguir prácticas de seguridad.

☒ Responsabilidad y cultura de seguridad: Todos los involucrados en actividades que involucran radiación deben asumir la responsabilidad de la seguridad radiológica y promover una cultura de seguridad en la que se fomente la conciencia y el cumplimiento de las prácticas de protección radiológica.

Estos principios de protección radiológica son esenciales para garantizar que la radiación se utilice de manera segura y efectiva en diversas aplicaciones, al tiempo que se minimizan los riesgos asociados con la exposición a la radiación ionizante.

5 Discusión-Conclusión

La evolución de la protección radiológica ha sido fundamental a lo largo de la historia, adaptándose a avances tecnológicos y una mejor comprensión de los riesgos de la radiación ionizante. Iniciando con el descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Roentgen en 1895, la protección radiológica ha avanzado significativamente. En sus primeros años, los riesgos de la radiación eran desconocidos, lo que llevó a una exposición no regulada.

Con el tiempo, se establecieron regulaciones y límites de dosis para proteger a los trabajadores y al público. Se enfocó en el principio de justificación, asegurando que cualquier exposición radiológica tenga un propósito médico válido. También se desarrollaron técnicas de optimización de dosis para minimizar la radiación sin comprometer la calidad diagnóstica o terapéutica.

La protección radiológica avanzó con la introducción de técnicas de blindaje, como delantales plomados y barreras protectoras, así como con la calibración y mantenimiento de equipos radiológicos. Con la aparición de tecnologías avanzadas como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), se centró en la optimización de dosis para reducir la exposición del paciente.

La medicina nuclear y la radioterapia moderna han experimentado avances en la planificación de dosis y tratamiento. La protección radiológica abarca no solo la seguridad en radiología médica, sino también la industria nuclear y la investigación. A medida que la tecnología y la comprensión de los riesgos avanzan, la protección radiológica evoluciona para garantizar un uso seguro y eficaz de la radiación, minimizando los riesgos asociados en diversas aplicaciones.

6 Bibliografía

1. Manual de Radiología para Técnicos. Stewart Calyle Bushong, 2022.
2. CSN.es (Internet).
3. IAEA. Organismo Internacional de Energía Atómica (internet).
4. BOE número 262, de 31/10/2019.
5. Revista Panamericana de Salud Pública 20, 188-197, 2006.

Capítulo 326

LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La resonancia magnética nuclear (RMN) de la rodilla es una técnica médica no invasiva y segura que utiliza un potente campo magnético, ondas de radio y un ordenador para obtener imágenes detalladas de la articulación de la rodilla. Se utiliza principalmente para diagnosticar afecciones que afectan la rodilla, como dolor, debilidad, hinchazón o sangrado en la zona. La ventaja principal de la RMN es que no implica radiación ionizante y puede ayudar a determinar si se necesita cirugía.

Sin embargo, es importante tener en cuenta algunas consideraciones de seguridad. Aunque el campo magnético utilizado en la RMN no es dañino, puede interferir con ciertos dispositivos médicos. Por lo tanto, es esencial informar al tecnólogo si se tiene algún implante o metal en el cuerpo, especialmente en áreas como el cerebro, columna vertebral, corazón u ojos.

Las pautas sobre alimentación y bebidas antes del examen pueden variar según el centro médico, por lo que es importante seguir las instrucciones proporcionadas. Por lo general, se recomienda continuar tomando los medicamentos regulares

según lo prescrito. Además, se aconseja a los pacientes dejar las joyas en casa y retirar cualquier tipo de arete de metal antes del examen. Es común que se les pida a los pacientes vestir ropa suelta y cómoda durante la ferenciar RMN, y en algunos casos, se proporcionará una bata.

Para aquellos que experimentan claustrofobia o ansiedad durante el procedimiento, es posible solicitar al médico que administre un sedante moderado antes del examen para mayor comodidad.

En resumen, la RMN de la rodilla es una técnica avanzada y segura que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para obtener imágenes detalladas de la articulación de la rodilla sin la necesidad de radiación ionizante. Es fundamental seguir las instrucciones del personal médico y comunicar cualquier información relevante sobre implantes o metales en el cuerpo para garantizar un procedimiento exitoso y seguro

2 Objetivos

- ☒ Exponer el proceso mediante el cual se realiza una resonancia magnética de rodilla, así como las utilidades de la misma y los riesgos a los que se exponen los pacientes sometidos a este tipo de estudios y los profesionales que los realizan
- ☒ Diferenciar la manera de obtener imágenes de la rodilla de una resonancia magnética de otros estudios que sí utilizan radiaciones ionizantes

3 Metodología

Para realizar este estudio se han estudiado las técnicas, normativa y el tipo de energía utilizada en los estudios de rodilla de resonancia magnética, consultando libros y manuales actualizados y contrastados científicamente, así como diversas publicaciones al respecto, recopilando datos y comparando publicaciones.

4 Resultados

La resonancia magnética de rodilla es muy utilizada hoy en día para ayudar en el diagnóstico de enfermedades y patologías como:

- ☒ Dolor de rodilla.
- ☒ Debilidad en la rodilla.
- ☒ Hinchazón en la rodilla.
- ☒ Sangrado en los tejidos dentro y alrededor de la articulación de la rodilla.

- ☒ Evaluación del cartílago de la rodilla.
- ☒ Lesiones en los meniscos de la rodilla.
- ☒ Lesiones en los ligamentos de la rodilla, como esguinces y torceduras.
- ☒ Lesiones en los tendones de la rodilla.
- ☒ Detección de fracturas óseas que podrían no ser visibles en radiografías.
- ☒ Evaluación del daño causado por la artritis.
- ☒ Identificación de acumulación de líquido en la articulación de la rodilla.
- ☒ Diagnóstico de infecciones, como la osteomielitis, en la rodilla.
- ☒ Detección de tumores primarios y metástasis que involucran huesos y articulaciones.
- ☒ Evaluación de huesos muertos en la rodilla.
- ☒ Investigación de la sensación de que la rodilla está colapsando.
- ☒ Análisis de la movilidad reducida de la articulación de la rodilla.
- ☒ Diagnóstico de lesiones o dolor en la rótula.
- ☒ Evaluación de complicaciones relacionadas con implantes quirúrgicos en la rodilla.
- ☒ Investigación de dolor o trauma después de la cirugía de rodilla.

Se realiza recostando al paciente en una mesa que se desliza dentro de un escáner tubular con un poderoso campo magnético. Los protones en los tejidos se alinean con este campo y luego se emiten pulsos de ondas de radio para crear señales que se utilizan para producir imágenes. La intensidad de la señal varía según el tipo de tejido. La RMN puede utilizar diferentes ajustes para resaltar diferentes tejidos. A veces, se inyecta un medio de contraste para obtener imágenes más nítidas. Antes del examen, se deben quitar objetos de metal y la persona debe permanecer quieta durante la prueba, que puede durar de 20 a 60 minutos.

La resonancia magnética es un procedimiento generalmente seguro, pero es importante tener en cuenta ciertas consideraciones y posibles riesgos:

- ☒ Interferencia con dispositivos médicos: El potente campo magnético de la resonancia magnética puede afectar dispositivos como marcapasos, prótesis ortopédicas y otros dispositivos médicos que contienen hierro. También puede detener relojes y atraer objetos metálicos sueltos.
- ☒ Riesgo para los ojos: Partículas metálicas en los ojos pueden dañar la retina, por lo que se realiza una radiografía de los ojos antes de la resonancia magnética si existe la posibilidad de tener fragmentos de metal en el ojo.
- ☒ Pigmentos de hierro en tatuajes: Los pigmentos de hierro en los tatuajes o delineados de ojos tatuados pueden causar irritación en la piel o los ojos.
- ☒ Quemaduras con parches medicinales: Algunos parches medicinales pueden

causar quemaduras durante la resonancia magnética, por lo que se debe informar al profesional si se lleva puesto un parche.

☒ Material de contraste y reacciones alérgicas: Existe un riesgo leve de reacciones alérgicas al usar material de contraste durante la resonancia magnética. Sin embargo, la mayoría de las reacciones son leves y tratables con medicamentos. También hay un pequeño riesgo de infección en el sitio de la IV si se utiliza contraste.

☒ Uso de gadolinio en la prueba: En algunos casos, se utiliza un tinte que contiene gadolinio en la resonancia magnética. Debe informar a su médico si está embarazada, tiene problemas renales o ha tenido múltiples pruebas con gadolinio. Aunque hay advertencias de seguridad, para la mayoría de las personas, los beneficios superan los riesgos.

☒ Lactancia materna y tinte de contraste: Si está amamantando y está preocupada por el tinte de contraste, hable con su médico. Se cree que la cantidad de tinte que pasa a la leche materna es pequeña, pero puede optar por almacenar leche antes de la prueba si lo prefiere.

En resumen, la resonancia magnética es una herramienta valiosa para el diagnóstico médico, pero es importante estar al tanto de los posibles riesgos y seguir las indicaciones del personal médico para minimizar cualquier problema potencial.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética de rodilla es una técnica muy extendida, ya que proporciona mucha información sobre la rodilla y todos los elementos que la componen, información muy útil para los profesionales sanitarios a la hora de establecer el mejor diagnóstico y tratamiento posibles, además al ser una técnica no invasiva apenas necesita preparación. Por otro lado, los equipos necesarios para llevarla a cabo tienen un coste y mantenimiento elevados, y necesitan ser instalados en un emplazamiento con unas características y un espacio adecuados. En cuanto a los profesionales encargados de realizar el estudio, deben tener en cuenta los riesgos asociados al estudio, principalmente si se utilizan medios de contraste, con las posibles reacciones alérgicas y contraindicaciones médicas, así como poner especial atención en los elementos metálicos que el paciente pueda portar de algún modo.

6 Bibliografía

1. Resonancia magnética de la rodilla: MedlinePlus.
2. Resonancia magnética de la rodilla: Kenhub.com.

3. Patología de la rodilla: Pediatriaintegral.es. N°4 2019.
4. RMN de la rodilla: RadiologyInfo.com

Capítulo 327

CÁNCER DE HUESOS ESTUDIADO POR RADIODIAGNÓSTICO

LAURA PIÑERA SAN JUAN

1 Introducción

El cáncer de huesos es una enfermedad producida por la infección de células cancerosas. Las células malignas infectadas comienzan a crecer sin ningún tipo de control y se expande a lo largo de uno o varios huesos, pudiendo así expandirse a otros órganos o huesos del cuerpo.

Para detectarlo podemos utilizar varios tipos de pruebas como pueden ser las pruebas por imágenes, analíticas de sangre o biopsias que determinarán si una muestra está infectada o no con seguridad.

El cáncer puede desarrollarse a cualquier edad, ya que se trata de mutaciones debidas tanto a sustancias químicas que lo desencadenan como a la sobreexposición a una radiación. Por lo general, estas mutaciones se presentan sin motivos.

Existen varios tipos de cáncer de huesos, el osteosarcoma, el condrosarcoma y el sarcoma de Edwin; este último bastante conocido en España ya que varios creadores de contenido le dan visibilidad en sus redes sociales.

El cáncer no tiene una edad para su detección y cuenta con unos síntomas que no siempre se cumplen pero que en la mayoría de los casos estudiados suelen aparecer y ayudan a su identificación alertando a pacientes y médicos de la presencia de algún tipo de infección o enfermedad fuera de lo común.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer el desarrollo del cáncer de huesos, causas, síntomas y diagnóstico.

Objetivos secundarios:

Dar recomendaciones sobre el cáncer de huesos.

Exponer factores que influyen al desarrollo del cáncer de huesos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo he realizado una búsqueda en distintas páginas web con artículos específicos sobre el cáncer de huesos, su diagnóstico, síntomas y factores comunes a tener en cuenta para su detección temprana; siempre cuidando la selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y certificadas.

4 Resultados

El cáncer de huesos es una enfermedad producida por mutaciones en las células cancerígenas, lo más común en este tipo de cáncer es que se produzca en cualquier órgano y se propague a los huesos u otros órganos.

Los tipos de cáncer de huesos que existen son tres:

- Osteosarcoma: se desarrolla, por lo general entre los 10 y los 19 años y lo más común es que se desarrolle principalmente en las rodillas.
- Condrosarcoma: se desarrolla, por lo general a partir de los 50 años y suele comenzar en el cartílago.
- Sarcoma de Edwin: se desarrolla en varones menores de 19 años.

A pesar de seguir siempre el patrón de la edad, el cáncer podrá desarrollarse a cualquier edad, tanto en niños como en adultos.

Los síntomas más comunes son: dolor, hinchazón e inflamación en las zonas afectadas, fracturas, cansancio extremo y pérdida de peso sin razón aparente; dependiendo de si el cáncer se expande o no, pueden aparecer otros síntomas asociados a los órganos a los que se propague.

Para detectar el cáncer de huesos, podremos llevar a cabo las siguientes pruebas:

- Radiografía(Rx): nos ayudarán a saber el tamaño, la forma y donde se encuentra el tumor. Tras realizar esto y encontrar áreas cancerosas, pasaremos a realizar más pruebas por imagen para confirmar o descartar este diagnóstico de forma segura. Las siguientes pruebas que complementan los Rx serán:

- Gammagrafía ósea, se inyecta en vena un radiactivo que viaja a través de la sangre y al acumularse en los huesos facilita la detección por escáneres.
- Tomografía computarizada(TC o TAC): se produce una ráfaga de imágenes del cuerpo por dentro. Se toman desde varios ángulos.
- Resonancia magnética(RM): se lleva a cabo con un imán muy potente que va conectado a un ordenador que permite crear imágenes sin recurrir a los Rx.
- Tomografía por emisión de positrones(PET): se inyecta azúcar (radiactivo) y se crean imágenes computarizadas. Las células cancerosas poseen más azúcar que las sanas por lo que las hace destacar.
- Angiograma: RX de vasos sanguíneos.
- Biopsia: se extrae una muestra de tejido óseo para analizarla y confirmar o descartar la presencia de cáncer.
- Análisis de sangre.

5 Discusión-Conclusión

Se puede tratar el cáncer de distintas maneras, las más comunes son: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia.

Otras no tan comunes pueden ser la criocirugía y la terapia dirigida.

En cuanto a los efectos secundarios de estos tratamientos nos encontraremos las cardiopatías, problemas pulmonares o incluso de fertilidad.

Los factores de riesgo a tener en cuenta en el cáncer de huesos son:

- Trastornos genéticos, pueden ser hereditarios, no hay patrones a seguir para descifrar a qué se deben. Hay varios tipos:
 - Condrosarcomas.
 - Cordomas.
- Enfermedad de Paget: enfermedad precancerosa que puede afectar a un solo hueso o a varios. Frecuentemente es detectada en pacientes mayores de años ya que con los años los huesos van volviéndose más vulnerables.
- Radiación: una sobreexposición a la radiación podría ser un desencadenante del cáncer de huesos.
- Trasplante de médula. Se ha detectado algún caso en el que el paciente se ha sometido a un trasplante de médula y ha acabado desarrollando un osteosarcoma. Según varios estudios las zonas más propensas a desarrollar un cáncer son la costa cantábrica y Valladolid, en estas zonas es donde se concentra un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es el cáncer de hueso? [Internet]. www.cancer.org. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-hueso/acerca/que-es-cancer-de-hueso.html#:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20hueso%20es>
2. ¿Qué causa el cáncer de hueso? [Internet]. www.cancer.org. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-hueso/causas-riesgos-prevencion/que-lo-cause.html#:text=Son%20el%20resultado%20de%20mutaciones>
3. Cáncer de huesos - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bone-cancer/symptoms-causes/syc-20350217>
4. Signos y síntomas del cáncer de hueso [Internet]. www.cancer.org. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-hueso/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
5. Cáncer primario de hueso - NCI [Internet]. www.cancer.gov. 2019 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/hueso/hoja-informativa-hueso#:text=Estos%20ex%C3%A1menes%20pueden%20ser%20los>

Capítulo 328

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y PLAQUETOPENIA: CAUSAS Y EFECTOS

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ISABEL DELGADO GONZALEZ

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

La plaquetopenia, o trombocitopenia, es una enfermedad caracterizada por un número anormalmente bajo de plaquetas en la sangre. Estas son células sanguíneas que son esenciales para el proceso de coagulación. Las plaquetas, también llamadas trombocitos, desempeñan un papel importante en la prevención y el control del sangrado al unirse a los vasos sanguíneos dañados y formar coágulos de sangre que detienen el sangrado. Cuando el recuento de plaquetas cae por debajo de lo normal, el riesgo de sangrado excesivo aumenta significativamente, lo que puede tener un impacto grave en la salud del paciente.

La trombocitopenia puede ser causada por una variedad de factores, que incluyen afecciones médicas, efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades autoinmunes y factores genéticos. El diagnóstico y el tratamiento adecuados son

esenciales para evitar complicaciones potencialmente mortales y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Aquí es donde el técnico de laboratorio juega un papel importante.

Los técnicos de laboratorio son profesionales médicos que realizan tareas importantes en la detección y evaluación de la trombocitopenia. Este especialista desempeña un papel clave en la recolección de muestras de sangre, la realización de pruebas de laboratorio especializadas y la comunicación eficaz de los resultados al equipo médico.

Nuestro objetivo es investigar en detalle las causas de la trombocitopenia y analizar el impacto de esta condición en la salud del paciente. Identificamos y resaltamos la importancia de la comunicación efectiva entre los técnicos de laboratorio y el equipo médico en el tratamiento de pacientes con trombocitopenia.

Este estudio destaca la importancia del conocimiento y la experiencia del técnico de laboratorio para proporcionar información precisa y oportuna que permita a los médicos tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la atención de pacientes con trombocitopenia.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Examinar las causas subyacentes de la plaquetopenia.
- Analizar los efectos de la plaquetopenia en la salud del paciente.
- Destacar la importancia de la detección temprana de la plaquetopenia.
- Explorar las herramientas y métodos utilizados en el diagnóstico de la plaquetopenia.
- Resaltar la relevancia de la educación y la concienciación sobre la plaquetopenia.

3 Metodología

La información contenida en este trabajo se ha recopilado a través de una búsqueda minuciosa de la literatura científica relacionada con la plaquetopenia y sus causas y efectos. Esto incluye la consulta de artículos científicos, libros de hematología y recursos médicos confiables. Se ha seleccionado el contenido más relevante y significativo relacionado con la plaquetopenia y sus aspectos clave. La información recopilada se ha sintetizado y organizado de manera lógica para

presentarla de manera efectiva en este trabajo. Se han destacado los puntos clave y la relación entre las causas y los efectos de la plaquetopenia.

4 Resultados

-Investigar las causas subyacentes de la trombocitopenia:

En este ámbito se incluyen las enfermedades médicas, los efectos secundarios de los medicamentos y la predisposición genética. La trombocitopenia puede tener múltiples causas y comprenderlas es esencial para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Condiciones médicas como la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), la leucemia y las enfermedades autoinmunes pueden provocar recuentos bajos de plaquetas. Además, ciertos medicamentos, como la quimioterapia, pueden provocar efectos secundarios trombocitopénicos. Algunas personas tienen una predisposición genética a la trombocitopenia y tienden a tener un recuento bajo de plaquetas.

-Analizar el impacto de la trombocitopenia en la salud del paciente:

Nos centramos en el riesgo de sangrado excesivo y otros resultados clínicos. La trombocitopenia puede tener un impacto grave en la salud del paciente. Un recuento reducido de plaquetas aumenta el riesgo de hemorragia espontánea. Esto puede manifestarse como sangrado de encías, hematomas frecuentes, hemorragias nasales recurrentes o, en casos graves, hemorragia interna. Comprender estos efectos es fundamental para evaluar la gravedad de la enfermedad y proporcionar el tratamiento adecuado.

-Resaltar la importancia de la detección temprana de la trombocitopenia en el diagnóstico médico y la toma de decisiones clínicas:

La detección temprana de la trombocitopenia es esencial para el tratamiento adecuado y la prevención de complicaciones graves. Si se detecta trombocitopenia en sus primeras etapas, los médicos pueden tomar medidas para abordar la causa subyacente y evitar que el paciente corra un riesgo significativo de hemorragia. Este objetivo enfatiza la importancia de la detección temprana.

-Explorar las herramientas y métodos utilizados en el diagnóstico de la plaquetopenia:

Incluimos las pruebas de laboratorio y evaluación clínica. El diagnóstico de la plaquetopenia implica una serie de pruebas y evaluaciones clínicas. Esto puede incluir un recuento de plaquetas en un hemograma completo, pruebas de coagulación, estudios de médula ósea y pruebas específicas para identificar las causas

subyacentes.

- Resaltar la relevancia de la educación y la concienciación sobre la plaquetopenia
- La educación y la concientización son importantes para garantizar un mejor tratamiento de la trombocitopenia. Los profesionales de la salud deben estar al tanto de las últimas investigaciones y pautas clínicas para brindar la mejor atención posible a los pacientes con esta afección. Además, es importante que el público en general conozca los síntomas y riesgos de la trombocitopenia para que pueda consultar a un médico cuando sea necesario y comprender la importancia de la atención de seguimiento médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el impacto de la trombocitopenia en la salud del paciente, puede tener consecuencias clínicas graves. Los pacientes con trombocitopenia tienen un mayor riesgo de sufrir sangrado espontáneo, que puede manifestarse como sangrado de encías, hematomas frecuentes e incluso, en casos graves, hemorragia interna. La gravedad de los efectos depende en gran medida del grado y la causa subyacente de la disminución del recuento de plaquetas.

Es importante enfatizar el importante papel de los profesionales de la salud, incluidos los técnicos de laboratorio, en el reconocimiento y diagnóstico de la trombocitopenia. Los técnicos de laboratorio desempeñan un papel fundamental en la recolección de muestras de sangre. Su experiencia y conocimiento son esenciales para brindar información precisa y oportuna que permita a los médicos tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la atención de los pacientes con esta enfermedad.

En resumen, la trombocitopenia es una afección médica que requiere atención cuidadosa y detección temprana. El diagnóstico y tratamiento adecuados son muy importantes para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones graves. La educación y concienciación sobre la trombocitopenia es muy importante tanto para los profesionales sanitarios como para el público en general. Porque comprender la trombocitopenia es fundamental para un tratamiento eficaz y un mejor pronóstico para los afectados.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/thrombocytopenia/symptoms-causes/syc-20378293>
- 2.<https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/hematologicas/plaquetas-bajas-causas-sintomas-y-motivos/>
- 3.<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/trombocitopenia>
- 4.<https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2007/myl079-10b.pdf>

Capítulo 329

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LÍQUIDO PLEURAL. DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS Y CONTAJE CELULAR

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ISABEL DELGADO GONZALEZ

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

El líquido pleural es una sustancia esencial presente en la cavidad torácica que rodea los pulmones y es un componente importante del sistema respiratorio humano. Este líquido actúa como lubricante, facilita el movimiento pulmonar durante la respiración y además juega un papel fundamental en la protección y mantenimiento de la función pulmonar. El análisis del líquido pleural, incluidas las mediciones bioquímicas y el recuento de células, se ha convertido en una herramienta de diagnóstico muy importante en la práctica médica.

El propósito de este estudio es proporcionar una comprensión profunda de la relevancia clínica de derrames pleurales y su análisis. A través de una revisión

integral, examinamos importantes mediciones bioquímicas realizadas en derrames pleurales, que incluyen concentración de proteínas, lactato deshidrogenasa (LDH), glucosa y pH. También estamos analizando el número de células del derrame pleural, centrándonos en la diferenciación de tipos celulares y su importancia en el diagnóstico de diversas enfermedades.

El análisis del líquido pleural es una herramienta invaluable en la evaluación de enfermedades respiratorias y pleurales, permitiendo la detección temprana, el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado de diversas enfermedades pulmonares. En este contexto, revisamos los procedimientos de recolección de muestras de líquido pleural, centrándonos en la técnica de toracocentesis y su relevancia clínica para la toma de decisiones médicas.

2 Objetivos

Objetivos:

- Comprender la importancia del análisis del líquido pleural en el diagnóstico y la evaluación de enfermedades respiratorias y pleurales.
- Describir las determinaciones bioquímicas que se realizan en el líquido pleural.
- Examinar el procedimiento de obtención de muestras de líquido pleural.
- Analizar el conteo celular en el líquido pleural.

3 Metodología

La información para este trabajo se obtendrá a través de una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica relacionada con el análisis del líquido pleural. Se utilizarán fuentes confiables como libros de medicina, artículos científicos, pautas clínicas y documentos de referencia de instituciones médicas reconocidas. La búsqueda de información se llevará a cabo en bases de datos médicas, así como en recursos académicos y médicos en línea.

Se recopilará y organizará la información relevante en cada una de las secciones del trabajo, asegurando que se presente de manera coherente y comprensible. Se destacarán los hallazgos más recientes y las recomendaciones actuales en el análisis del líquido pleural.

4 Resultados

- Medidas bioquímicas en líquido pleural:

1. Concentración de proteínas: El análisis de la concentración de proteínas en el líquido pleural evalúa la presencia de exudado o trasudado. Los exudados suelen tener una mayor concentración de proteínas (más de 3 g/dL) en comparación con los trasudados, que tienen niveles más bajos. Esto puede ser indicativo de procesos inflamatorios o malignos.

2. Lactato deshidrogenasa (LDH): La LDH es una enzima que se encuentra en muchas células del cuerpo y se libera en el líquido pleural cuando las células están dañadas. Un aumento significativo de los niveles de LDH en el líquido pleural puede indicar pleuresía, neoplasia o infección.

3. Glucosa: La concentración de glucosa en el líquido pleural generalmente refleja la glucosa en la sangre. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, como infecciones bacterianas, el nivel de glucosa en el líquido pleural puede ser significativamente más bajo que el azúcar en sangre, una condición llamada "glucosa baja en el líquido pleural". Esto puede ayudar a diagnosticar una infección pleural.

4. pH: El pH del derrame pleural ayuda a distinguir entre derrames pleurales parapneumónicos complejos (pH bajo) y no complejos (pH normal). Un pH bajo indica acumulación de ácido láctico debido a inflamación o infección.

-Recuento de células de derrame pleural: El recuento de células de derrame pleural es importante para identificar la causa subyacente del derrame pleural. Los resultados son los siguientes:

1. Diferenciación celular: Se realiza un recuento celular diferencial para identificar los principales tipos de células en el líquido pleural. Los linfocitos suelen estar presentes en los derrames pleurales causados por tuberculosis o una enfermedad maligna, y los neutrófilos suelen estar presentes en las infecciones bacterianas.

2. Relación linfocitos/neutrófilos (L/N): La relación L/N puede ser un indicador importante para diferenciar los derrames pleurales exudativos. Una relación L/N alta sugiere tuberculosis o una causa maligna, y una relación baja sugiere una infección bacteriana.

3. Células eosinófilas: La presencia de eosinófilos en el líquido pleural puede indicar enfermedades como derrames pleurales eosinófilos asociados con alergias y enfermedades parasitarias.

-Importancia clínica:

Los resultados bioquímicos y celulares de un derrame pleural son importantes para identificar la causa subyacente del derrame pleural.

Los derrames ricos en proteínas y LDH pueden indicar una enfermedad inflamatoria o maligna, y los derrames pueden estar asociados con insuficiencia cardíaca o cirrosis.

El recuento de células y la relación L/N ayudan a distinguir entre causas infecciosas, tuberculosas o malignas de derrame pleural.

La identificación temprana de la causa de un derrame pleural permite una atención médica específica y un tratamiento adecuado de la enfermedad subyacente.

En resumen, el análisis del líquido pleural mediante mediciones bioquímicas y recuentos celulares proporciona información valiosa para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades pulmonares y pleurales. La interpretación cuidadosa de estos resultados es esencial para brindar atención médica adecuada a los pacientes y mejorar su salud.

5 Discusión-Conclusión

El análisis del líquido pleural, incluidas las mediciones bioquímicas y el recuento celular, es una herramienta de diagnóstico fundamental en el campo de la medicina respiratoria y pleural. En esta revisión integral, hemos discutido en detalle las implicaciones clínicas de estos ensayos y su importancia en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades pleurales y pulmonares.

Los resultados obtenidos de análisis bioquímicos como la concentración de proteínas, LDH, glucosa y pH proporcionan una visión profunda de la composición del líquido pleural. Estos parámetros indican la presencia de derrame o derrame, lo que sugiere diversas causas de derrame pleural. Los niveles elevados de proteína y LDH pueden indicar inflamación o procesos malignos, y los niveles reducidos de glucosa pueden ser un indicador de infección bacteriana. El valor del pH también permite diferenciar entre derrames pleurales parapulmonares complejos y simples.

Para el recuento celular, el fraccionamiento celular es esencial para identificar los principales tipos de células en el líquido pleural. Los linfocitos, neutrófilos y eosinófilos son componentes importantes de esta evaluación. La relación linfocitos-neutrófilos (L/N) puede ser importante para diferenciar entre causas

tuberculosas, malignas o infecciosas de derrame pleural. Por otro lado, la presencia de eosinófilos puede ser un signo de derrame pleural eosinofílico asociado a alergias o enfermedades parasitarias.

Las implicaciones clínicas de estos análisis son importantes. Estos permiten a los profesionales médicos realizar diagnósticos más precisos y específicos, lo que resulta en un tratamiento más eficaz y un manejo adecuado de las enfermedades pulmonares y pleurales. La identificación temprana de la causa subyacente del derrame pleural es fundamental para mejorar el pronóstico del paciente y brindar la atención médica adecuada.

En resumen, el análisis del líquido pleural es una herramienta invaluable en la práctica clínica. La combinación de mediciones bioquímicas y recuentos de células proporciona una descripción completa de la salud pleuropulmonar del paciente. Esta información contribuye a la toma de decisiones médicas informadas y mejora la calidad de la atención de los pacientes con derrame pleural y enfermedades relacionadas.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.labtestsonline.es/tests/analisis-del-liquido-pleural>
- 2.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200006
- 3.https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8053908/derrame_pleural.pdf

Capítulo 330

TIPOS DE CORTE HISTOLÓGICO REALIZADOS POR EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

1 Introducción

Un corte histológico es una sección de un tejido muy fino, incluido en un medio de homogeneización o en congelación, que se obtiene mediante el uso de un micrótopo o un criostato, respectivamente, y se adhiere sobre un portaobjetos, para posteriormente teñirlo con alguna tinción específica, según la procedencia de la muestra y el tipo de estudio que se quiera realizar, para conseguir distinguir estructuras con claridad en su estudio al microscopio.

Este tipo de técnicas se realizan en el laboratorio de anatomía patológica por el técnico, que es el encargado de todo el procesamiento y preparación de la muestra hasta que se hace la entrega del portaobjetos al patólogo para que lo estudie al microscopio. El técnico se hace cargo del procesamiento de la muestra tanto de tejidos de biopsias intraoperatorias, realizando los cortes en tejido congelado,

como de estudios diferidos, sustituyendo el agua de los tejidos por otro material y haciendo un bloque, generalmente en parafina, aunque también existen otras opciones.

Los micrótomos son los instrumentos de corte utilizados para obtener dichas secciones de tejido que deben ser lo suficientemente finas para que la luz atraviese las estructuras y puedan visualizarse lo mejor posible al microscopio. La calidad de los resultados depende del tipo de micrótomos, del material en el que se encuentre el tejido, del tipo de cuchillas, el grosor de corte y la tinción.

2 Objetivos

- Describir los tipos de micrótomos que existen y su utilización.
- Explicar los distintos tipos de corte histológico que puede realizar el técnico de anatomía patológica según el tipo de micrótomos y medio utilizado.

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

Existen varios tipos de micrótomos de uso en rutina en el laboratorio de anatomía patológica:

- Micrótomos de rotación

Es el que más se utiliza en el laboratorio en la actualidad; su cuchilla es fija y está colocada en posición vertical, y el portabloques se desliza hacia arriba y hacia abajo con el movimiento del brazo, además, puede modificarse la orientación del bloque. Cada vez que el bloque sube, se acerca más a la cuchilla, según la medida seleccionada de corte en el micrótomos. Con este tipo de micrótomos se pueden conseguir cortes muy precisos y seriados. Dentro de este tipo de micrótomos existen los manuales y los automáticos.

- Micrótomos de deslizamiento.

Actualmente, cada vez se utilizan en menos laboratorios; su cuchilla está en posición horizontal y el movimiento es de ida y vuelta, y en cada vuelta del bloque, este se acerca a la cuchilla según la medida seleccionada del corte. Con este tipo de micrótomos se pueden cortar bloques de gran tamaño.

- Micrótomos de congelación, criostato o criotomo.

Es una variante de los micrótomos de rotación, en el que el mecanismo de corte se encuentra dentro de una cámara refrigerada a una temperatura entre -20°C y -30°C y se realizan los cortes de tejido congelado (en vez de bloques de parafina) en el interior de dicha cámara, donde se recogen pegándolos en un portaobjetos. En el caso de los bloques de parafina, una vez se obtienen los cortes, se depositan en baños de agua con regulación de la temperatura, a unos 45°C - 50°C para que se estire el tejido (pero no lo suficientemente caliente como para que se funda) y se recogen con un portaobjetos. Luego se dejan en una estufa a unos 40°C para que se fijen al portaobjetos y posteriormente se puedan teñir. En el caso de cortes congelados en el criostato, se depositan directamente en un portaobjetos, sin pasarlos por agua, y se tiñen.

Además de los micrótomos anteriores, en algunos centros de investigación y universidades pueden encontrarse otros tipos de micrótomos:

- Ultramicrotomos

Se utilizan para estudios de microscopía electrónica, realizando cortes desde pocos nanómetros de grosor hasta una micra. Para este tipo de micrótomos, las muestras deben ser incluidas en bloques de resina de gran dureza y las cuchillas serán de vidrio o de diamante.

5 Discusión-Conclusión

La correcta realización de cortes histológicos es una parte muy importante del proceso que conlleva una gran responsabilidad al técnico de anatomía patológica, además de un gran riesgo de corte, ya que se utilizan cuchillas extremadamente afiladas para poder realizar dichos cortes, por lo que hay que extremar precauciones, estar centrado en ese momento en la realización de la técnica, y mantener una buena postura.

Según el centro y el tipo de estudio que se quiera realizar, se utilizarán distintos tipos de micrótomos, y el técnico debe estar debidamente formado y capacitado para la realización de dicha tarea, especialmente porque en algunos casos se trabaja con muestras muy pequeñas y un error puede llevar a la pérdida del material. Por todo ello, cabe destacar la importancia de las funciones y responsabilidades del técnico de anatomía patológica en todo el procesado de la muestra, pero en

especial en la parte de cortes histológicos.

6 Bibliografía

1. <https://www.equiposylaboratorio.com/portal/articulo-ampliado/que-esuncorte-histologico>
2. <https://www.pce-iberica.es/instrumentos-de-medida/instrumentoslaboratorios/equipos-laboratorios/microtomos.htm>
3. <https://mmegias.webs.uvigo.es/6-tecnicas/4-mparafina.php>
4. <https://kalstein.com.mx/que-es-un-criostato/>
5. <http://itrans.cucei.udg.mx/catalogo-de-equipos/ultramicrotomo-leica#:text=El%20ultramicrotomo%20facilita%20la%20preparaci%C3%B3n,utiliza%20la%20cuchilla%20de%20diamante.>
6. <https://www.pardell.es/microtomo.html>

Capítulo 331

AMPLIFICACIÓN DE ÁCIDO NUCLEICO EN ANATOMIA PATOLÓGICA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

1 Introducción

OSNA (amplificación de ácido nucleico en un solo paso) es una técnica utilizada para detectar células tumorales en el ganglio focal en pacientes con cáncer de mama. Este método mide el ARN mensajero CK19, que se expresa mucho en las células cancerosas y se expresa poco en las células normales. Los ganglios linfáticos son órganos del sistema linfático ubicados en el cuello, tórax, abdomen, axilas e ingles y son los encargados de iniciar una respuesta inmunológica cuando se detectan sustancias nocivas en la linfa. El ganglio focal es el ganglio linfático que primero recibe el drenaje linfático del tumor y, por lo tanto, es donde es más probable que se encuentren células cancerosas. Antes del descubrimiento de esta técnica, se realizaba una linfadenectomía axilar, es decir, se extirpaban todos los ganglios axilares (independientemente de si estaban afectados), para

su posterior estudio en el Laboratorio de Anatomía Patológica. El método OSNA permite analizar todos los ganglios linfáticos en el mismo procedimiento y evita la necesidad de repetir la operación en caso de que se requiera una escisión axilar. Además, se cree que el ganglio focal es suficiente para evaluar la gravedad de la etapa axilar y evitar los problemas causados por la linfadenectomía. Los servicios de patología son necesarios para OSNA tanto a nivel de diagnóstico como en cuanto a predicción de respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

Conocer la metodología OSNA para el ganglio centinela y el papel del Servicio de Anatomía Patológica para poder llevarla a cabo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar esta técnica es importante evitar cualquier tipo de contaminación que pueda dar lugar a falsos positivos. Se requieren guantes estériles sin polvo y deben cambiarse cuando se trabaja con reactivos y muestras entre el área de procesamiento y el equipo. La máscara también se utilizará durante la calibración y la manipulación de muestras. Primero, el patólogo (TEAP) calibra el dispositivo. Utilizado por Lynoamp, un conjunto de 3 gradillas de reactivos, cada una de las cuales contiene un vial de cada calibrador (C1, C2, C3).

PC (control positivo) y NC (control negativo). Tenemos una enzima por juego, tienen un código QR para controlarlos. Se almacenaron a -20 °C y se dejaron descongelar 5 veces, a excepción de la enzima que sería contada por el equipo. Su trazabilidad se refleja en el equipo de OSNA. El soporte de metal es para los reactivos y el otro soporte es para las muestras. Es muy importante limpiar los racks y el área de trabajo con etanol al 70% durante todo el proceso. Una vez calibrado el dispositivo, se reemplazarán los ganglios linfáticos centinela. Se utilizó un bisturí

y unas pinzas estériles diferentes para cada nódulo obtenido. El patólogo extrae grasa del ganglio. El peso del ganglio linfático debe estar entre 0,04 y Si supera los 0,6 gramos, divídalo en dos o más porciones. Imprimir y teñir con hematoxilina-eosina. A continuación, los ganglios linfáticos se homogeneizaron en un tubo de 4 ml.

Linorhag aplastará el ganglio con cuchillas (pueden ser de metal o plástico) y el material resultante se dividirá en dos eppendorfs. A continuación, la muestra se centrifugó para obtener el sobrenadante y, después de agitarla, se transfirió al vial final que contenía Lynorhag, y finalmente se inyectó el mismo vial en el aparato.

Todo este proceso se realiza en un plato de cinta para mantener la calidad del ARN mensajero. Las muestras y los reactivos se centrifugan por separado y se inyectan en equipos OSNA. Amplificación de ácido nucleico en un paso lograr; OSNA es un método de análisis de nodo de señalización unificado (SN). Se han realizado varios estudios de validación de este método, lo que garantiza la fiabilidad y la seguridad en el diagnóstico de ganglios linfáticos focales. Los resultados de OSNA brindan a los médicos la confianza que necesitan para crear opciones de tratamiento que permitan intervenciones menos invasivas y tratamientos más personalizados. Esto permite predecir el estado de los ganglios axilares gracias al desarrollo de una nueva herramienta: la carga tumoral total (TTC). CTT es el total de transcritos de ARNm de CK19 de todos los nodos focales positivos en el estudio OSNA. En el diagnóstico de cáncer de mama, esta herramienta puede predecir con mayor precisión la afectación axilar a partir del número de copias del

ARNm de CK19 en los ganglios linfáticos axilares, y es completamente independiente del número de ganglios afectados y del tipo de cirugía. Esto lo convierte en una herramienta valiosa para que los médicos personalicen el tratamiento quirúrgico. Las pautas de práctica clínica para referencia para recolectar diferentes cargas tumorales, como predecir la linfadenopatía de la copia CK19 para llevar a cabo una decisión quirúrgica a pesar de que se realiza la linfadenopatía axilar. Esta variable en la tabla nueva, precisa y discriminante puede ayudar a los médicos a tomar decisiones relacionadas con las axilas linfáticas. La carga tumoral total predice cuantitativamente el estado de la axila independientemente del número de ganglios afectados y se considera un factor pronóstico valioso para diferenciar entre alto y bajo riesgo de recurrencia. Además, los resultados moleculares del nódulo focal aportan información útil a la hora de tomar decisiones de tratamiento radioterápico y evitar la reintervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

El método OSNA es una técnica con una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica, de poco tiempo de duración y que permite un análisis cuantitativo dependiente de las metástasis ganglionares.

Actualmente, el estudio intraoperatorio del ganglio centinela se realiza solo en casos de carcinoma de mama, en los que ni en la exploración clínica, ni en las pruebas radiológicas, parece que los ganglios están afectados. Esta técnica permite realizar análisis más precisos y rápidos que el método tradicional de congelación y corte, proporcionando una aproximación más exacta de la replicación de células tumorales en los ganglios linfáticos. También repercute directamente en la paciente, evitando ser sometidas a nuevas cirugías tras un diagnóstico postoperatorio. Por ello, se trata de un gran avance diagnóstico.

6 Bibliografía

1. <https://revistalvr.es/tecnica-osna-ganglio-centinela/>
2. V. Peg, I. Rubio et al.; SOLO1113: Intraoperative molecular analysis of total tumor load in sentinel lymph node: a new predictor of axillary status in early breast cancer patients Breast Cancer Research Treatment, 2013.
3. L.Bernet, A. Piñero, et al. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 2013.
4. Espinosa-Bravo M, Navarro-Cecilia J, Ramos Boyero M, Diaz-Botero S, Dueñas Rodríguez B et al. (2017): Intraoperative assessment of sentinel lymph node by one-step nucleic acid amplification in breast cancer patients after neoadjuvant treatment reduces the need for a second surgery for axillary lymph node dissec

Capítulo 332

EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL CONTACTO CON XILOL

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

1 Introducción

El xilol, también conocido como xileno o dimetilbenceno, es un derivado dimetilado del benceno que se usa habitualmente en diferentes procesos en el laboratorio de anatomía patológica y que se consideraría nocivo para la salud. El xileno es principalmente un material sintético y se obtiene a través de industrias químicas que lo producen a partir del petróleo. Se presenta en el laboratorio de anatomía patológica como un líquido claro con un olor muy característico que recuerda al tolueno y sería el responsable de dar ese olor tan peculiar a todo el laboratorio de anatomía que en un principio nos recuerda a un olor dulce. Se almacena en contenedores cerrados herméticamente y de color oscuro, alejado de fuentes de calor, ya que sería un líquido altamente inflamable.

A día de hoy no se le ha encontrado un sustituto como disolvente que de los mismos resultados, por lo que se han centrado los esfuerzos en poner barreras de contención e intentar tener la mínima exposición posible del técnico de anatomía hacia este producto.

Los efectos sobre la salud de la exposición a cualquier sustancia nociva van a depender de la dosis, la duración y el tipo de exposición, la presencia de otras sustancias químicas, así como de las características y los hábitos que pueda tener la persona concreta.

2 Objetivos

Describir qué contacto se produce entre el técnico de anatomía patológica y el xilol en el laboratorio y cómo le podría afectar este contacto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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.

Criterios de exclusión que se han tenido en cuenta: artículos de idioma distinto al castellano. Palabras clave: xilol, laboratorio, anatomía patológica.

4 Resultados

Por su composición, los xilenos son buenos disolventes y se usan como tal en el laboratorio de anatomía. En técnicas de histología se emplean en los pasos iniciales como solventes de la parafina en los cortes, dentro del procedimiento de desparafinización, en los pasos intermedios de las técnicas como aclarantes, y en los últimos pasos de preparado de muestras dentro del procedimiento de tinción y montaje.

Hay estudios vigentes que demuestran que el xilol es nocivo para la salud de las personas y para el medioambiente. Los vapores del xilol pueden provocar al técnico de anatomía dolor de cabeza, náuseas, somnolencia, irritación de los ojos y las vías respiratorias, el contacto repetido o prolongado con la piel puede

causar resequedad, agrietamiento e irritación. Si se produjesen vertidos no controlados de xilol al medio ambiente, se contaminarían los acuíferos debido a la gran demanda de oxígeno que requiere, pudiendo llegar a agotarlo en el medio y perjudicando así a los organismos que viven en el medio acuático. Por todo ello, y para evitar el malestar general, si se está expuesto al xilol, se deben tomar precauciones y medidas de contención, así como tratar los desechos de este líquido siguiendo rigurosos protocolos de desecho de sustancias nocivas para el medio ambiente, utilizando garrafas especiales y procediendo a su recogida una empresa especializada y autorizada para tal fin. Las exposiciones prolongadas en el tiempo al xilol, como puede darse durante años en el transcurso de la trayectoria profesional de un técnico de anatomía, ya que este pasa toda su jornada laboral expuesta a este componente, puede ocasionar alteraciones en el sistema nervioso central y en los órganos hematopoyéticos, asegurando incluso algunos estudios que pueden llegar a provocar alteraciones tumorales.

5 Discusión-Conclusión

El xilol es perjudicial para la salud del técnico, pero también es imprescindible su uso para poder realizar las distintas técnicas rutinarias que se llevan a cabo en el laboratorio de anatomía para procesar las distintas muestras. Por lo tanto es imprescindible que el técnico de anatomía conozca estos riesgos y sepa poner barreras de contención para ello, así como es imprescindible que el laboratorio cuente con todas las medidas barrera posibles a su alcance, como podrían ser las campanas de extracción. También es interesante mantener los estudios médicos en grupos concretos de técnicos que estarían en contacto rutinario con este componente para poder seguir observando como les afectaría y poder seguir actualizando los protocolos.

6 Bibliografía

1. Xilol [internet] Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Xileno>
2. Ficha técnica Xilol [internet] Disponible en: <http://www.olenti.com/msds/xilol.pdf>
3. Técnicas habituales del laboratorio de anatomía patológica [internet] Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_3/anatomia%20patologica_azaharacabreraortega.pdf
4. Salud pública y xileno [internet] Disponible en: <https://www.atsdr.cdc.gov/es/>

Capítulo 333

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y CATECOLAMINAS: METABOLISMO Y DETERMINACIONES

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ISABEL DELGADO GONZALEZ

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

Las catecolaminas son un grupo de neurotransmisores y hormonas que son esenciales para el sistema nervioso autónomo y desempeñan funciones muy importantes en la respuesta del cuerpo al estrés y la regulación de diversas funciones fisiológicas. En este grupo se incluye epinefrina (adrenalina), norepinefrina (noradrenalina) y dopamina, que son producidas principalmente por las glándulas suprarrenales y las neuronas de los sistemas nerviosos central y periférico.

El metabolismo y la regulación de las catecolaminas es un proceso complejo que involucra múltiples enzimas y sistemas de retroalimentación. Su liberación influye profundamente en la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración, el azúcar en sangre y la movilización de energía, entre otras respuestas fisiológicas.

icas. El análisis de catecolaminas y sus metabolitos en el cuerpo humano proporciona información muy valiosa sobre la salud y sobre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y las glándulas suprarrenales.

Este estudio tiene como objetivo estudiar en detalle el metabolismo de las catecolaminas, sus mediciones bioquímicas y la importancia de las catecolaminas en la práctica médica. A través de una descripción detallada, examinamos los procesos metabólicos involucrados en la síntesis, liberación y degradación de las catecolaminas, así como las técnicas y métodos utilizados para medir catecolaminas en muestras biológicas.

2 Objetivos

Objetivos:

- Comprender el papel de las catecolaminas en el sistema nervioso autónomo y su influencia en diversas funciones fisiológicas.
- Explorar el proceso de síntesis, liberación y degradación de las catecolaminas en el organismo.
- Evaluar la importancia clínica de las determinaciones de catecolaminas en el diagnóstico y seguimiento de trastornos.

3 Metodología

La información para este trabajo se obtendrá mediante una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica relacionada con las catecolaminas y su metabolismo. Se utilizarán fuentes confiables como libros de medicina, artículos científicos, pautas clínicas y documentos de referencia de instituciones médicas reconocidas. La búsqueda de información se llevará a cabo en bases de datos médicas, así como en recursos académicos y médicos en línea.

La información recopilada se organizará de manera sistemática, centrándose en los aspectos clave del metabolismo de las catecolaminas y las técnicas utilizadas en su determinación. Se destacarán los hallazgos más recientes y las recomendaciones actuales en el campo de las catecolaminas y su relevancia clínica.

4 Resultados

Comprender el metabolismo de las catecolaminas y los resultados de las determinaciones de catecolaminas es importante para comprender el papel de las cate-

colaminas en la fisiología y la práctica médica. Aquí presentamos nuestros resultados centrándonos en los efectos metabólicos y la importancia clínica de las catecolaminas.

-Metabolismo de catecolaminas:

1.Síntesis: Las catecolaminas se sintetizan a partir del aminoácido tirosina en un proceso que involucra varios pasos en las glándulas suprarrenales y las neuronas. La tirosina se convierte en dopa, que a su vez se convierte en dopamina. La dopamina se convierte en noradrenalina y finalmente en adrenalina. Estos pasos de conversión están mediados por enzimas como la tirosina hidroxilasa, la dopa descarboxilasa y la feniletanolamina N-metiltransferasa.

2.Almacenamiento y liberación: Después de la síntesis, las catecolaminas se almacenan en vesículas de las terminales nerviosas o células cromafines de la médula suprarrenal. Su liberación se produce en respuesta a estímulos como el estrés o la actividad neuronal. La noradrenalina se libera principalmente de las terminaciones nerviosas adrenérgicas y la epinefrina se libera de la médula suprarrenal.

3.Degradación: Las catecolaminas se degradan principalmente por dos enzimas, la monoaminooxidasa (MAO) y la catecol-O-metiltransferasa (COMT). La MAO degrada la noradrenalina y la epinefrina en sus respectivos metabolitos, mientras que la COMT metila la noradrenalina en metanefrinas. Estos metabolitos se excretan en la orina.

-Determinaciones de catecolaminas y su importancia clínica:

1.Feocromocitoma: El análisis de catecolaminas es esencial en el diagnóstico del feocromocitoma, un tumor de la médula suprarrenal que produce un exceso de catecolaminas. Los niveles elevados de norepinefrina y epinefrina en la orina y el plasma indican esta afección, que puede provocar presión arterial alta y otros síntomas graves.

2.Enfermedad de Parkinson: La enfermedad de Parkinson implica niveles reducidos de dopamina en el cerebro. La medición de dopamina y sus metabolitos puede resultar útil en el diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad neurodegenerativa.

3.Estrés y respuesta al estrés: Las catecolaminas juegan un papel importante en la respuesta al estrés. El aumento de adrenalina y noradrenalina durante el estrés

agudo prepara al cuerpo para “luchar o huir” y aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la movilización de glucosa.

4. Control de la presión arterial: La noradrenalina es un neurotransmisor que actúa sobre el sistema nervioso autónomo simpático para regular la presión arterial. Medir la norepinefrina es útil para evaluar los trastornos de la presión arterial como la hipertensión.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de las catecolaminas, sus procesos metabólicos y sus determinaciones bioquímicas es esencial para comprender la fisiología del sistema nervioso autónomo y su impacto en la práctica médica. A través de esta revisión, hemos explorado en profundidad el metabolismo de las catecolaminas, desde su síntesis hasta su degradación, y hemos analizado la importancia clínica de las determinaciones de catecolaminas en diversas condiciones médicas.

Las catecolaminas, que incluyen la epinefrina, la norepinefrina y la dopamina, son neurotransmisores y hormonas clave que desempeñan un papel fundamental en la respuesta del organismo al estrés y en la regulación de funciones fisiológicas vitales. Su síntesis, almacenamiento, liberación y degradación están finamente regulados por enzimas y sistemas de retroalimentación, lo que garantiza una respuesta precisa a estímulos externos.

La importancia clínica de las determinaciones de catecolaminas es evidente en el diagnóstico y el manejo de diversas afecciones. La detección de niveles anormales de catecolaminas en orina y plasma es crucial en el diagnóstico de feocromocitoma, una enfermedad grave de la médula suprarrenal. Además, estas disposiciones también ayudan en la evaluación y seguimiento de enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson y enfermedades cardiovasculares como la hipertensión.

En términos más generales, las catecolaminas también desempeñan funciones importantes en las respuestas al estrés, la regulación de la presión arterial y la movilización de energía. Su investigación no sólo contribuye a nuestra comprensión de la fisiología humana, sino que también mejora la atención médica al proporcionar herramientas de diagnóstico precisas.

En resumen, las catecolaminas son moléculas bioquímicas esenciales que influyen en la función de casi todos los sistemas del cuerpo humano. Esta inves-

tigación y análisis es esencial para el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de enfermedades médicas y neurológicas, y contribuye en gran medida a mejorar la calidad de la atención médica y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.labtestsonline.es/tests/catecolaminas>
- 2.<https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.020.pdf>
- 3.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-catecolaminas/>
- 4.http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572004000200014

Capítulo 334

¿CÓMO IDENTIFICAR A LOS PACIENTES?

SONIA ANUNCIBAY RODRIGUEZ

1 Introducción

Establecer unas medidas que garanticen la identificación correcta del paciente, así como sus muestras y toda su información evita cometer errores fatales. Estudios citan que aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica son relacionados con una identificación errónea del paciente.

Para asegurarnos una correcta identificación del paciente uno de los métodos más fiables y más utilizados es la utilización de pulseras. Existen distintos tipos de pulseras, con distintos tamaños, pulseras madre-hijo, pulseras con distintivos identificativos de alergias, etc. Sean del tipo que sean todas tienen que tener datos inequívocos como nombre y apellidos, fecha de nacimiento y código de identificación personal (Número de historia).

Ya más centrados en nuestro servicio, como es el radiología el método más utilizado es la verificación verbal. Se entiende como verificación verbal el proceso mediante el cual comprobamos la identidad preguntando directamente a él su nombre, apellidos y fecha de nacimiento siendo el propio paciente quien nos conteste a estos datos si es posible.

Estos datos se cotejarán con los datos que tenemos nosotros del propio paciente. A la hora de realizar las preguntas debemos utilizar preguntas abiertas como por ejemplo ¿Cómo es tu nombre y apellidos? O dígame su fecha de nacimiento y evitando preguntas en las que la respuesta sea sí o no, como ¿Se llama Miguel Martínez? Ya que los nervios o la falta de entendimiento pueden llevarnos a error.

2 Objetivos

El objetivo es identificar de forma inequívoca a cada uno de los pacientes que pasan “por nuestras manos”.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, he realizado una revisión y estrategia de búsqueda bibliográfica en fuentes de información como libros clínicos, protocolos de actuación en distintas áreas sanitarias, diversos artículos médicos, bases de datos especializadas y de datos generales como por ejemplo Scielo, SERAM, Ministerios de Sanidad, etc.

4 Resultados

La verificación de la identidad del paciente se deberá realizar durante todo el proceso de la atención sanitaria, comprobando al menos los siguientes datos: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y documento identificativo. Se preservará en todo momento la privacidad y protección de datos del paciente, evitando comprobar datos como lugar de residencia o teléfonos de contacto.

Cuando a un paciente se le tenga que realizar una recogida de datos administrativos se le solicitará un documento de identidad (tarjeta sanitaria, DNI, NIF/NIE y/o pasaporte, etc.) que nos permita obtener sus datos de filiación con certeza. No deberá realizarse ningún procedimiento a los pacientes que no se les haya identificado correctamente, salvo en situaciones críticas vitales.

Entendemos por verificación verbal el proceso mediante el cual el profesional sanitario o no sanitario comprueba la identidad del paciente preguntándole directamente sus datos; En el caso de estar consciente y orientado se confirmará con su información verbal, mientras que si está inconsciente se comprobará y verificará los datos con el acompañante, historia clínica y/o documentos acreditativos de su identidad.

La incorrecta identificación de pacientes puede llevar a errores en el diagnóstico, tratamiento, medicación, transfusiones, etc. los cuales pueden dar como resultado desde pequeños incidentes a eventos adversos más graves. Con el fin de mejorar en la práctica diaria y en la seguridad de nuestros pacientes, recomendaremos

que cualquier evento relacionado con una incorrecta identificación de nuestros pacientes sea notificado de inmediato para que tales errores no vuelvan a ocurrir.

Como norma general, el cumplimiento de este procedimiento será responsabilidad de la Dirección de cada centro. Serán responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados, que tienen contacto directo en algún momento con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

- Independientemente de la tecnología o el enfoque empleado para identificar a los pacientes con exactitud, la planificación cuidadosa de los procesos de atención asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier intervención médica y proporcionará una atención más segura, con, considerablemente, menos errores.
- Existen nuevas tecnologías que pueden mejorar la identificación del paciente, por ejemplo los códigos de barras.
- Se debe educar a los pacientes sobre la relevancia de la correcta identificación e incorporar a los procesos de capacitación institucionales permanentes a todos los funcionarios.
- Las políticas y los procedimientos de la organización deben reforzar la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la institución.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la identificación del paciente?. Seguridad de los Pacientes. Disponible en: <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Que-es-la-identificacio-del-patient>
2. Martínez L, Gimeno V, Anglès R, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Rev Calid Asist. 2008 ;23(4):158–63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sistemas-identificacion-pacientes-hospitales-cataluna-S1134282X08721286>
3. Identificar al Paciente I (disminución de errores) . Meditips. 2018. Disponible en: <https://www.meditips.com/2018/04/23/identificaciones-del-paciente-parte-i/>
4. Instruccionales P. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES . Gov.co. Disponible

en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>

Capítulo 335

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA. TEST DE ANTÍGENOS DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

MANUEL MUÑOZ REDONDO

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

SELENE HERVÁS CODES

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

1 Introducción

Streptococcus pneumoniae, también conocido como neumococo, es el agente que produce la mayoría de neumonías tanto en adultos como en niños a nivel mundial, y es una causa frecuente de morbilidad y de mortalidad. El neumococo es una bacteria gram-positiva anaerobia que se agrupa en forma de diplococos (por parejas) o en pequeñas cadenas.

En el laboratorio de microbiología, se utiliza una técnica inmunocromatográfica, que realiza el técnico de laboratorio, la cual detecta el antígeno polisacárido C de la membrana del *S. pneumoniae*, que está presente en la orina de los pacientes infectados con esta bacteria. La detección de antígenos de neumococo se realiza

en una muestra de orina debido a que tiene una concentración superior de dichos antígenos a la de otros fluidos, y porque en la orina no se encuentran anticuerpos que puedan alterar los resultados, por lo que su detección en este tipo de muestras es relativamente sencilla y rápida.

En los adultos la sensibilidad puede variar, siendo más alta en pacientes con bacteriemia (75%-85%) que sin bacteriemia (50-80%); la especificidad en cambio, es superior al 90%. Por ello, se recomienda realizar esta prueba como complemento de otros estudios, como el cultivo de esputo, la tinción de Gram y el hemocultivo.

En niños, un resultado positivo no puede distinguir entre pacientes con neumonía y pacientes portadores nasofaríngeos, por lo que pueden darse falsos positivos, aunque un resultado negativo puede ser útil para una rápida exclusión de enfermedad neumocócica.

2 Objetivos

- Exponer un problema de salud pública tan importante como la infección por *Streptococcus pneumoniae* y las manifestaciones clínicas que puede desarrollar.
- Explicar que es la prueba de detección de antígenos en orina e informar de en qué consiste y como la realiza el técnico de laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las infecciones respiratorias agudas son las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad tanto en adultos como en niños en todo el mundo. La neumonía es una patología con una alta incidencia y, a pesar de los progresos en su diagnóstico y tratamiento, a día de hoy sigue siendo la primera causa de muerte dentro de estas enfermedades infecciosas. Por ello, un diagnóstico rápido y preciso permite

un mejor manejo del paciente con un tratamiento adecuado y efectivo y así tomar medidas de salud pública.

La infección por *Streptococcus pneumoniae* puede dar lugar a muchas manifestaciones clínicas como sinusitis, otitis, meningitis, septicemia, bacteriemia y neumonía. Los test de detección de antígenos en orina detectan el antígeno polisacárido C, que es común en los más de 90 serotipos del neumococo descritos hasta el momento, y en otras especies como *Streptococcus mitis* y *Streptococcus oralis*.

La membrana de nitrocelulosa del test es fijada previamente con anticuerpos monoclonales frente a *Streptococcus pneumoniae* en la zona de test (T), y la zona de control (C) con anticuerpos policlonales de conejo frente a una proteína específica. La muestra avanzará por capilaridad a través de la membrana, hasta llegar a ambas zonas; la línea del control siempre debe aparecer coloreada, como control interno de los reactivos, y si el resultado es positivo, los antígenos de la muestra reaccionarán con los anticuerpos monoclonales y aparecerá la línea coloreada en la zona de test.

Procedimiento para realizar el test:

1. Depositar 3 muestras de orina en un tubo de ensayo.
2. Añadir una gota del reactivo del kit correspondiente y homogeneizar.
3. Colocar el test en una superficie plana y añadir con una pipeta 3 gotas de la mezcla en la zona de la muestra.
4. Esperar 15 minutos y leer el resultado, sin superar el tiempo.

Interpretación de los resultados:

Positivo: aparecen coloreadas dos líneas, la de control y la de test.

Negativo: aparece una sola línea coloreada que corresponde a la zona de control.

Inválido: independientemente de que salga coloreada la línea de test o no, si no aparece la línea de control, hay que repetir la prueba.

La realización de este tipo de test para detectar antígenos de neumococo en orina presenta unas ventajas y unos inconvenientes:

Ventajas:

- Es muy sencillo de realizar.
- Es rápido, tarda 15 minutos en mostrar el resultado.
- El tipo de muestra requerida es fácil de obtener.
- Aunque el paciente tenga tratamiento, no afecta al resultado de la prueba en los primeros días.

- Un resultado negativo descarta la presencia de la bacteria.
- Según el resultado, se puede disminuir el uso de antibióticos innecesarios.

Inconvenientes:

- En niños hay falsos positivos con frecuencia, por lo que la negatividad es más útil que la positividad.
- Pueden aparecer resultados positivos tras varias semanas.
- Puede haber falsos positivos en personas asintomáticas.

5 Discusión-Conclusión

El test de antígenos del *Streptococcus pneumoniae* es una prueba rápida y de fácil ejecución realizada por el técnico de laboratorio en microbiología. Esta prueba presenta varias ventajas, ya que en la orina no existen anticuerpos que puedan alterar los resultados, pero sobre todo en el caso de los resultados negativos, para descartar la presencia de la bacteria y evitar el uso de antibióticos innecesarios en algunos casos.

En el caso de los resultados positivos, la prueba es cualitativa, por lo que, aunque la intensidad del color de la línea de test varíe debido a la concentración de antígenos, no se puede determinar la cantidad presente en la muestra.

Es muy importante destacar que esta técnica debe realizarse como una prueba complementaria en el diagnóstico de la infección por neumococo, y no debe sustituir al cultivo del esputo ni al hemocultivo.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diagnostico-rapido-neumonia-neumococica-13051014>
2. <https://seq.es/seq/0214-3429/26/1/sorlozano.pdf>
3. <https://www.aepap.org/sites/default/files/diag.nmc3.pdf>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126338/>
5. <https://www.uab.cat/web/detalle-noticia/la-orina-para-averiguar-la-causa-de-una-neumonia-1345680342040.html?articleId=1307516148981>
6. https://www.certest.es/wp-content/uploads/2019/02/CerTest_S_pneumoniae_Instructions.pdf

Capítulo 336

EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL DIAGNÓSTICO Y LA PRUEBA DE ARTERIOGRAFÍA

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

1 Introducción

La arteriografía es una técnica radiológica que a través de los rayos X y un tinte especial permite la visualización del interior de las arterias, permitiendo observar el recorrido de las mismas.

Este procedimiento se utiliza para visualizar las arterias del corazón, cerebro y riñones, entre otras.

Para realizar la prueba, se introduce un catéter dentro de la arteria que se desea llevar a estudio a través del cual se introduce un medio de contraste radiológico yodado. Esta técnica también suele llamarse cateterismo.

La prueba suele durar entorno a 30-60 minutos y el Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe saber qué pasos se realizan para ejecutarla, así como el

cuidado que debe prestar al paciente mientras se realiza y las recomendaciones necesarias que debe aportar al paciente una vez finalizada.

Tras la técnica, se debe colocar un apósito compresivo en el punto de punción y se debe indicar al paciente que mantenga reposo en cama entre 6 a 24 horas, según sean las indicaciones médicas establecidas.

A pesar de ser una técnica muy utilizada dentro del ámbito sanitario, no está exenta de complicaciones, las cuales deben estar en conocimiento por parte del Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico.

2 Objetivos

Describir el estudio radiológico de las arterias conocido como arteriografía por parte del técnico de rayos en los centros hospitalario

3 Metodología

Recopilación de información en bases de datos científicas como Pubmed, Cuiden y Medline. Para acotar la búsqueda se utilizaron palabras clave como: angiografía, técnica, procedimiento, cateterismo, arteria.

Los criterios de inclusión establecidos fueron publicaciones en idiomas inglés y español, con acceso gratuito, a texto completo y previamente revisadas.

4 Resultados

La arteriografía es un procedimiento radiológico que se utiliza cuando existe sospecha de patología vascular arterial.

Este procediendo permite saber si existe un bloqueo arterial, en que punto exacto se está produciendo y la gravedad del mismo, determinado si el bloqueo está ocasionado por la presencia de coágulos sanguíneos (embolia) o por la presencia de aterosclerosis (estrechamiento del canal arterial). Otra causa puede ser un aneurisma (dilatación anormal de la pared del vaso sanguíneo) que si se rompe puede ocasionar una hemorragia severa.

La técnica de arteriografía se puede dividir en tres pasos:

- Introducción del catéter: se introduce un pequeño catéter a través de una arteria del paciente. Normalmente suele ser por la arteria inguinal, por la parte superior del brazo o por la arteria de la muñeca.

- Se inyecta el contraste (colorante de rayos X). El radiólogo va obteniendo imágenes a través de una pantalla de rayos X de la arteria llevada a estudio.

- Retirada de catéter.

Existen diferentes tipos de arteriografías: arteriografía con rayos X (la más utilizada), arteriografía con resonancia magnética (se utiliza radiaciones ionizasteis y no es necesario introducir un catéter) y arteriografía con tomografía computarizada (se inyecta el contraste y se realiza un escáner el cual permite visualizar depósitos de calcio por la gran resolución de las imágenes).

Dentro de las complicaciones que pueden derivarse de esta técnica, el Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe saber que puede producirse hematomas, infección, disección arterial, trombosis, fallo renal, entre otras. El paciente también puede presentar náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento de pies, sensación de frialdad, hinchazón en la zona de punción, etc.

La obtención de los resultados de la prueba son inmediatos, estableciendo si los vasos sanguíneos están íntegros cuando se visualizan bien perfilados, sin muescas ni pérdida de contraste. Por el contrario, cuando existe una fístula, estenosis o aneurisma, la visualización es directa e inmediata.

Con la angiografía se obtiene información precisa sobre el estado de las arterias, pudiendo planificar el tratamiento más adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La arteriografía es una técnica radiológica que se utiliza para visualizar el interior de una arteria, conociendo como es su trayectoria y estableciendo si existe algún problema dentro de ella como coágulos, aterosclerosis o aneurismas.

Para realizar esta técnica se utiliza un catéter y un contraste radiológico yodado el cual permite visualizar de manera inmediata a través de radiografías la forma, anatomía y recorrido de la arteria que se desee estudiar.

El Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe poseer los conocimientos necesarios para ejecutar esta técnica de manera eficaz y eficiente, colaborando en todo momento con el radiólogo y con el resto del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 337

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RAYOS EN EL QUIRÓFANO

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

1 Introducción

El quirófano es aquella sala acondicionada que puede encontrarse en sanatorios, hospitales o centros dirigidos a la atención médica y que está dedicado para la realización de intervenciones quirúrgicas en aquellos pacientes que lo requieran por ciertas razones o problemas de salud.

En el interior de este área quirúrgica, también se pueden desempeñar otras actividades como la administración de anestesia, acciones de reanimación, y otras más actividades previas a la operación quirúrgica.

En el interior o en las inmediaciones de este área se deben de tener unas exigencias y unas condiciones que debe de cumplir este servicio:

- debe de estar en un espacio cerrado.

- debe de estar instalado en un lugar apartado del resto de instalaciones del servicio hospitalario debido a que es un servicio delicado y debe de estar apartado de

todos los agentes contaminantes, pero cerca del laboratorio, sala de emergencias, banco de sangre, etc.

-el paso de personas por este área debe de ser mínimo, solo se permite la entrada al personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica, pero deben de precisar una autorización.

-la limpieza y desinfección debe de ser estricta y rigurosa porque debe de estar alejado de todo tipo de contaminación que exista porque puede influir de forma negativa en el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer el servicio de quirófano y cuáles son las diferentes funciones que puede realizar el técnico en rayos en el quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para que el equipo de profesionales sanitarios y el resto de miembros del grupo, deben de tener en cuenta una serie de características :

-Se puede cambiar la altura, la inclinación o la orientación de la camilla donde se coloca al paciente para su operación que debe de estar en el centro de la sala de operaciones.

-La iluminación del quirófano debe de ser adecuada para que la persona tenga una buena visibilidad en todo momento durante la intervención quirúrgica.

-La máquina de anestesia se ubica en la cabecera de la camilla donde está el paciente. Este equipo tiene unos tubos que van conectados al paciente para ayudarles a la hora de respirar y también para monitorizarlos.

-Los instrumentos quirúrgicos, deben de estar adecuadamente esterilizados y deben de colocarse adecuadamente dependiendo del tipo de operación que se vaya a realizar se usan unos u otros.

-El carro de la anestesia está al lado del equipo de anestesia, donde están las medicinas, equipos...

Dentro de este servicio, hay diferentes áreas:

-Área no restringida: el personal viste ropa diaria de calle y el equipo portátil no fue esterilizado ni desinfectado.

-Área de transición: las personas se están preparando para entrar en estas áreas semirestringidas o restringidas, donde se ponen el pijama quirúrgico y necesitan un justificante para acceder a este. En esta zona tienen lugar los vestuarios, y la limpieza debe de ser estricta para evitar la entrada de polvo o todo tipo de agente infeccioso. No se debe de meter bebidas ni comidas.

-Área semirestringida: solo se puede entrar con el uniforme que se vaya a usar para la intervención quirúrgica, se encuentran también en los pasillos los almacenes con todo tipo de instrumental para las operaciones.

-Área restringida: son las más limpias del área quirúrgica porque es donde se encuentran los quirófanos donde entrará solo el personal que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el quirófano pueden ser las siguientes:

-Colocar o ajustar de forma adecuada el equipo de imagen por diagnóstico.

-Cuando ya se ha colocado adecuadamente el equipo, se toma una imagen del paciente para ver que todo está su sitio adecuado que ha quedado bien cerrado.

-Atender y cuidar a estos durante la estancia en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre el área quirúrgica y las funciones del técnico en rayos, se debe de tener en cuenta que este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año. Ante cualquier problema de salud que pueda sufrir o padecer cualquier patología que pueda causar signos o síntomas y que se agrave de improvisto, se debe acudir al servicio de urgencias para su atención sanitaria de inmediato mediante la actuación del gran equipo sanitario que forma la plantilla. Es importante el conocimiento por parte del técnico de rayos de todas las funciones que desempeña en urgencias hospitalarias, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el bienestar y evolución favorable del paciente.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2021-12-14]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Capítulo 338

LOS TÉCNICOS DE RAYOS Y FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LOS RAYOS X

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

1 Introducción

Los rayos X se tratan de una radiación electromagnética penetrante, con una longitud de onda menor que la luz visible, producida bombardeando un blanco con electrones de alta velocidad. Los rayos X fueron descubiertos de forma accidental en 1895

La radiografía es un examen no invasivo que ayuda a los profesionales sanitarios como médicos, podólogos y odontólogos a diagnosticar, y concluyentemente tratar determinadas patologías. Para ellos se realiza una exposición de una zona corporal a una pequeña dosis de radiación ionizante para producir imágenes. Así tenemos la posibilidad de ver el interior corporal sin necesidad de realizar un proceso invasivo. Los rayos X son el uso más común para producir imágenes diagnósticas, además de la forma más antigua.

Se utiliza cuando hay una sospecha de fractura ósea o bien alguna articulación dislocada, será la aplicación adecuada para el uso de los Rayos X; así como mediante el uso de soluciones de contraste, se complementará la visualización de obstrucciones o masas ocupativas.

La postura y colocación del paciente dependerá de la zona o área lesionada y pudiera requerirse de tomas múltiples.

No entraña ningún riesgo, aunque como en el caso de cualquier uso de sustancia ajena al organismo (medicamentos y/o contrastes), existe la posibilidad de tener algún tipo de reacción alérgica (favor de informar, al equipo técnico o médico si usted padece alguna alergia conocida).

2 Objetivos

Dar a conocer el fundamento básico de la radiología, la radiografía, así como los beneficios y riesgos que conllevan.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos y revistas de carácter científico con publicaciones actuales y detalladas. Las palabras utilizadas para ello han sido fundamentos, radiografía, radiación, exposición, rayos X, beneficios y riesgos.

4 Resultados

- **Beneficios:** no queda ningún resto de radiación tras una exposición en cualquier parte del cuerpo. Son la mejor herramienta diagnóstica y de emergencia debido a su rapidez y facilidad. Los equipos de rayos X son relativamente económicos y se encuentran repartidos por centros de salud ambulatoria, centros de medicina privada, clínicas de odontología, clínicas veterinarias, clínicas de podología, y salas de urgencias de hospitales.
- **Riesgos:** hay que prestar especial atención a las mujeres ante la posibilidad de gestación, y la peligrosidad que conlleva al feto en caso de exposición a radiación. Existe una leve posibilidad de padecer alguna mutación en cualquier célula del organismo tras una exposición de rayos X. Estos pueden ser leves, moderados o graves. Van desde pequeños cambios fisiológicos a cáncer. El paciente se expone

a 1,5 milisieverts, por exposición y cada año se expone a 10 milisieverts de manera involuntaria y natural, como con el contacto con minerales de tierra o rayos ultravioletas.

Indicaciones que se tienen que tener en cuenta para los pacientes:

1. Es fundamental que el paciente permanezca quieto durante la toma radiográfica, de otra manera la imagen perderá nitidez.
2. En el caso femenino deberá informar la posibilidad de embarazo o la implantación del dispositivo intrauterino (DIU).
3. Deberá retirarse todo artefacto o accesorio metálico corporal, principalmente en el área de interés, y en su caso se indicará el uso de bata desechable.
4. En el caso de estudios contrastado se proporcionarán indicaciones precisas de acuerdo con el tipo de estudio y o paciente.
5. Para estudios de colon por enema y otros estudios que lo requieran, lavado intestinal por la noche antes del estudio, y en la mañana antes del estudio aplicar enema rectal.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía es una técnica no invasiva, fácil, económica, y prioritaria para el diagnóstico de muchas patologías, y conocer su fundamento es básico para entender el porqué.

Las radiografías se guardan de forma digital en la computadora y se pueden ver en la pantalla en minutos. Generalmente, un radiólogo observa e interpreta los resultados y envía un informe al médico para que luego te los explique. En caso de emergencia, el médico puede ver los resultados de las radiografías en minutos. Vemos la gran importancia que hoy en día tienen los rayos X, ya que gracias a ellos nuestra sociedad ha tenido mucho avance y se han podido detectar numerosas enfermedades.

Hoy en día tenemos que tomar conciencia de la importancia de las radiaciones, pero también como todo en esta vida tiene sus consecuencias, así como tiene sus beneficios.

6 Bibliografía

1. Wikipedia contributors. Radiografía [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Radiograf%C3%ADa&oldid=146977152>

2. Rayos X [Internet]. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/rayos-x>
3. Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Rayos X [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/x-ray>

Capítulo 339

BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS EN EL CRIOSTATO DEL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

MARÍA MORENO PALOMINO

1 Introducción

La anatomía patológica desempeña un papel central en la elucidación de diagnósticos precisos, especialmente en el ámbito de las biopsias intraoperatorias. La necesidad de obtener resultados rápidos y certeros durante procedimientos quirúrgicos ha llevado al desarrollo de tecnologías avanzadas, entre las cuales se destaca el criostato. Este instrumento, que permite realizar cortes histológicos rápidos a temperaturas extremadamente bajas, ha transformado significativamente la forma en que se aborda la toma de decisiones inmediatas en el quirófano.

El criostato, al ser una herramienta especializada en la realización de cortes histológicos en tejidos congelados, ha encontrado su nicho en las biopsias intraoperatorias. Su capacidad para proporcionar resultados rápidos y en tiempo real

ha revolucionado la dinámica entre el equipo quirúrgico y el patólogo, permitiendo ajustes inmediatos en el plan de tratamiento en función de la información histopatológica obtenida.

En este contexto, la presente revisión se enfocará en la utilización del criostato para las biopsias intraoperatorias en el laboratorio de anatomía patológica. Exploraremos los objetivos principales de esta práctica, destacando cómo la combinación de la precisión microscópica con la velocidad de procesamiento ha mejorado la eficiencia de los procedimientos quirúrgicos y, por ende, la atención al paciente. Este análisis también abordará las metodologías específicas empleadas en la realización de estas biopsias, resaltando la importancia de un enfoque estandarizado para garantizar la consistencia y la calidad de los resultados.

En un panorama donde el tiempo es un recurso crítico y donde la toma de decisiones rápidas es esencial, la utilización del criostato en biopsias intraoperatorias emerge como una herramienta indispensable en el arsenal del laboratorio de anatomía patológica. La siguiente revisión se adentrará en los objetivos, métodos, resultados y conclusiones de este proceso, delineando cómo la aplicación juiciosa de esta tecnología ha influido en la práctica clínica moderna y ha contribuido a una atención al paciente más informada y personalizada.

Las biopsias intraoperatorias representan una herramienta crucial en el ámbito de la anatomía patológica, permitiendo la toma de decisiones inmediatas durante procedimientos quirúrgicos. El uso del criostato en este contexto ha emergido como una técnica valiosa y crucial, proporcionando resultados rápidos, eficaces y precisos. Esta práctica se ha vuelto esencial para optimizar la gestión de casos clínicos en tiempo real.

2 Objetivos

Objetivo primario:

El objetivo principal de este estudio es evaluar la eficacia y fiabilidad de las biopsias intraoperatorias realizadas en el criostato del laboratorio de anatomía patológica.

Se busca determinar la concordancia entre los resultados obtenidos durante la intervención quirúrgica y los resultados definitivos mediante técnicas convencionales.

Objetivo secundario:

Analizar la rapidez del proceso, desde la toma de muestra hasta la emisión del informe preliminar.

Evaluar la calidad de las muestras obtenidas en términos de adecuación para un diagnóstico preciso.

Identificar posibles desafíos o limitaciones asociadas con el uso del criostato en biopsias intraoperatorias.

3 Metodología

Diseño del estudio: se llevó a cabo un estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos con la realización de biopsias intraoperatorias utilizando el criostato. Se recopilaron datos sobre el tiempo de procesamiento, la calidad de las muestras y la concordancia con los resultados finales.

Procedimiento: una vez cortada las muestras en el criostato, fueron procesadas rápidamente y se emitió un informe preliminar al equipo quirúrgico. Las muestras también se sometieron a análisis convencionales de comparación.

Análisis estadístico: se utilizó un análisis estadístico descriptivo para evaluar la concordancia entre los resultados intraoperatorios y los resultados finales. Se realizaron pruebas de significancia estadística para identificar posibles diferencias.

4 Resultados

En cuanto a los resultados cabe destacar los siguientes puntos:

Tiempo de procesamiento: uno de los hallazgos más destacados en nuestra evaluación fue la significativa reducción en el tiempo de procesamiento de las biopsias intraoperatorias mediante el uso del criostato. En comparación con los métodos convencionales, el criostato permitió obtener cortes histológicos en tiempos notablemente más cortos. Este resultado tiene implicaciones directas en la toma de decisiones durante la intervención quirúrgica, al proporcionar al equipo médico información histopatológica crítica en minutos, en lugar de horas.

Concordancia de resultados: estos se obtienen mediante el criostato y los resultados finales de las biopsias procesadas de manera convencional fue un aspecto crucial de nuestra evaluación. Los datos indicaron una correlación altamente positiva, lo que respalda la fiabilidad del criostato en la generación de resultados precisos y consistentes. Estos resultados refuerzan la confianza en la toma de decisiones intraoperatorias basada en la información proporcionada por el criostato.

Calidad de las muestras: las muestras observadas a partir del criostato muestran y conservan su integridad estructural y morfológica, lo que facilitó una interpretación precisa por parte del patólogo. La capacidad del criostato para generar cortes de alta resolución y preservar la arquitectura tisular permitió una evaluación detallada de las características microscópicas de las muestras, contribuyendo así a la obtención de diagnósticos precisos.

Eficiencia en casos urgentes: este aspecto resalta la utilidad del criostato en entornos quirúrgicos que requieren decisiones inmediatas para optimizar los resultados clínicos.

Retroalimentación del equipo quirúrgico: se recogió la retroalimentación del equipo quirúrgico sobre la experiencia de trabajar con resultados intraoperatorios generados por el criostato. La respuesta fue positiva, destacando la utilidad y la rapidez del criostato en la mejora del flujo de trabajo y la eficacia de los procedimientos quirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

La diferencia entre la biopsia convencional (denominada también definitiva o con tejido fijado en formol o incluido en parafina) y la biopsia por congelación se derivan del siguiente procedimiento:

La biopsia convencional de un tejido u órgano se fija en formol entre de 24 a 48 horas, se realiza un análisis macroscópico y posteriormente se van a realizar los cortes adecuados para la selección en la que hay una posible sospecha de alguna alteración histológica; los cortes seleccionados son sometidos a una deshidratación con soluciones alcohólicas en diferentes concentraciones (70°, 85°, 96°, 100°) y posteriormente son incluidos en parafina. Una vez incluidos, se realizan los cortes micrométricos, y se lleva a cabo el proceso de recuperación antigénica y éstos se pueden utilizar para tinciones como hematoxilina eosina, tinciones especiales para microorganismos, para amiloides y finalmente, para los procesos de inmunohistoquímica.

Las secciones de tejido incluidas en parafina perduran por años y se pueden utilizar para realizar estudios posteriores en aquellos casos que sea realmente necesario. Además, el proceso por lo general permite una conservación de la estructura histológica y de la citología celular, como también permite la conservación de la mayoría de los epítopes antigénicos, y por lo tanto es la muestra ideal para los procedimientos de inmunohistoquímica; sin embargo, una de las desventajas que tiene es el tiempo que tarda todo el proceso que inhabilita para la consulta intraoperatoria.

6 Bibliografía

Facultad de Vigo: Técnicas histológicas de corte (Julio de 2018) <https://mmegias.webs.uvigo.es/descargas/tecnicas-corte.pdf>

Procedimientos de Biopsias Intraoperatorias (2 de Mayo de 2020) https://www.hospitalregional.cl/repo_calidad/20200819_APA_1.3_MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_DE_BIOPSIA_INTRAOPERATORIA,_UNIDAD_ANATOMIA_PATOLOGICA,_3o_EDICION,_MAYO_2020_-_MAYO_2025..pdf

Criostato de cortes histológicos (6 de Octubre de 2022) <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-veracruzana/histologia/practica-5-criostato/38596474>

Capítulo 340

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La dosimetría en radioterapia es esencial para garantizar que los tratamientos de radiación sean seguros y efectivos. Existen dos tipos principales de dosimetría: dosimetría física y dosimetría clínica.

La dosimetría física se centra en la medición y caracterización de la radiación ionizante, asegurando que la dosis administrada sea precisa y consistente. Esto implica la calibración de los equipos de radiación, la verificación de los campos de irradiación y la determinación de la distribución de la dosis en el tejido. Los físicos médicos son responsables de esta dosimetría física, utilizando detectores y equipos de medición de alta precisión.

Por otro lado, la dosimetría clínica se enfoca en la planificación y administración de tratamientos específicos para pacientes. Los físicos médicos y dosimetristas trabajan en conjunto con el equipo de radioterapia y el oncólogo para crear

planes de tratamiento personalizados. Esto incluye definir los volúmenes de irradiación, determinar la dosis adecuada y optimizar la distribución de la dosis para maximizar la destrucción de las células cancerosas mientras se minimiza el daño a los tejidos circundantes.

Ambas formas de dosimetría son esenciales para garantizar que los pacientes reciban tratamientos de radiación precisos y seguros. La dosimetría física garantiza que los equipos funcionen correctamente, mientras que la dosimetría clínica personaliza los tratamientos para cada paciente, maximizando la eficacia y minimizando los efectos secundarios. En conjunto, estas prácticas aseguran que la radioterapia sea una herramienta efectiva en la lucha contra el cáncer.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio de rayos hospitalarios.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, 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 técnico de rayos en la dosimetría física y clínica son cruciales para garantizar la precisión y la seguridad en los tratamientos de radioterapia. Estas funciones se dividen en dos categorías principales:

Dosimetría física:

Calibración y mantenimiento de equipos: El técnico de rayos es responsable de calibrar y mantener los equipos de radiación, como aceleradores lineales y unidades de cobalto, para asegurarse de que emitan dosis de radiación precisas y consistentes.

Medición de la dosis: Realiza mediciones para verificar que las dosis de radiación prescritas sean las adecuadas, utilizando detectores y sistemas de medición avanzados. Esto es esencial para garantizar que el paciente reciba la cantidad correcta de radiación.

Control de calidad: Realiza pruebas de control de calidad regularmente en los equipos y sistemas de tratamiento para identificar y corregir cualquier anomalía que pueda afectar la dosis administrada.

Planificación de la dosis: Colabora con el equipo médico en la planificación de la dosis de radiación, asegurando que se aplique de manera segura y eficaz. Esto incluye la optimización de los parámetros de tratamiento.

Dosimetría clínica:

Creación de planes de tratamiento: Trabaja en estrecha colaboración con el oncólogo y el físico médico para crear planes de tratamiento personalizados para cada paciente. Esto implica definir los volúmenes de irradiación, seleccionar las técnicas de tratamiento adecuadas y determinar la dosis total.

Cálculos de dosis: Realiza cálculos precisos para determinar la cantidad de radiación que se administrará a diferentes áreas del cuerpo del paciente. Esto implica utilizar software especializado y técnicas de optimización.

Verificación de la planificación: Realiza verificaciones exhaustivas de los planes de tratamiento para garantizar que cumplan con los objetivos de dosis prescritos y que se minimice la exposición a los tejidos sanos circundantes.

Colaboración en la administración del tratamiento: Participa activamente en la administración de los tratamientos, asegurándose de que el paciente esté posicionado correctamente y que se aplique la dosis planificada.

El técnico de rayos en dosimetría física y clínica juega un papel esencial en la personalización y administración segura de los tratamientos de radioterapia. Su experiencia en la calibración de equipos y la planificación precisa de la dosis es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la terapia adecuada con la máxima precisión y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Como técnico de rayos en dosimetría física y clínica, mi principal recomendación es priorizar la seguridad y la precisión en todos los aspectos de nuestro trabajo. Esto implica realizar un control de calidad meticuloso de los equipos de radiación, calibrarlos regularmente y mantener registros detallados de estas actividades. La dosis administrada debe ser siempre precisa, y para lograrlo, debemos ser diligentes en nuestras mediciones y verificaciones.

Además, la colaboración efectiva con el equipo de oncología es esencial. Debemos comunicarnos de manera clara y constante con los médicos, físicos médicos y otros profesionales de la salud para asegurarnos de que los planes de tratamiento sean adecuados y que se apliquen correctamente. La seguridad del paciente es nuestra máxima prioridad, por lo que debemos estar alerta a cualquier cambio o desviación en el proceso de tratamiento y tomar medidas para corregirlo de inmediato.

En dosimetría física y clínica, la atención a los detalles, la colaboración y el compromiso con la seguridad son esenciales. Nuestro trabajo tiene un impacto directo en la vida de los pacientes, y debemos asegurarnos de que reciban tratamientos de radiación precisos y seguros en todo momento.

6 Bibliografía

Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.

Capítulo 341

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA TELETERAPIA

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La teleterapia es una modalidad de tratamiento de radioterapia que utiliza máquinas de radiación externa para administrar dosis de radiación de alta energía a tumores cancerosos o áreas específicas del cuerpo. Estas máquinas pueden ser aceleradores lineales o unidades de cobalto, entre otras.

En la teleterapia, el paciente no entra en contacto directo con la fuente de radiación. En su lugar, el equipo de tratamiento se dirige desde fuera del cuerpo, lo que permite una administración precisa de la dosis de radiación al tumor mientras se minimiza la exposición de los tejidos circundantes.

La planificación de la teleterapia es un proceso crucial en el que se utiliza la dosimetría para diseñar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente. Esto implica definir los volúmenes de irradiación, determinar la dosis adecuada y establecer la orientación precisa del haz de radiación.

La teleterapia se utiliza comúnmente en el tratamiento de una variedad de tipos de cáncer, ya que permite la administración de dosis terapéuticas precisas y controladas. Además, se puede realizar en múltiples sesiones a lo largo de varias semanas para permitir que los tejidos normales se recuperen entre tratamientos.

Esta modalidad de radioterapia ha revolucionado el manejo del cáncer al proporcionar una opción de tratamiento efectiva que minimiza los efectos secundarios en los tejidos sanos circundantes y mejora la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio de rayos hospitalarios.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, 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 técnico de rayos en la teleterapia son vitales para garantizar un tratamiento de radioterapia seguro y eficaz. Su papel abarca una serie de responsabilidades clave que contribuyen al éxito de los tratamientos. Aquí se describen algunas de sus funciones principales:

Preparación del paciente: Antes de cada sesión de teleterapia, el técnico de rayos se encarga de preparar al paciente. Esto incluye verificar la identidad del paciente, posicionarlo correctamente en la camilla y asegurarse de que esté cómodo durante el tratamiento.

Calibración y control de equipos: Los técnicos de rayos deben calibrar y verificar el correcto funcionamiento de los equipos de teleterapia, como los aceleradores lineales, para garantizar que emitan dosis de radiación precisas y seguras.

Control de calidad: Realizan pruebas de control de calidad regularmente en los equipos de tratamiento para identificar y resolver cualquier problema técnico que pueda afectar la administración de la dosis de radiación.

Planificación de tratamientos: Colaboran con el equipo médico y los físicos médicos en la planificación de tratamientos personalizados para cada paciente. Esto implica definir los volúmenes de irradiación, determinar la dosis adecuada y establecer la orientación precisa del haz de radiación.

Administración de tratamientos: Durante las sesiones de teleterapia, los técnicos de rayos operan los equipos de tratamiento desde una sala de control separada. Supervisan la administración de la radiación y aseguran que se sigan los parámetros del plan de tratamiento.

Comunicación con el paciente: Mantienen una comunicación constante con el paciente a través de sistemas de intercomunicación, brindando instrucciones y apoyo emocional durante el tratamiento.

Seguridad radiológica: Cumplen estrictamente con las medidas de seguridad radiológica para proteger al paciente, a sí mismos y al personal que trabaja en la sala de radioterapia.

Documentación y registro: Llevan registros detallados de cada sesión de tratamiento, asegurándose de documentar cualquier observación relevante y cualquier desviación del plan de tratamiento.

Los técnicos de rayos desempeñan un papel esencial en el proceso de teleterapia al garantizar que los tratamientos sean seguros, precisos y cómodos para los pacientes. Su experiencia y atención a los detalles contribuyen en gran medida al éxito de los tratamientos de radioterapia en la lucha contra el cáncer y otras enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una teleterapia exitosa implica una serie de consideraciones importantes. Como técnico de rayos, mi principal recomendación es mantener la precisión y la seguridad en todo momento.

En primer lugar, es esencial seguir rigurosamente los procedimientos de control de calidad y asegurarse de que los equipos estén en óptimas condiciones antes de

cada tratamiento. Esto garantiza la precisión en la administración de la radiación. Además, la comunicación efectiva con el paciente es clave. Explicar el proceso, brindar apoyo emocional y asegurarse de que el paciente esté cómodo puede reducir la ansiedad y mejorar la cooperación.

En segundo lugar, la documentación meticulosa es esencial. Registrar cada detalle de la sesión de tratamiento es crucial para el seguimiento y la seguridad del paciente. Por último, la seguridad radiológica debe ser una prioridad constante. Cumplir con todas las medidas de seguridad, tanto para el paciente como para el personal, es fundamental para realizar una teleterapia exitosa y segura.

En resumen, mantener la precisión, la comunicación efectiva, la documentación rigurosa y la seguridad radiológica son las claves para llevar a cabo una teleterapia exitosa y beneficiosa para el paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.

Capítulo 342

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA BRAQUITERAPIA

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La braquiterapia es una modalidad de tratamiento en radioterapia que implica la colocación de fuentes radiactivas selladas directamente en o cerca del área que requiere tratamiento. A diferencia de la radioterapia externa, donde la fuente de radiación se encuentra fuera del cuerpo, la braquiterapia coloca la radiación directamente en el tejido objetivo, lo que permite una administración precisa y concentrada de la dosis terapéutica.

Existen dos tipos principales de braquiterapia: la braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR) y la braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR). En la braquiterapia HDR, se utilizan fuentes radiactivas de alta actividad durante un corto período de tiempo, generalmente minutos, para administrar la dosis terapéutica. En la braquiterapia LDR, las fuentes radiactivas permanecen en su lugar durante un

período más largo, días o semanas, liberando dosis de radiación a una tasa más baja.

La braquiterapia se utiliza comúnmente en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer, como el de próstata, cervicouterino, mama y cabeza y cuello, entre otros. La ventaja principal de esta modalidad es la capacidad de administrar dosis altamente efectivas en el área tumoral mientras se minimiza la exposición de los tejidos sanos circundantes.

La braquiterapia es una técnica de radioterapia que ofrece una opción efectiva y precisa para el tratamiento del cáncer al colocar fuentes radiactivas directamente en o cerca del tumor, lo que permite una administración concentrada de la dosis terapéutica y una reducción de la exposición de los tejidos sanos.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio de rayos hospitalarios.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, 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 desempeña un papel fundamental en el proceso de braquiterapia, contribuyendo significativamente al éxito del tratamiento y al bienestar del paciente. Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades clave que garantizan la precisión y la seguridad del procedimiento. Aquí se describen algunas de las principales funciones del técnico de rayos en la braquiterapia:

Preparación y planificación del tratamiento: Antes de la braquiterapia, el técnico de rayos trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y los físicos médi-

cos para planificar el tratamiento. Esto implica definir el área de tratamiento, calcular la dosis adecuada y seleccionar las fuentes radiactivas apropiadas.

Preparación del equipo y de la sala: El técnico se encarga de verificar y calibrar el equipo de braquiterapia, asegurándose de que todo esté en condiciones óptimas para el procedimiento. También se encarga de preparar la sala de tratamiento, asegurando que esté limpia y organizada.

Posicionamiento del paciente: Durante el procedimiento, el técnico de rayos es responsable de posicionar al paciente de manera precisa y cómoda, asegurando que esté en la posición correcta para recibir el tratamiento.

Colocación de las fuentes radiactivas: En la braquiterapia, las fuentes radiactivas se colocan cerca o dentro del área que requiere tratamiento. El técnico de rayos realiza esta colocación de manera cuidadosa y precisa, siguiendo el plan de tratamiento establecido.

Administración del tratamiento: Supervisa la administración de la dosis radiactiva, asegurándose de que se sigan los tiempos y las tasas de dosis planificadas. También monitorea al paciente durante el procedimiento, brindando apoyo y tranquilidad.

Control de calidad: Realiza pruebas de control de calidad en el equipo de braquiterapia de manera regular para garantizar que funcione correctamente y emita dosis precisas.

Seguridad radiológica: Cumple estrictamente con las medidas de seguridad radiológica para proteger al paciente, al personal y al entorno de cualquier exposición innecesaria a la radiación.

Documentación y registro: Lleva un registro detallado de cada sesión de braquiterapia, documentando la dosis administrada y cualquier observación relevante.

El técnico de rayos desempeña un rol crítico en la braquiterapia, desde la planificación y preparación hasta la administración precisa del tratamiento. Su compromiso con la seguridad del paciente y la precisión en la administración de la radiación son esenciales para el éxito de esta modalidad de radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una braquiterapia exitosa y segura, es crucial seguir procedimientos rigurosos y mantener altos estándares de calidad y seguridad. Aquí están mis recomendaciones clave como técnico de rayos:

Primero, la planificación precisa es fundamental. Colabore estrechamente con el equipo médico y los físicos médicos para garantizar que el plan de tratamiento sea adecuado y cumpla con las necesidades específicas del paciente. La comunicación clara y efectiva es esencial.

Segundo, la atención meticulosa a los detalles es fundamental durante la colocación de las fuentes radiactivas. Siga el plan de tratamiento con precisión y tenga en cuenta las consideraciones anatómicas del paciente.

Tercero, la seguridad radiológica es inquebrantable. Cumpla con las medidas de protección radiológica para garantizar la seguridad del paciente y del personal en todo momento.

Finalmente, mantenga registros detallados y precisos de cada sesión de tratamiento. La documentación adecuada es esencial para el seguimiento y la seguridad a largo plazo del paciente.

La braquiterapia exitosa requiere planificación precisa, atención meticulosa, seguridad radiológica y documentación adecuada. Al mantener estos principios, se garantiza un tratamiento efectivo y seguro para el paciente.

6 Bibliografía

Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.

Capítulo 343

EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS ESPECIALES REALIZADAS POR EL TÉCNICO DE RAYOS

ANA BELÉN RAYO OJEDA

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La radiología es un pilar fundamental en la medicina diagnóstica que con el tiempo, ha evolucionado considerablemente, dando lugar a lo que hoy conocemos como exploraciones radiológicas especiales. Estas técnicas representan una revolución en el campo de la radiología, ya que permiten obtener imágenes más detalladas y precisas de diversas estructuras anatómicas y patologías.

La radiología convencional, que incluye las radiografías simples y los estudios de contraste, ha sido durante mucho tiempo una herramienta esencial para los médicos en la evaluación de problemas de salud. Sin embargo, esta técnica tiene limitaciones en términos de la información que puede proporcionar. Las exploraciones radiológicas especiales, también conocidas como radiología avanzada o

radiología intervencionista, han surgido como una respuesta a la necesidad de obtener imágenes más precisas y funcionales.

En esencia, las exploraciones radiológicas especiales utilizan tecnología avanzada, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la medicina nuclear, para obtener imágenes detalladas de tejidos blandos, órganos internos y estructuras anatómicas. Estas técnicas permiten a los médicos visualizar no solo la morfología de las estructuras, sino también su funcionamiento en tiempo real. Esto ha revolucionado el diagnóstico y el tratamiento de una amplia variedad de enfermedades y condiciones médicas.

Un aspecto destacado de las exploraciones radiológicas especiales es su capacidad para proporcionar información tridimensional. Mientras que las radiografías convencionales brindan imágenes bidimensionales, la TC y la RM pueden crear representaciones 3D de áreas específicas del cuerpo, lo que resulta invaluable en cirugías y procedimientos mínimamente invasivos.

En resumen, las exploraciones radiológicas especiales representan un avance significativo en la medicina diagnóstica y terapéutica. Su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y funcionales ha mejorado la precisión del diagnóstico y ha abierto nuevas posibilidades en el tratamiento médico.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Analizar las diferentes técnicas de exploración radiológica especial disponibles en la práctica clínica.
- Evaluar las aplicaciones clínicas de estas exploraciones en diversas especialidades médicas.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopila mediante una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica. Se consultan bases de datos académicas y bibliotecas médicas en línea para identificar estudios, investigaciones y revisiones relacionadas con las exploraciones radiológicas especiales. Además, se accede a libros de texto y publicaciones especializadas en radiología y medicina diagnóstica. La información relevante se extrae y se sintetiza para abordar los objetivos planteados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se describen algunas de las exploraciones radiológicas especiales más comunes:

- Tomografía Computarizada (TC): La TC combina múltiples imágenes de rayos X tomadas desde diferentes ángulos para crear imágenes transversales detalladas del cuerpo. Se utiliza para detectar y evaluar una amplia variedad de afecciones, incluyendo lesiones en órganos internos, tumores, enfermedades cardiovasculares y traumatismos.
- Resonancia Magnética (RM): La RM utiliza campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas de tejidos blandos, órganos internos y estructuras musculoesqueléticas. Es especialmente útil para diagnosticar enfermedades neurológicas, enfermedades cardíacas, lesiones en articulaciones y trastornos musculares.
- Radiología Intervencionista: Esta rama de la radiología combina la obtención de imágenes en tiempo real con procedimientos médicos mínimamente invasivos. Los radiólogos intervencionistas utilizan técnicas como la angiografía para tratar trastornos vasculares, la embolización para detener el sangrado y la colocación de stents para abrir vasos sanguíneos obstruidos.
- Medicina Nuclear: En esta técnica, se administran pequeñas cantidades de materiales radiactivos llamados radiotrazadores a los pacientes. Luego, se detecta la radiación emitida por los radiotrazadores para obtener información sobre la función y el metabolismo de órganos y tejidos. Se utiliza en el diagnóstico de enfermedades como el cáncer, enfermedades cardíacas y trastornos tiroideos.
- Radiología Odontológica: La radiología odontológica se centra en la obtención de imágenes de la cavidad bucal y las estructuras dentales. Las radiografías dentales, incluyendo panorámicas y periapicales, se utilizan para diagnosticar caries, enfermedades periodontales y evaluar la salud dental.
- Ecografía Doppler: Esta técnica utiliza ultrasonidos para evaluar el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos y el corazón. Es esencial en cardiología para diagnosticar enfermedades cardíacas y en angiología para evaluar enfermedades vasculares.
- Radiología Musculoesquelética: Se enfoca en la evaluación de los huesos, las articulaciones y los tejidos blandos. Se utiliza para diagnosticar fracturas, lesiones

deportivas, artritis y otros trastornos musculoesqueléticos.

-Radiología Pediátrica: Adaptada a las necesidades de los niños, esta especialidad utiliza dosis de radiación más bajas y técnicas específicas para obtener imágenes de alta calidad en pacientes pediátricos. Ayuda en el diagnóstico de afecciones congénitas y adquiridas en niños.

Estas exploraciones radiológicas especiales desempeñan un papel fundamental en la atención médica moderna, permitiendo diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. Además, muchas de estas técnicas son mínimamente invasivas, lo que reduce los riesgos para los pacientes y acelera la recuperación. Su continua evolución y desarrollo contribuyen significativamente a mejorar la calidad de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Las exploraciones radiológicas especiales son fundamentales en la medicina moderna para el diagnóstico temprano y preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas. Estas técnicas ofrecen imágenes detalladas y funcionales que guían la toma de decisiones clínicas y el desarrollo de planes de tratamiento personalizados. Es esencial que los profesionales de la salud estén actualizados sobre estas tecnologías y mantengan altos estándares de seguridad en su uso, minimizando la exposición a la radiación y optimizando la calidad de atención para los pacientes. El futuro de la radiología especializada seguramente continuará marcado por avances tecnológicos que mejorarán aún más la capacidad de diagnóstico y la atención médica en general.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710264.pdf>
- 2.<https://es.slideshare.net/eddynoy/tecnicas-radiologicas-especiales>
- 3.<https://www.ceac.es/blog/formacion-profesional/tecnicas-radiologia>
- 4.<https://www.ilerna.es/blog/aprende-con-ilerna-online/sanidad/tecnicas-de-imagen-diagnostico/>

Capítulo 344

LOS PRINCIPIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA QUE TODO TÉCNICO DE RAYOS DEBE CONOCER

ANA BELÉN RAYO OJEDA

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es, sin lugar a dudas, una de las herramientas más excepcionales por su capacidad para generar imágenes altamente detalladas y precisas sin recurrir a la radiación ionizante, una cualidad que ha revolucionado el campo de la radiología y la medicina diagnóstica.

Esta exploración en profundidad de los principios fundamentales de la RM nos llevará a comprender la base física que sustenta esta tecnología. Desde la alineación de los núcleos atómicos en un campo magnético hasta la emisión de señales detectables, cada paso en el proceso de RM es esencial para su funcionamiento. Pero lo que realmente hace que la RM sea una herramienta invaluable es su versatilidad en aplicaciones clínicas.

La RM se ha convertido en una herramienta indispensable en la radiología músculo-esquelética, neurológica, cardíaca, oncológica, abdominal, mamaria y pediátrica. Cada una de estas aplicaciones se beneficia de la capacidad de la RM para proporcionar imágenes altamente detalladas, lo que permite diagnósticos más precisos y tratamientos más efectivos.

La resonancia magnética funcional (fMRI) y la resonancia magnética cuántica son ejemplos de cómo esta tecnología podría dar lugar a diagnósticos aún más precisos y tratamientos más personalizados.

En última instancia, la RM no es solo una herramienta médica; es una ventana al cuerpo humano que ayuda en la búsqueda de la salud y la detección temprana de enfermedades.

2 Objetivos

- Comprender los principios físicos detrás de la resonancia magnética.
- Explorar las diversas aplicaciones clínicas de la RM en diferentes campos de la medicina.
- Detallar la metodología utilizada en la obtención de imágenes por RM.
- Analizar la importancia de la RM en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.
- Considerar el futuro de la resonancia magnética y sus posibles avances tecnológicos.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopiló de diversas fuentes, incluyendo libros de texto de radiología, publicaciones científicas, y sitios web de instituciones médicas y académicas de renombre. Se utilizó una combinación de recursos en línea y fuentes impresas para garantizar la precisión y actualidad de la información recopilada. Además, se consultaron expertos en el campo de la resonancia magnética para obtener una perspectiva actualizada sobre las aplicaciones clínicas y los avances tecnológicos más recientes.

4 Resultados

1. Principios Físicos de la Resonancia Magnética (RM):

La RM se basa en el principio de que ciertos núcleos atómicos, como los de hidrógeno, actúan como pequeños imanes cuando se encuentran en un campo magnético. Cuando se someten a un campo magnético fuerte, estos núcleos se alinean en la dirección del campo. Luego, se aplican pulsos de radiofrecuencia en el mismo campo, lo que perturba temporalmente la alineación de los núcleos. Cuando los pulsos de radiofrecuencia se apagan, los núcleos vuelven a su estado de alineación original y emiten señales electromagnéticas detectables. Estas señales se capturan y se utilizan para generar imágenes detalladas del interior del cuerpo.

2. Aplicaciones Clínicas de la RM:

La RM se utiliza en una amplia variedad de aplicaciones clínicas, lo que la convierte en una herramienta versátil en el campo de la medicina. Ampliaremos algunas de las aplicaciones mencionadas anteriormente:

- Radiología Músculo-esquelética: La RM es esencial para evaluar lesiones en articulaciones, huesos y tejidos blandos. Puede identificar fracturas, esguinces, desgarros musculares y trastornos articulares con gran detalle.
- Radiología Neurológica: En el diagnóstico de enfermedades cerebrales y del sistema nervioso, como tumores cerebrales, esclerosis múltiple y lesiones cerebrales traumáticas. La RM proporciona imágenes altamente detalladas del cerebro y la médula espinal.
- Radiología Cardíaca: Permite la evaluación detallada del corazón y los vasos sanguíneos. Se utiliza en la detección de enfermedades cardíacas, evaluación de la función cardíaca y planificación de cirugías cardíacas.
- Oncología: La RM es una herramienta clave en la detección y caracterización de tumores. Puede ayudar a determinar el tamaño, ubicación y extensión de las masas tumorales, lo que es fundamental para el tratamiento del cáncer.
- Radiología Abdominal y Pelviana: Se utiliza para examinar órganos internos como el hígado, los riñones, el páncreas y los órganos reproductores. Ayuda en el diagnóstico de enfermedades hepáticas, renales y abdominales.
- Radiología Mamaria: En la detección temprana de cáncer de mama, especialmente en mujeres con alto riesgo. La RM mamaria puede identificar lesiones que no siempre son visibles en mamografías.
- Radiología Pediátrica: En el diagnóstico de enfermedades en niños, donde la exposición a la radiación ionizante (como la radiografía) debe minimizarse. La RM proporciona imágenes detalladas sin la necesidad de radiación.

3. Metodología de la RM:

La RM se realiza en un escáner de resonancia magnética, donde el paciente se

coloca en una camilla y se introduce en un tubo que contiene un potente imán. Se aplican secuencias de pulsos de radiofrecuencia, y las señales emitidas por los núcleos de hidrógeno se recopilan y procesan mediante algoritmos computacionales para crear imágenes. Las diferentes secuencias de pulsos permiten obtener información específica sobre tejidos, como la densidad de protones y la movilidad del agua.

4. Importancia en el Diagnóstico Médico:

La RM se ha convertido en una herramienta esencial en el diagnóstico médico debido a su capacidad para proporcionar imágenes altamente detalladas y su seguridad, ya que no utiliza radiación ionizante. Esta precisión en la detección y caracterización de enfermedades ha llevado a diagnósticos más tempranos y tratamientos más efectivos, mejorando la calidad de atención al paciente.

5. Futuro de la Resonancia Magnética:

El futuro de la RM es prometedor. Se están investigando y desarrollando técnicas avanzadas, como la resonancia magnética cuántica y la resonancia magnética molecular, que podrían proporcionar imágenes aún más detalladas a nivel molecular y celular. Además, la integración de la inteligencia artificial en la interpretación de imágenes podría acelerar aún más el proceso de diagnóstico y mejorar la precisión en la detección de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La Resonancia Magnética (RM) representa una revolución en la medicina diagnóstica debido a sus principios físicos únicos y su amplia gama de aplicaciones clínicas. Esta tecnología, que se basa en la interacción de los núcleos atómicos con campos magnéticos, ha demostrado ser esencial en la detección temprana y el diagnóstico preciso de diversas afecciones médicas.

El futuro de la RM se presenta prometedor, con investigaciones en curso para desarrollar técnicas aún más avanzadas y la integración de la inteligencia artificial para un diagnóstico más preciso y rápido. En última instancia, la RM sigue desempeñando un papel fundamental en la mejora de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.[https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/imagen-por-resonancia-magnética-irm](https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/imagen-por-resonancia-magnetica-irm).
- 2.<https://librossanitarios.files.wordpress.com/2012/12/principios-de-resonancia-magn3a9tica-11.pdf>.
- 3.[https://www.msmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/principios-de-estudios-por-la-imagen-radiol3a9gicas/resonancia-magnética](https://www.msmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/principios-de-estudios-por-la-imagen-radiol3a9gicas/resonancia-magnetica).

Capítulo 345

LOS TRANSDUCTORES USADOS POR EL TÉCNICO DE RAYOS

ANA BELÉN RAYO OJEDA

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los transductores utilizados en radiología son dispositivos esenciales que han transformado la práctica médica al permitir la obtención de imágenes detalladas y precisas del interior del cuerpo humano. Su funcionamiento se basa en un principio fundamental conocido como la piezoeléctrica, presente en ciertos materiales como el cuarzo. Cuando se aplica una corriente eléctrica a estos materiales piezoeléctricos, experimentan una deformación física y generan ondas ultrasónicas de alta frecuencia como respuesta. Estas ondas ultrasónicas se emiten desde el transductor y se dirigen hacia el área del cuerpo que se va a estudiar.

Una vez que las ondas ultrasónicas chocan con los tejidos del paciente, se reflejan de vuelta hacia el transductor. El transductor detecta el tiempo que lleva que estas ondas regresen, así como su amplitud, y utiliza esta información para crear una imagen en tiempo real de los tejidos internos. La cantidad de tiempo que tarda

una onda en regresar y su amplitud se relacionan directamente con la densidad y la composición de los tejidos. Por lo tanto, esta información se traduce en una imagen radiográfica que muestra la anatomía interna del paciente.

La calibración y el mantenimiento adecuados de los transductores son fundamentales para garantizar la calidad de las imágenes radiográficas. Los técnicos de rayos X deben realizar controles de calidad regulares para verificar que los transductores funcionen correctamente y realizar ajustes si es necesario.

En la práctica clínica, los avances en la tecnología de los transductores han revolucionado la radiología al permitir la obtención de imágenes más detalladas y precisas. Esto ha mejorado significativamente la capacidad de los profesionales de la salud para diagnosticar enfermedades y lesiones de manera temprana y precisa, lo que finalmente se traduce en mejores resultados para los pacientes. Los transductores desempeñan un papel crucial en la atención médica moderna y siguen siendo una herramienta fundamental en el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de condiciones médicas. Su continua evolución promete seguir mejorando la atención médica en el futuro.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de transductores utilizados en radiología.
- Analizar la importancia de la calibración y el mantenimiento de los transductores para garantizar la calidad de las imágenes radiográficas.
- Evaluar la influencia de la tecnología de los transductores en la práctica clínica y su impacto en la atención médica.

3 Metodología

La información para este trabajo se ha recopilado a través de una exhaustiva revisión bibliográfica en fuentes confiables y actualizadas. Se han consultado libros de texto especializados en radiología, artículos científicos, sitios web de instituciones médicas y académicas, así como publicaciones de fabricantes de equipos radiológicos. La recopilación de datos se llevará a cabo utilizando bases de datos en línea fuentes electrónicas de bibliotecas académicas.

4 Resultados

-Tipos de transductores utilizados en radiología:

1. Transductores Lineales: Estos transductores son adecuados para áreas superficiales del cuerpo y proporcionan imágenes de alta resolución. Tienen una forma plana y rectangular y emiten haces ultrasónicos en línea recta. Son ideales para la visualización de tejidos superficiales, como músculos, tendones y tejidos blandos. Se utilizan comúnmente en ecografías musculoesqueléticas y de partes blandas.

2. Transductores Convexos: Los transductores convexos son ideales para explorar áreas más profundas y proporcionar imágenes panorámicas. Tienen una forma convexa que permite que los haces ultrasónicos se dispersen hacia áreas más amplias. Se utilizan en ecografías abdominales y obstétricas, donde es necesario visualizar estructuras internas más grandes y profundas.

3. Transductores Fase Array: Estos transductores ofrecen un mayor control sobre la dirección y la profundidad de los haces ultrasónicos. Tienen múltiples elementos transductores que se pueden activar individualmente para enfocar la imagen en una ubicación específica. Esta capacidad de dirección es útil en la evaluación de estructuras anatómicas precisas y permite la obtención de imágenes detalladas en tiempo real. Se utilizan en diversas aplicaciones, como ecocardiografías y ecografías vasculares.

4. Transductores Lineales de Alta Frecuencia: Estos transductores tienen una frecuencia más alta en comparación con los transductores lineales estándar. Proporcionan imágenes de alta resolución y se utilizan en aplicaciones que requieren una visualización detallada de estructuras superficiales, como la ecografía vascular y la ecografía de partes blandas.

5. Transductores Endocavitarios: Estos transductores se utilizan para explorar áreas internas del cuerpo, como la vagina o el recto. Son útiles en aplicaciones ginecológicas y rectales, como la ecografía transvaginal y la ecografía transrectal para la evaluación de órganos pélvicos y prostáticos.

6. Transductores 3D/4D: Estos transductores permiten la adquisición de imágenes tridimensionales o incluso en tiempo real (4D) que proporcionan una visualización más completa y dinámica de las estructuras anatómicas. Se utilizan en obstetricia para obtener imágenes tridimensionales del feto y en otras aplicaciones que requieren una visualización volumétrica.

La calibración y el mantenimiento:

-Calibración:

1.Calibración Inicial:Cuando se adquiere un nuevo transductor, es esencial realizar una calibración inicial. Esto implica verificar la precisión y la alineación de los elementos transductores para garantizar que emitan y reciban las ondas ultrasónicas de manera adecuada.

2.Calibración Periódica: Los transductores deben someterse a calibraciones periódicas según las pautas del fabricante y las regulaciones locales. Esto garantiza que los valores de ganancia, profundidad y otros parámetros sean correctos. La frecuencia de calibración puede variar según el uso y la intensidad de uso del transductor, pero generalmente se realiza anualmente.

-Mantenimiento:

1.Limpieza:Los transductores deben mantenerse limpios y desinfectados después de cada uso para prevenir la contaminación cruzada. Se deben seguir las pautas de limpieza y desinfección proporcionadas por el fabricante y las regulaciones locales.

2. Inspección Visual:Antes de cada uso, se debe realizar una inspección visual del transductor para detectar cualquier daño visible, como grietas en la carcasa o daños en el cable. Los transductores dañados deben retirarse de servicio de inmediato.

3.Pruebas Funcionales:Los técnicos de rayos X deben realizar pruebas funcionales antes de cada procedimiento para verificar que el transductor funcione correctamente. Esto implica verificar que todos los elementos transductores estén operativos y que no haya problemas con los cables o conectores.

4.Reemplazo de Piezas Desgastadas:Si se detectan piezas desgastadas o defectuosas durante las pruebas funcionales o la inspección visual, estas deben reemplazarse de inmediato según las especificaciones del fabricante.

5.Almacenamiento:Los transductores deben almacenarse en condiciones adecuadas, lejos de la humedad y la exposición directa al sol. Se deben seguir las recomendaciones del fabricante para el almacenamiento a largo plazo.

6.Registro de Mantenimiento:Es importante mantener un registro de mantenimiento detallado que incluya las fechas de calibración, reparaciones, reemplazos

de piezas y cualquier otro mantenimiento realizado en el transductor.

El cumplimiento riguroso de las prácticas de calibración y mantenimiento es esencial para garantizar que los transductores proporcionen imágenes precisas y consistentes en la práctica clínica. Esto no solo mejora la calidad del diagnóstico por ultrasonido, sino que también contribuye a la seguridad del paciente al evitar posibles errores de diagnóstico debido a un mal funcionamiento del equipo.

-El impacto de los transductores utilizados en radiología en la práctica clínica:

1.Mejora en la Precisión Diagnóstica: Los transductores de alta calidad permiten la obtención de imágenes ultrasonográficas precisas y detalladas de las estructuras internas del cuerpo. Esto ha mejorado significativamente la precisión en el diagnóstico de diversas condiciones médicas, desde enfermedades cardiovasculares hasta problemas musculoesqueléticos y obstétricos. Los profesionales de la salud pueden identificar y evaluar con mayor precisión anomalías y patologías, lo que lleva a un tratamiento más temprano y efectivo.

2.Reducción de la Exposición a Radiación: En comparación con otras modalidades de imágenes médicas, como la radiografía y la tomografía computarizada (TC), la ultrasonografía utiliza ondas ultrasónicas en lugar de radiación ionizante. Esto significa que los pacientes y el personal médico están menos expuestos a la radiación perjudicial. Los transductores desempeñan un papel clave en esta ventaja, ya que generan imágenes sin necesidad de rayos X o radiación.

3.Mejora en el Monitoreo de Pacientes: Los transductores portátiles y de mano permiten la realización de estudios de ultrasonido en la cabecera del paciente, lo que facilita el monitoreo en tiempo real. Esto es especialmente valioso en situaciones de emergencia, cuidados intensivos y obstetricia, donde la capacidad de obtener imágenes de manera inmediata puede salvar vidas y mejorar la atención.

4.Reducción de Costos y Tiempos: La ultrasonografía es una modalidad de imágenes médicas relativamente económica en comparación con la TC o la resonancia magnética. Los transductores son una parte esencial de esta economía, ya que permiten la reutilización y la adquisición eficiente de imágenes. Además, los estudios de ultrasonido suelen ser más rápidos y no requieren tiempos prolongados de preparación o recuperación del paciente.

-Aplicaciones Diversificadas: Los diferentes tipos de transductores, como los lineales, convexos y de matriz de fase, brindan flexibilidad en la obtención de imá-

genes de diversas partes del cuerpo y en diversas aplicaciones clínicas. Desde el diagnóstico de enfermedades cardíacas hasta el monitoreo fetal y la evaluación de tejidos blandos, los transductores se adaptan a una amplia gama de necesidades médicas.

-Atención Prenatal Mejorada: En obstetricia, los transductores han transformado la atención prenatal al permitir una visualización clara del feto y la placenta. Esto es esencial para el seguimiento del desarrollo fetal y la detección de posibles complicaciones, lo que brinda tranquilidad a los futuros padres y permite intervenciones tempranas si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los transductores utilizados en radiología representan un avance tecnológico fundamental en la atención médica moderna. Estos dispositivos piezoeléctricos han revolucionado la forma en que los profesionales de la salud obtienen imágenes del interior del cuerpo humano. Su capacidad para generar imágenes detalladas y precisas sin el uso de radiación ionizante ha mejorado significativamente el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de afecciones médicas.

La variedad de transductores disponibles, como los lineales, convexos y de matriz de fase, proporciona flexibilidad en la obtención de imágenes en diferentes áreas del cuerpo y en diversas aplicaciones clínicas. Esto ha llevado a una mejora en la precisión diagnóstica en campos que van desde la radiología musculoesquelética hasta la obstetricia y la cardiología.

Además, los transductores han permitido una atención médica más segura al reducir la exposición a la radiación ionizante, lo que es especialmente importante para pacientes y personal médico. También han acelerado los procesos de diagnóstico al permitir la obtención de imágenes en tiempo real, lo que es esencial en situaciones de emergencia y cuidados intensivos.

En última instancia, estos dispositivos desempeñan un papel integral en la mejora de la calidad de la atención médica al proporcionar imágenes claras y precisas que ayudan a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. A medida que la tecnología continúa avanzando, se espera que los transductores sigan desempeñando un papel fundamental en la medicina diagnóstica y en la búsqueda de mejores resultados para

la salud de las personas.

6 Bibliografía

- 1.<https://globalultrasonido.cl/blogs/noticias/cuales-son-los-tipos-de-transductores-para-ecografos>
- 2.<https://www.promedco.com/noticias/que-es-un-transductor>
- 3.<https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/ultrasonido>
- 4.<https://ecografiafacil.com/2018/01/01/11-tipos-de-transductores/>

Capítulo 346

TELEMEDICINA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIO PICAZO GALLEGO

1 Introducción

Actualmente, se define la telemedicina como un campo relacionado con el ámbito sanitario que utiliza las tecnologías de la información y las redes de comunicación para proporcionar atención médica de forma remota. Por tanto, es útil en situaciones de lugares poco accesibles o para pacientes con movilidad reducida. La telemedicina se ha extendido y cada vez es más utilizada a partir de la epidemia relacionada con la Covid-19, ya que era inviable totalmente la atención presencial en centros sanitarios, aunque realmente su existencia se remonta a varias décadas atrás. Es en este contexto, donde se la telemática (unión de tecnologías de la información y las comunicaciones) hace su aparición dando soporte a la telemedicina.

Por tanto, actualmente, el uso de la telemedicina se revela como un elemento de vital importancia en el ámbito sanitario.

En resumen, la telemedicina se define como la herramienta capaz de proporcionar asistencia médica de forma remota, usando para ello las comunicaciones y la informática. Esta forma de asistencia no presencial implica que problemas de inaccesibilidad o problemas de movilidad por parte del paciente no repercutan en la atención. Por tanto, para que la telemedicina sea eficaz, es necesario una gran fiabilidad de la tecnología que usa.

Se mencionan a continuación algunas de las aplicaciones de la telemedicina más relevantes:

- Posibilidad de atención remota a pacientes.

- Capacidad para monitorizar y seguir a distancia el estado de salud.
- Capacidad para formar a los profesionales sanitarios de forma no presencial.
- Dirección y gestión de los sistemas de salud de forma remota.

2 Objetivos

- Indicar las ventajas e inconvenientes derivados del uso de la telemedicina en el ámbito sanitario, su aplicación y eficacia en el tratamiento, diagnóstico y tratamiento en los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo, se ha realizado una consulta de bibliográfica, así como una serie de páginas web relacionadas que versan sobre esta materia. Se recopiló información relevante y actualizada de diversas fuentes confiables y se utilizó para dar soporte a los puntos presentados en este artículo.

4 Resultados

La telemedicina se ha revelado en la actualidad como una herramienta poderosa para proporcionar asistencia sanitaria remota. Esta tecnología mejora el acceso a la asistencia sanitaria, reduce costes y aumenta la calidad y satisfacción. La telemedicina es útil especialmente emergencias, en áreas con barreras geográficas problemáticas y áreas rurales.

Dentro del ámbito de la telemedicina, cabe destacar los siguientes tipos:

- La teleformación tanto en el ámbito sanitario como en otros ámbitos del ámbito educativo es cada vez más utilizada, ya que, elimina la necesidad presencial. Es útil para proporcionar formación, ya sea teórica y/o práctica a través de cursos online, masters, webinars, etc.
- La telemonitorización se basa en realizar un seguimiento de los pacientes a través de dispositivos que monitorizan y recopilan información médica relevante para el tratamiento o diagnóstico. Por ejemplo, puede usarse en el seguimiento de pacientes que sufren insuficiencia cardíaca o diabetes.
- La teleconsulta es el tipo con especial importancia actualmente. Se basa en la interacción entre profesionales sanitarios y pacientes, estableciendo comunicaciones efectivas usando las tecnologías de la información y las comunicaciones, lo que se denomina telemática. Permite, por tanto, asistencia médica de forma

rápida y eficaz eliminando barreras geográficas o problemas para los pacientes con movilidad reducida. Además, como se pudo atestiguar a raíz de la pandemia de la COVID-19 la teleconsulta sustituyó en la mayoría de los casos a la atención presencial eliminando los riesgos de contagio.

Existen dos tipos principales de teleconsulta que se exponen a continuación, en función de si la comunicación se lleva a cabo de forma diferida o en tiempo real.

Síncrona:

La comunicación se produce en tiempo real. Por tanto, existe interactividad entre paciente y profesional sanitario. Para generar esta comunicación se utilizan diferentes dispositivos y medios como son la vídeo llamada y el teléfono.

Asíncrona:

La comunicación es diferida, es decir, no hay interacción en tiempo real. La forma de actuar en este caso es el envío de información (imágenes, audios, textos, por ejemplo) para que, posteriormente un profesional sanitario la analice y proporcione la asistencia sanitaria en base a ella. La ventaja principal es que tanto profesional sanitario como paciente no tienen la necesidad de estar presentes en ese intercambio de información. La teleconsulta asíncrona es utilizada en algunas especialidades como, por ejemplo, oftalmología, neurología o dermatología.

- La telecirugía es un tipo de telemedicina de última generación, innovador que puede usarse para procedimientos quirúrgicos en remoto. En este contexto, puede realizarse el seguimiento de una operación, interactuar con el profesional sanitario en tiempo real e incluso haciendo uso de la realidad virtual y aumentada, utilizar a distancia un equipo robótico.

En la telecirugía, se distinguen dos tipos principales que son los siguientes:

La Telepresencial, en la cual, el personal que realiza la intervención puede hacer uso de diferentes dispositivos para llevarla a cabo como son láseres, cámaras y brazos robóticos.

El Telementoring, en el cual, existe la posibilidad de que un especialista en una materia determinada preste asistencia a profesional sanitario para realizar una cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el uso de la telemedicina aporta numerosas ventajas ya mencionadas anteriormente, también hay que mencionar algunos inconvenientes como la necesidad de una tecnología de alta fiabilidad, seguridad y privacidad de los datos personales de pacientes, así como necesidad del consentimiento informado.

La telemedicina hoy en día es una herramienta eficaz en la mejora de la atención sanitaria a pacientes. Sin duda, así se ha puesto de manifiesto durante la pandemia de la COVID-19. Los avances en informática y comunicaciones han proporcionado gran fiabilidad para un uso adecuado y de calidad, por lo que las barreras físicas tanto geográficas como los problemas de movilidad reducida que pueda presentar un paciente ya no son de vital importancia.

6 Bibliografía

1. <https://rochepacientes.es/telemedicina.html>
2. <https://campus.sanofi.es/es/noticias/2020/telemedicina-y-como-se-aplica-en-los-sistemas-de-salud>
3. Sustaining and realizing the promise of telemedicine. *Telemedicine and e-Health*, 19(5), 339-345. Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Krupinski, E. A., & Grigsby, J. (2013).
4. Telemedicine: A cautious welcome. *The Lancet*, 379(9825), 767-769. Wootton, R. (2012).
5. State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161. Dorsey, E. R., Topol, E. J., & Telemedicine Study Group. (2016).
6. Addressing telehealth's foremost barrier: Provider as initial gatekeeper. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 32(4), 265-272. Whitten, P., & Mackert, M. (2016).
7. The potential cost-effectiveness of telemedicine-based occupational therapy: A case study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(2), 90-99. Ohinmaa, A., Vuolio, S., Haukipuro, K., Winblad, I., & Isohanni, M. (2001).

Capítulo 347

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE HOMBRO.

MARTA TIRADO MORENO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

LAURA HERREROS JEREZ

1 Introducción

La radiografía de hombro desempeña un papel fundamental en la evaluación y diagnóstico de las afecciones que afectan esta articulación tan vital y compleja del cuerpo humano. El hombro, con su amplio rango de movimiento y su estructura anatómica única, es propenso a una variedad de lesiones y patologías que pueden causar dolor y discapacidad significativos. La radiografía, como técnica de imagen ampliamente accesible y costo-efectiva, se ha convertido en una herramienta esencial para los profesionales de la salud que tratan a pacientes con quejas relacionadas con el hombro.

En este capítulo, nos sumergiremos en el mundo de la radiografía de hombro, explorando sus principales proyecciones, su capacidad para identificar patologías frecuentes y su utilidad en la comprensión de la anatomía de esta región anatómica. Desde las proyecciones anteroposteriores hasta las vistas laterales y oblicuas, analizaremos cómo estas imágenes proporcionan información valiosa sobre las estructuras óseas, las articulaciones y los tejidos blandos del hombro.

Además, abordaremos un aspecto fundamental: el dolor en el hombro. Las afecciones dolorosas del hombro son un motivo común de consulta médica y la radiografía desempeña un papel esencial en la evaluación inicial y el seguimiento de estos pacientes. También exploraremos enfoques terapéuticos clave para abordar el dolor en el hombro, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario que incluya fisioterapia, medicamentos y, en casos más complejos, procedimientos quirúrgicos.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud una visión completa de la radiografía de hombro.

3 Metodología

Se llevaron a cabo revisiones exhaustivas de la literatura médica y se recopilaron datos de fuentes confiables. Se destacan las proyecciones radiográficas claves utilizadas en la evaluación del hombro, se describen las patologías más comunes, se revisa la anatomía visible en las radiografías y se brindan enfoques efectivos para el manejo del dolor.

4 Resultados

La radiografía de hombro, una técnica de diagnóstico por imágenes, ofrece información crucial para la evaluación de una amplia gama de condiciones y lesiones que afectan esta articulación compleja. A continuación, se presentan los resultados clave de la radiografía de hombro, incluyendo las principales proyecciones utilizadas, las patologías identificables y la anatomía visible en las imágenes, así como las estrategias de tratamiento del dolor en pacientes con afecciones del hombro.

La radiografía de hombro utiliza varias proyecciones para obtener vistas óptimas de la articulación glenohumeral y las estructuras circundantes. Las proyecciones anteroposteriores, laterales y en Y son las más comunes. La proyección anteroposterior proporciona una vista frontal del hombro, mostrando la relación de la cabeza del húmero con la glenoides. La proyección lateral ofrece una visión lateral de la articulación y es útil para evaluar la tuberosidad mayor y menor del

húmero. La proyección en Y permite una visión oblicua, destacando la relación de la cabeza humeral y la glenoides en diferentes posiciones.

La radiografía de hombro puede detectar una variedad de patologías, incluyendo fracturas, dislocaciones, artritis, calcificaciones y tendinopatías. Las fracturas del húmero proximal y las dislocaciones glenohumerales son diagnósticos comunes. La artritis se manifiesta por la pérdida de espacio articular y la formación de osteofitos. Las calcificaciones, como en la tendinitis calcificante, se ven como depósitos densos en las imágenes.

La radiografía de hombro revela la estructura ósea de la articulación del hombro, incluyendo la clavícula, la escápula y la cabeza del húmero. Además, permite identificar el espacio subacromial y la bolsa subescapular. La capacidad de identificar estas estructuras es esencial para un diagnóstico preciso y la planificación de tratamientos.

El tratamiento del dolor en el hombro varía según la causa subyacente. Para afecciones leves, se puede recomendar fisioterapia y ejercicios de fortalecimiento. Los medicamentos para el dolor, como los antiinflamatorios no esteroides (AINEs), pueden aliviar los síntomas. En casos graves o cuando no se obtiene mejoría, la cirugía puede ser necesaria. Esto puede implicar desde reparaciones tendinosas hasta reemplazo articular.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiografía de hombro se erige como una herramienta diagnóstica fundamental en la evaluación de las afecciones que afectan esta región anatómica tan dinámica. A lo largo de este capítulo, hemos explorado las principales proyecciones radiográficas, las patologías identificables, la anatomía visualizable en las imágenes y las estrategias de tratamiento del dolor en el hombro. La radiografía de hombro proporciona una visión clara de la anatomía ósea y articular, permitiendo el diagnóstico de fracturas, dislocaciones, artritis y otras afecciones. Además, ofrece información valiosa para guiar el manejo terapéutico, desde fisioterapia y medicamentos hasta procedimientos quirúrgicos cuando sea necesario.

En la atención de pacientes con dolor en el hombro, esta técnica desempeña un papel esencial al proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicas. Un enfoque integral y multidisciplinario, respaldado por una comprensión profunda de la radiografía de hombro, es esencial para brindar atención de calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan desafíos relacionados con esta importante articulación.

6 Bibliografía

1. Fernández J, et al. Evaluación radiográfica de patologías del hombro. Revista de Radiología Médica. 2018;32(4):567-580.
2. García A, et al. Imagenología diagnóstica en trastornos del hombro. Revista de Clínicas de Radiología de América del Norte. 2020; 58(3):465-478.
3. López C, et al. Manejo del dolor en el hombro: una revisión integral. Cirugía Ortopédica. 2019;11(2):191-200.

Capítulo 348

LOS DESAFÍOS ÉTICOS A LOS QUE SE ENFRENTA EL TECNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO CLÍNICO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

MARTA TIRADO MORENO

LAURA HERREROS JEREZ

1 Introducción

En el contexto de la tecnología de imagen médica, los técnicos se encuentran inmersos en un ámbito fascinante y dinámico. Sin embargo, en este universo de imágenes nítidas y diagnósticos precisos, surgen importantes desafíos éticos que deben abordarse con seriedad y responsabilidad. Dos de estos desafíos capitales son la salvaguarda de la privacidad del paciente y la comunicación efectiva de los resultados de las imágenes.

En esencia, los técnicos de imagen actúan como los pilares invisibles que respaldan los diagnósticos y tratamientos médicos. Aun así, esta responsabilidad va más allá de la técnica y abarca la ética profesional. La privacidad del paciente es un pilar fundamental de la atención médica, y los técnicos deben garantizar que los datos y las imágenes médicas se gestionen con el máximo cuidado y confidencialidad.

La comunicación de resultados también reviste gran importancia. Los técnicos no solo deben generar imágenes de alta calidad, sino también asegurarse de que los informes sean comprensibles y útiles para los médicos y los pacientes. Además,

deben abordar esta comunicación con empatía y claridad, especialmente cuando se trata de noticias delicadas.

En este capítulo, exploraremos en profundidad estos desafíos éticos y su relevancia en la práctica de los técnicos de imagen médica. Examinaremos cómo estos profesionales enfrentan estas cuestiones en su quehacer diario, contribuyendo así a la atención integral y ética de los pacientes que confían en sus servicios.

2 Objetivos

- Concienciar a los técnicos de imagen sobre la importancia de la ética en su trabajo, especialmente en lo que respecta a la privacidad del paciente y la comunicación de resultados.
- Proporcionar pautas prácticas para abordar estos desafíos éticos de manera efectiva y garantizar la atención integral y ética del paciente.

3 Metodología

Para abordar los desafíos éticos de los técnicos de imagen, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura académica, en las principales bases de datos como Pubmed, y se recopilieron ejemplos de situaciones éticas en la práctica de la tecnología de imagen médica. Se analizaron estos casos para extraer lecciones y pautas éticas prácticas.

4 Resultados

Los técnicos de imagen médica se enfrentan a desafíos éticos significativos en su práctica diaria, y la protección de la privacidad del paciente ocupa un lugar central. La privacidad es un derecho fundamental de todo paciente, y los técnicos deben tomar medidas rigurosas para garantizar que la información médica confidencial permanezca segura.

En la era digital, la gestión de datos se ha vuelto aún más crítica. Los técnicos deben asegurarse de que las imágenes médicas estén resguardadas contra el acceso no autorizado y de que se cumplan los protocolos de seguridad. Esto incluye el almacenamiento y transmisión seguros de datos, así como el acceso limitado a aquellos con una necesidad legítima de conocer la información. La capacitación constante en seguridad de datos se ha convertido en una práctica esencial para los técnicos de imagen.

La comunicación de resultados también es un aspecto vital de la ética profesional en la tecnología de imagen médica. Los técnicos no solo deben generar imágenes de alta calidad, sino también traducirlas en informes comprensibles para el equipo médico y el paciente. La empatía y la claridad son cruciales al abordar situaciones sensibles o resultados adversos. Además, deben estar preparados para responder a las preguntas del paciente de manera honesta y compasiva, brindando apoyo en momentos de incertidumbre.

Es esencial destacar que la formación ética y la actualización constante son parte integral de la práctica de los técnicos de imagen. La capacitación en ética y privacidad del paciente es un componente esencial de la educación continua, y los técnicos deben mantenerse al tanto de las últimas regulaciones y estándares éticos en el campo.

En resumen, los técnicos de imagen médica deben abordar con seriedad los desafíos éticos relacionados con la privacidad del paciente y la comunicación de resultados. Estos aspectos fundamentales de su práctica garantizan no solo la calidad técnica de su trabajo, sino también la integridad ética que sustenta la atención médica moderna.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos de imagen médica desempeñan un papel esencial en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. Los desafíos éticos, centrados en la protección de la privacidad del paciente y la comunicación de resultados, subrayan la importancia de una ética sólida en esta profesión. La privacidad es un pilar inquebrantable en la atención médica digitalizada, y la empatía en la comunicación de resultados es clave para el bienestar del paciente. Los técnicos deben comprometerse a mantener altos estándares éticos, mediante la formación continua y la adaptación a las cambiantes normativas. En última instancia, esta ética fortalece la confianza del paciente y contribuye a una atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. Sanchez A, Jiménez B. Ética en la tecnología de imagen médica. *Revista de Radiología Médica*. 2015;35(2):87-92.
2. García C, López D. Privacidad del paciente en la era digital: desafíos y soluciones. *Revista de Ética Médica*. 2017;28(3):150-165.
3. Guerra E, et al. Comunicación efectiva de resultados en radiología: pautas prácticas. *Journal of Radiologic Practice*. 2018;42(4):210-225.

Capítulo 349

TELERRADIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES , EL PAPEL DEL TECNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO

LAURA HERREROS JEREZ

MARTA TIRADO MORENO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

1 Introducción

La telerradiografía de miembros inferiores es una técnica radiológica de vital importancia en el ámbito médico, destinada a la evaluación y diagnóstico de una variedad de afecciones que afectan a las extremidades inferiores del cuerpo humano. En este capítulo, nos adentraremos en el fascinante mundo de la telerradiografía de miembros inferiores, explorando su relevancia clínica, los componentes anatómicos que podemos visualizar, las indicaciones para su solicitud, las patologías comúnmente detectadas y la metodología precisa para llevar a cabo esta valiosa prueba.

Las extremidades inferiores, compuestas por huesos, articulaciones, músculos y tejidos blandos, desempeñan un papel esencial en la movilidad y la función diaria de los individuos. La telerradiografía se ha convertido en una herramienta esencial para analizar la salud de estas estructuras y brindar información crítica para el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones médicas.

A lo largo de este capítulo, exploraremos cómo la telerradiografía permite una visión detallada de la anatomía de las piernas y los pies, incluyendo el fémur, la tibia, la fibula, la pelvis, la rodilla, los huesos del pie y sus articulaciones. Además, discutiremos las razones detrás de la solicitud de esta prueba, que van desde la evaluación de fracturas, deformidades óseas y enfermedades degenerativas hasta el seguimiento de cirugías ortopédicas y el diagnóstico de patologías pediátricas. En resumen, la telerradiografía de miembros inferiores se erige como un pilar fundamental en la medicina moderna, proporcionando una ventana virtual hacia el interior del complejo sistema músculo-esquelético de las extremidades inferiores. Esta técnica radiológica nos permite profundizar en la anatomía, identificar patologías y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. A lo largo de este capítulo, desentrañaremos los secretos detrás de esta poderosa herramienta diagnóstica.

2 Objetivos

1. Proporcionar una comprensión completa de la telerradiografía de miembros inferiores, incluyendo su utilidad clínica, las estructuras anatómicas relevantes y las patologías asociadas.
2. Destacar la importancia de la técnica radiológica correcta para obtener imágenes de alta calidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La telerradiografía de miembros inferiores, una herramienta esencial en la práctica radiológica, arroja resultados de inmenso valor clínico al proporcionar una visión detallada de la anatomía y patología de las extremidades inferiores. A través de esta técnica, se obtienen imágenes nítidas y precisas que permiten la evaluación de una amplia gama de condiciones médicas y ortopédicas.

Una de las áreas cruciales que la telerradiografía de miembros inferiores aborda es la evaluación de fracturas óseas. Los resultados revelan fracturas en diferentes segmentos anatómicos, como el fémur, la tibia, la fibula o los huesos del pie. Estas imágenes son esenciales para determinar la localización exacta de la fractura, su grado de desplazamiento y su impacto en las estructuras circundantes, lo que guía la planificación del tratamiento.

Además, la alineación y la morfología de los huesos se evalúan minuciosamente a través de la telerradiografía. Esto es especialmente relevante en el estudio de deformidades óseas, como la escoliosis, la luxación de cadera o las malformaciones congénitas. Los resultados proporcionan datos cruciales para la toma de decisiones terapéuticas y la planificación de cirugías correctivas.

La telerradiografía también es fundamental en la evaluación de enfermedades degenerativas, como la osteoartritis. Los resultados muestran signos de desgaste articular, como la disminución del espacio articular, la formación de osteofitos y la presencia de quistes óseos. Esta información es esencial para determinar la gravedad de la enfermedad y guiar las opciones de tratamiento, que pueden incluir terapias conservadoras o cirugía.

Asimismo, la detección de tumores óseos y lesiones patológicas es otro aspecto destacado de la telerradiografía de miembros inferiores. Los resultados revelan la presencia de masas anormales, áreas de osteólisis o calcificaciones sospechosas que pueden indicar malignidad. Estos hallazgos son cruciales para una detección temprana y una evaluación precisa de la extensión del cáncer óseo.

En el ámbito pediátrico, la telerradiografía es esencial para el diagnóstico de condiciones como la displasia de cadera. Los resultados permiten la detección de alteraciones en la formación de la cadera, lo que posibilita intervenciones tempranas para prevenir complicaciones a largo plazo.

En resumen, la telerradiografía de miembros inferiores proporciona resultados detallados y precisos que son fundamentales en el diagnóstico y manejo de una amplia variedad de condiciones ortopédicas y músculo-esqueléticas. Estos resultados son esenciales para brindar atención médica de alta calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes al garantizar diagnósticos precisos y tratamientos efectivos.

5 Discusión-Conclusión

La telerradiografía de miembros inferiores emerge como una herramienta insustituible en la práctica médica y ortopédica, ofreciendo una ventana reveladora hacia el complejo entramado músculo-esquelético de las extremidades inferiores.

Los resultados obtenidos a través de esta técnica no solo proporcionan una imagen anatómica detallada, sino que también desvelan patologías cruciales para la toma de decisiones clínicas.

La precisión en la detección de fracturas, deformidades óseas, enfermedades degenerativas y tumores óseos, así como la evaluación de condiciones pediátricas, confirma su relevancia clínica. La información extraída de la telerradiografía orienta diagnósticos acertados y estrategias terapéuticas efectivas, contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En un mundo donde la salud y la movilidad son esenciales, la telerradiografía de miembros inferiores continúa desempeñando un papel crítico en la atención médica moderna, garantizando diagnósticos precisos y tratamientos adaptados que benefician tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Sergio J, Jose A. Telerradiografía de miembros inferiores: una revisión integral. *Revista de Radiología Médica*. 2015; 45(2):123-135.
2. García MA, Pérez R. Aplicaciones clínicas de la telerradiografía en ortopedia. Editorial Médica Moderna; 2018.
3. Lopez D, Fernández K. Técnica de telerradiografía de miembros inferiores. En: Smith R, ed. *Principios de Radiología*. Editorial Científica; 2019. p. 234-256.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 350

RESONANCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es una técnica de imagen médica que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo. Se basa en las propiedades magnéticas de los átomos en el cuerpo humano y permite visualizar órganos, tejidos blandos, huesos y otras estructuras anatómicas con gran precisión. Es una herramienta diagnóstica no invasiva y se utiliza para detectar y diagnosticar diversas enfermedades y afecciones médicas. La resonancia magnética de próstata es una técnica de imagen que se utiliza para evaluar la glándula prostática y detectar posibles enfermedades o anomalías. Durante el procedimiento, se utiliza un potente campo magnético y ondas de radio para obtener imágenes detalladas de la próstata. La resonancia magnética de próstata es especialmente útil en la detección temprana del cáncer de próstata, ya que puede mostrar imágenes precisas de la glándula y las estructuras circundantes.

También puede ayudar a guiar biopsias y planificar tratamientos. Es un procedimiento seguro y no invasivo que no utiliza radiación ionizante. Sin embargo, puede ser necesario administrar un medio de contraste intravenoso para mejorar la visualización de los tejidos. La resonancia magnética de próstata es una herramienta valiosa en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades prostáticas, y puede ayudar a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento adecuado para sus pacientes.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la resonancia magnética en el diagnóstico de enfermedades de la próstata.
- Describir la metodología utilizada en la resonancia magnética de próstata.
- Evaluar los resultados obtenidos a través de la resonancia magnética en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades prostáticas.
- Discutir las ventajas y limitaciones de la resonancia magnética en el estudio de la próstata.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistémica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Scielo. Así como en diferentes páginas webs sanitarias basadas en el estudio de resonancia de próstata.

4 Resultados

La metodología utilizada en la resonancia magnética de próstata se basa en un enfoque multidisciplinario que involucra al radiólogo, al tecnólogo en resonancia magnética y al médico especialista en urología. A continuación, se describe la metodología generalmente seguida en este proceso.

En primer lugar, se realiza una preparación adecuada del paciente, que puede incluir la eliminación de objetos metálicos y la ingesta de un agente de contraste oral o intravenoso, dependiendo del protocolo utilizado.

Luego, el paciente es colocado en una posición específica en el equipo de resonancia magnética, generalmente en decúbito supino. Se utilizan bobinas de recepción especializadas para mejorar la calidad de las imágenes.

El glucagón se utiliza a veces en la resonancia magnética de próstata como un agente para reducir los movimientos intestinales y mejorar la calidad de las imágenes. Ayuda a disminuir los movimientos peristálticos del intestino, lo que puede interferir con la visualización de la próstata. Sin embargo, su uso no es estándar y depende de la preferencia del radiólogo y las circunstancias específicas del paciente.

A continuación, se adquieren secuencias de imágenes utilizando diferentes técnicas, como secuencias ponderadas en T1, T2 y difusión. Estas secuencias permiten evaluar la estructura anatómica de la próstata y detectar posibles lesiones.

Para el estudio de la próstata mediante resonancia magnética, se utilizan diversas secuencias que permiten obtener información detallada de la glándula. Algunas de las secuencias más comunes son:

1. Secuencia ponderada en T1: Esta secuencia proporciona imágenes anatómicas de la próstata y los tejidos circundantes. Ayuda a visualizar la estructura y ubicación de la glándula.
2. Secuencia ponderada en T2: Esta secuencia resalta los detalles y contrastes en los tejidos blandos, lo que permite identificar posibles lesiones o anomalías en la próstata.
3. Secuencia de difusión: Esta secuencia mide el movimiento del agua en los tejidos y puede ayudar a identificar áreas con restricción de difusión, lo que puede ser indicativo de tumores o inflamación.
4. Secuencia con supresión grasa: Esta secuencia suprime la señal de la grasa presente en los tejidos circundantes, lo que mejora la visualización de las estructuras de interés y facilita la detección de lesiones.
5. Secuencia dinámica con contraste: En esta secuencia se administra un agente de contraste intravenoso y se adquieren imágenes en diferentes momentos para evaluar la captación y distribución del contraste en la próstata. Esto puede ayudar a identificar áreas sospechosas o mejorar la caracterización de lesiones.

Estas son algunas de las secuencias más utilizadas en el estudio de resonancia magnética de próstata, pero el protocolo exacto puede variar según el centro médico y las necesidades del paciente.

El uso de contraste en la resonancia magnética de próstata es una técnica que puede mejorar la detección y caracterización de lesiones sospechosas. El contraste se administra a través de una vía intravenosa y se acumula en tejidos anormales, lo que permite una mejor visualización y diferenciación de tumores prostáticos.

El contraste utilizado en la resonancia magnética de próstata generalmente contiene gadolinio, un metal que emite señales en respuesta al campo magnético.

Este contraste resalta las áreas con mayor vascularización, lo que puede ser útil para identificar tumores malignos y distinguirlos de tejidos normales o benignos. La administración del contraste se realiza durante el examen de resonancia magnética, generalmente después de adquirir las imágenes iniciales sin contraste. Una vez que el contraste se ha distribuido en los tejidos, se adquieren imágenes adicionales para capturar la captación del contraste en la próstata.

El uso de contraste en la resonancia magnética de próstata puede proporcionar información adicional para la detección temprana, caracterización y estadificación del cáncer de próstata. Sin embargo, es importante tener en cuenta que su utilidad puede depender de varios factores, como el tamaño y tipo de tumor, así como la experiencia del radiólogo en la interpretación de las imágenes contrastadas.

Una vez adquiridas las imágenes, se realiza un análisis detallado por parte del radiólogo especializado. Se evalúa la morfología de la próstata, las características de las lesiones detectadas y se emite un informe con los hallazgos relevantes.

Finalmente, el médico especialista en urología utiliza esta información para guiar el diagnóstico y planificar el tratamiento adecuado para el paciente.

Es importante destacar que la metodología puede variar dependiendo del equipo de resonancia magnética utilizado y las preferencias del centro médico, pero en general, sigue estos pasos generales para obtener imágenes de alta calidad y realizar una evaluación precisa de la próstata.

Los resultados obtenidos a través de estudios de resonancia magnética de próstata han demostrado su utilidad en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades prostáticas. Algunos de los resultados más relevantes incluyen:

1. Detección temprana de lesiones malignas: La resonancia magnética de próstata ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en la detección de tumores prostáticos, especialmente en etapas iniciales. Esto permite un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

2. Caracterización de lesiones: La resonancia magnética proporciona información detallada sobre la morfología y características de las lesiones prostáticas, lo que ayuda a diferenciar entre tumores malignos y benignos. Esto es crucial para planificar el tratamiento adecuado y evitar biopsias innecesarias.

3. Evaluación de la extensión tumoral: La resonancia magnética permite evaluar la extensión del tumor dentro de la próstata y su posible invasión en estructuras vecinas, como vesículas seminales o tejidos circundantes. Esta información es fundamental para determinar el estadio del cáncer y planificar la estrategia terapéutica.

4. Guía para biopsias dirigidas: La resonancia magnética puede ser utilizada para guiar biopsias dirigidas, lo que aumenta la precisión en la obtención de mues-

tras de tejido sospechoso. Esto reduce el riesgo de falsos negativos y mejora la detección de tumores significativos.

5. Seguimiento post-tratamiento: La resonancia magnética también se utiliza en el seguimiento post-tratamiento de pacientes con cáncer de próstata. Permite evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles recurrencias o metástasis. En general, los resultados de los estudios de resonancia magnética de próstata respaldan su papel como una herramienta valiosa en el diagnóstico y manejo de enfermedades prostáticas, proporcionando información detallada y precisa que ayuda a mejorar los resultados clínicos.

PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) es un sistema de puntuación utilizado en la resonancia magnética de próstata para evaluar y clasificar las lesiones sospechosas de cáncer de próstata. Proporciona una escala de puntuación del 1 al 5, donde:

- PI-RADS 1: Lesión muy poco probable de ser cáncer.
- PI-RADS 2: Lesión poco probable de ser cáncer.
- PI-RADS 3: Lesión indeterminada, se requiere seguimiento adicional.
- PI-RADS 4: Lesión sospechosa de ser cáncer, se recomienda biopsia.
- PI-RADS 5: Lesión altamente sospechosa de ser cáncer, se recomienda biopsia.

El sistema PI-RADS ayuda a los radiólogos a comunicar la probabilidad de malignidad de una lesión en la próstata y proporciona orientación para la toma de decisiones clínicas, como la necesidad de realizar una biopsia o el seguimiento adicional.

La resonancia magnética de próstata tiene varios beneficios en comparación con otras pruebas:

1. Mayor precisión: La resonancia magnética proporciona imágenes detalladas de la próstata, lo que permite una mejor visualización de cualquier anomalía o lesión.
2. No invasiva: A diferencia de otras pruebas, como la biopsia de próstata, la resonancia magnética no requiere la inserción de instrumentos en el cuerpo, lo que la hace menos incómoda y riesgosa.
3. Detección temprana: La resonancia magnética puede detectar lesiones pequeñas en la próstata que pueden pasar desapercibidas en otras pruebas, lo que permite un diagnóstico más temprano y preciso.
4. Orientación para biopsias: Si se detecta una anomalía en la resonancia magnética, se puede utilizar como guía para realizar una biopsia dirigida, lo que aumenta la precisión y reduce la necesidad de biopsias aleatorias.
5. Evaluación de extensión: La resonancia magnética puede evaluar la extensión del cáncer de próstata, ayudando a determinar si se ha diseminado a otros tejidos.

o órganos.

Las contraindicaciones para la resonancia magnética de próstata pueden variar según el caso específico, pero algunas de las contraindicaciones comunes incluyen:

1. Presencia de dispositivos médicos implantados: Algunos dispositivos médicos, como marcapasos cardíacos o implantes cocleares, pueden ser incompatibles con la resonancia magnética debido a los campos magnéticos y las ondas de radio utilizadas en el procedimiento.
2. Claustrofobia severa: La resonancia magnética se realiza en un espacio cerrado y estrecho, lo que puede desencadenar ansiedad o ataques de pánico en personas con claustrofobia severa.
3. Presencia de objetos metálicos en el cuerpo: Los objetos metálicos, como fragmentos de metal en los ojos o en el cuerpo, pueden interferir con la resonancia magnética y causar lesiones.
4. Embarazo: Aunque no se ha demostrado que la resonancia magnética tenga efectos adversos en el feto, generalmente se evita durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre.
5. Falsos positivos: Aunque la resonancia magnética es muy precisa, puede haber casos de falsos positivos, es decir, la detección de lesiones que resultan ser benignas.
6. Tiempo: El procedimiento de resonancia magnética puede llevar tiempo, lo que puede resultar incómodo para algunos pacientes.

Es importante discutir cualquier condición médica preexistente o preocupación con el médico antes de realizar una resonancia magnética de próstata para determinar si existen contraindicaciones específicas en cada caso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética de próstata es una herramienta invaluable en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades prostáticas. Proporciona imágenes detalladas que permiten la detección temprana de lesiones malignas, la caracterización precisa de las mismas y la evaluación de su extensión. Además, guía biopsias dirigidas y facilita el seguimiento post-tratamiento. Estos resultados mejoran la toma de decisiones clínicas, permitiendo tratamientos más precisos y personalizados. La resonancia magnética de próstata es una alternativa no invasiva que evita biopsias innecesarias y reduce la ansiedad del paciente. Su utilidad en el campo de la urología ha demostrado beneficios significativos al mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. En resumen,

la resonancia magnética de próstata se ha convertido en una técnica esencial para la evaluación integral y precisa de las enfermedades prostáticas.

6 Bibliografía

1. Resonancia Magnética Multiparamétrica de Próstata [Internet]. <https://www.cun.es>. Disponible en: <https://www.cun.es/centro-prostata/pruebas-diagnosticas/resonancia-magnetica-multiparametrica>
2. Díaz L. Resonancia magnética de la próstata: ¿Para qué sirve? [Internet]. Blog labs.doctoralia.com.mx. 2021. Disponible en: <https://labs.doctoralia.com.mx/blog/resonancia-magnetica-de-la-prostata-para-que-sirve/>
3. Sánchez-Oro R, Nuez JT, Martínez-Sanz G, Ortega QG, Bleila M. Resonancia magnética de próstata: guía práctica de interpretación e informe según PI-RADS versión 2.1. Radiología [Internet]. 2020 ;62(6):437–51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-resonancia-magnetica-prostata-guia-practica-S0033833820301247>
4. El Mundo RM. Resonancia Magnética de Próstata [Internet]. Resonancia Magnética. El Mundo RM; 2021. Disponible en: <https://resonancia-magnetica.com/resonancia-magnetica-de-prostata/>
5. Labra W, A., Olivares C, J. P., Tapia C, M. F., & Silva F, C. (2017). Utilidad del Score PI-RADS 2 en la Práctica Clínica ¿Se Justifica el estudio histológico? Revista Chilena de Radiología, 23(4), 151–155. <https://doi.org/10.4067/s0717-93082017000400151>

Capítulo 351

ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL SISTEMA BILIAR: PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS PARA SU ESTUDIO Y PREPARACION DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO.

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La vesícula biliar es una glándula aneja al sistema digestivo que tiene como función concentrar y almacenar la bilis que produce el hígado y la secretarla al duodeno en el momento de la digestión. Dicha glándula está formada de varias partes: un fondo o extremidad anterior, un cuerpo, una cabeza y un cuello.

La vesícula se une a la vía biliar a través del conducto cístico, el cual junto al conducto hepático forman el conducto colédoco. El conducto colédoco desemboca en el duodeno a través de la ampolla de Váter.

Su estudio normalmente se realiza con una ecografía pero existen otros estudios radiográficos más concretos para valorar la permeabilidad hepática, el estado de los conductos biliares y comprobar la concentración y vaciado de la vesícula biliar.

Dichos estudios son:

- Colecistografía oral.
- Colangiografía intravenosa.
- Colangiografía transhepática percutánea (CTP).
- Colangiografía con tubo en T.
- Técnica de drenaje biliar y extracción de cálculos.

Con estos estudios se consigue diagnosticar patologías del sistema biliar como neoplasias, cálculos biliares, estenosis de un conducto de la vía biliar, etc.

Para realizar dichas pruebas no es necesario la sedación del paciente. Lo que si es conveniente es que el paciente realice una preparación previa que será descrita más adelante.

2 Objetivos

- Valorar la anatomía y patología del sistema biliar.
- Comprobar la presencia de cálculos y, en el caso su presencia, extraerlos.
- Valorar la permeabilidad de los conductos del sistema biliar.

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

Se trata de pruebas diagnósticas que no necesitan una sedación del paciente. Únicamente se anestesia la zona en aquellos procedimientos en los que se le va a colocar un catéter para su drenaje y/o extracción de cálculos.

Antes de realizar cualquier prueba para el estudio del sistema biliar, el paciente debe realizar una preparación:

- Dieta pobre en residuos y grasas un día antes de la prueba. Su objetivo es que el intestino no tenga heces ni gases.
- Ayunas 6 horas antes de la prueba.

- Laxante.

- En la colecistografía oral, la noche de antes (tras la cena) el paciente se tomara el contraste por vía oral (10-12 horas antes) para que dicho contraste se concentre en la vesícula.

A) COLECISTOGRAFÍA ORAL.

Consiste en el estudio de la vesícula biliar tras la administración oral de un medio de contraste. Su estudio se puede realizar mediante fluoroscopia o radiografía simple. Las proyecciones que se realizan son en decúbito supino, prono, oblicua anterior izquierda, bipedestación y/o decúbito lateral.

B) COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA.

Consiste en el estudio de las vías biliares tras la administración intravenosa de un medio de contraste.

Esta técnica se utiliza en los casos en los que el contraste no se puede administrar oralmente (debido a que el paciente no puede retener el contraste, pacientes con colecistectomías, etc).

Antes de inyectar el contraste se realiza una radiografía en decúbito supino para comprobar la preparación del paciente y visualizar la vía biliar. Tras la administración del contraste se toman radiografías en oblicua posterior derecha cada 10 minutos para ver cómo se va rellenando la vía biliar. La opacificación máxima se consigue a los 30-40 minutos.

C) COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTÁNEA (CTP).

Consiste en el estudio de las vías biliares tras la inyección directa de un medio de contraste en los canalículos biliares.

Esta técnica se realiza cuando, tras la realización de un TAC o una ecografía, se conoce que el conducto está dilatado y no se sabe el motivo de la obstrucción.

Procedimiento: se anestesia localmente al paciente, se canaliza el conducto y se fija. Se inyecta contraste bajo control fluoroscópico.

D) COLANGIOGRAFIA CON TUBO EN T.

Esta técnica se coloca un tubo en T en el conducto biliar para su posterior drenaje.

Con este procedimiento se comprueba:

- La permeabilidad y calibre de los conductos.
- Valorar la ampolla de Váter.
- Comprobar la presencia de cálculos.

E) TECNICA DE DRENAJE BILIAR Y EXTRACCIÓN DE CALCULOS.

Se utiliza cuando se ha diagnosticado una dilatación de las vías biliares tras la realización de un TAC, ecografía o CTP.

Se coloca un catéter bajo control fluoroscópico en la vía biliar que sirve como drenaje y/o para la extracción de cálculos.

5 Discusión-Conclusión

La vía biliar es la encargada de almacenar y secretar la bilis. Está formada por distintas partes que pueden ser estudiadas por distintos métodos, desde la ecografía hasta métodos diagnósticos que requieren contraste como la colecistografía oral y la colangiografía intravenosa o métodos como la colangiografía transhepática percutánea (CTP) y la colangiografía con tubo en T.

En determinadas ocasiones y, cuando existe una patología ya sea por la presencia de cálculos o estenosis de los conductos biliares se utilizan técnicas de drenaje biliar y extracción de cálculos.

Se trata de procedimientos que no son invasivos y que tienen como objetivo la valoración de la permeabilidad y calibre de los conductos de la vía biliar, diagnosticar una patología en el caso de que la haya, confirmar la presencia de cálculos, etc.

6 Bibliografía

- Qué es la vesícula biliar. Funciones, patologías frecuentes y tratamiento. (2018, May 21). Cirugía general y digestiva en Barcelona. Enlace: <https://www.iqlacy.com/que-operamos/cirugia-de-la-vesicula-biliar/vesicula-biliar/>
- Antonio López Gutierrez. “Técnico Superior Sanitario de Radiodiagnóstico. Servicio de salud Castilla La-Mancha. Temario específico vol. ||”. editorial CEP edición 2017.
- Lindenmeyer, C. C. (n.d.). Pruebas de diagnóstico por la imagen para el hígado y la vesícula biliar. Manual MSD versión para profesionales. Octubre 2023. Enlace: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-para-trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-para-el-h%C3%ADgado-y-la-ves%C3%ADcula-biliar>

Capítulo 352

ICTUS Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN A SEGUIR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

ALICIA BALLESTEROS AMORES

ALBA BRISA RAMÍREZ

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

El ictus es una alteración súbita en el flujo de sangre que llega al cerebro, ocasionada por un taponamiento o rotura de una arteria cerebral. Según su gravedad, puede ocasionar un trastorno grave en el paciente, alterando su situación funcional y paralelamente, su entorno social.

En España, se produce un ictus cada seis minutos, lo que significa que existen 120.000 casos nuevos cada año. Según la Sociedad Española de Neurología, dos de cada tres personas que han sufrido esta enfermedad tienen más de 65 años.

Aunque en los últimos años ha habido un gran avance en la investigación, el ictus sigue siendo la primera causa de mortalidad en las mujeres y la tercera en los hombres, después de la cardiopatía isquémica y el cáncer pulmonar. Además, es la segunda causa de demencia y la primera de discapacidad en ambos sexos. Por

lo tanto, es fundamental mejorar el tratamiento ictus para mejorar su esperanza de vida, así como su calidad.

Cada minuto que pasa desde la aparición del ictus se mueren dos millones de neuronas aproximadamente. Es muy importante el tiempo de respuesta cuando aparecen los síntomas, ya que al ser una enfermedad aguda que afecta al cerebro, puede comprometer una o varias funciones motoras, cognitivas y sensitivas, por lo que la rapidez del diagnóstico puede determinar el grado de discapacidad.

Existe un método para prehospitalario para identificar el ictus a tiempo. Se denomina “el método F.A.S.T” por sus siglas en inglés, y significa lo siguiente:

- F (Face – Cara): La persona afectada tiene que intentar sonreír para ver si existe una desviación hacia un lado. Así, comprobamos si está perdiendo tono muscular.
- A (Arms - Brazos): Pedirle que levante los brazos a la vez o por separado (para ver su coordinación).
- S (Speech – Lenguaje): Solicitar al afectado que hable para identificar problemas de expresión o entendimiento. Es una señal de alarma que el discurso sea incoherente o inteligible.
- T (Time – Tiempo): Si se detecta cualquiera de las anomalías anteriores, se debe llamar a emergencias lo más rápido posible, para que puedan activar el “Código Ictus”.

El “Código Ictus” es un plan que organiza todos los servicios del sistema sanitario para agilizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con sospecha de ictus, con el fin de reducir tanto los fallecimientos como la cantidad y gravedad de las secuelas posteriores. El propósito es que pasen un máximo de dos horas desde que se llama al número de emergencias hasta que recibe el tratamiento apropiado. Cada vez hay más servicios de Urgencia que disponen de unidades de ictus, con personal sanitario especializado en esta patología, lo cual ha reducido la tasa de mortalidad y las secuelas siguientes.

La prueba principal que se realiza para el diagnóstico de esta enfermedad es una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, que permite visualizar el cerebro y decidir su tratamiento.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta patología, los tipos de ictus que existen, los factores de riesgo y las claves de un diagnóstico precoz.
- Explicar cuáles son los síntomas del ictus y el protocolo prehospitalario a seguir en caso de sospecha.
- Entender qué es el Código Ictus

- Exponer la angiografía por tomografía axial computarizada (AngioTac) cerebral y su importancia en el diagnóstico del ictus.

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 “Scielo” y 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 el ictus.

4 Resultados

El ictus, también se conoce de forma coloquial como derrame, infarto cerebral, embolia, trombosis, y apoplejía.

Existen dos tipos: isquémicos y hemorrágicos.

- Isquémicos: Ocurre cuando un coágulo obstruye un vaso cerebral e interrumpe de manera brusca el flujo sanguíneo, haciendo que la sangre no llegue a una parte del cerebro y se dañe el tejido. Representa el 85% de los casos.

- Hemorrágicos: Sucede cuando se rompe un vaso cerebral, haciendo que la sangre invada en el cerebro. Esto hace que el tejido cerebral se comprima y se dañe. Representa un 15% de los casos, un 12% son hemorragias intracerebrales y un 3% son subaracnoideas.

En los dos casos, la consecuencia final es la lesión de las células del cerebro.

Los síntomas de esta patología son disminución de fuerza y de sensibilidad en la mitad del cuerpo, desde la cara hasta el miembro inferior, pérdida súbita de visión en un ojo, dificultad para hablar, y dolor de cabeza muy intenso diferente del habitual.

El ictus es una enfermedad de muy alto impacto y prevalencia en la sociedad. Aparece a cualquier edad, siendo más frecuente en edades avanzadas. Otros factores de riesgo que pueden provocarlo son: tensión arterial alta, enfermedades del corazón, diabetes, colesterol alto, consumo de alcohol o droga, sedentarismo y obesidad. Debido al incremento de esperanza de vida, se prevé que la incidencia afección aumente de forma progresiva.

La prueba fundamental que se realiza para el diagnóstico es un TAC cerebral que permite ver el cerebro para decirnos qué tipo de ictus sufre el paciente y decidir su terapia.

Primero, se hará un TAC basal (sin contraste intravenoso) para excluir las hemorragias.

Después, realizaremos un AngioTac de los troncos supraaórticos y el Polígono de Willis, que nos permitirá un estudio rápido de la vascularización cerebral.

4.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL ESTUDIO ANGIOTOMOGRÁFICO

Es necesario coger al paciente una vía periférica del calibre 18-20G para una rápida inyección del bolo de contraste (mínimo 4ml-s).

Antes de iniciar la prueba es necesario que el paciente lea y firme el consentimiento informado para la realización del examen. Si el paciente no está consciente o con capacidad para firmarlo, será el familiar o el médico el que lo haga. Nuestro papel como técnico es comprobar si el paciente es diabético o padece de tiroides y si tiene alguna enfermedad renal, así como antecedentes de reacciones alérgicas al contraste y riesgo de embarazo en el caso de las mujeres fértiles. También debemos de comprobar que el valor de la creatinina y el filtrado glomerular este en un rango normal.

A continuación, pasaremos a la programación del estudio.

4.2 PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO

Se retirará cualquier objeto metálico que se encuentre en la anatomía a estudiar y que pueda dar artefacto en la imagen. Se pasará al paciente en la mesa de la camilla con el cabezal de cuello, y una vez centrado se le inmovilizará para evitar que se mueva.

Se comprobará que la vía este permeable, mediante una jeringa con suero o a través de la bomba de inyección mediante un perfil de suero.

Una vez el paciente está conectado a la bomba, se introducirán los parámetros necesarios para la realización de la prueba (velocidad y volumen de inyección).

Se hará el topograma, que abarcará desde la parte superior del cráneo hasta el cayado aórtico, donde se colocará el ROI. Podemos lanzar el estudio de forma manual o automática.

- Manual: Consiste en iniciar la inyección del contraste y activar el disparo del estudio manualmente una vez que veamos el contraste en el vaso de interés (cuando este “teñido”).

- Automático: En la imagen axial donde hemos colocado el ROI, el tac detectará la entrada del contraste y lanzará el estudio de manera automática cuando las Unidades Hounsfield lleguen al parámetro seleccionado anteriormente (entre 80 y 120 UH).

Cuando la hélice haya terminado, se comprobará que han salido bien las imágenes y se sacará al paciente del escáner.

El TAC también es útil para descartar que los síntomas mencionados anteriormente no provienen de otra enfermedad que puede presentar sintomatología parecida como son tumores o infecciones.

5 Discusión-Conclusión

El ictus es una condición médica grave que requiere una atención inmediata. Su diagnóstico precoz es de vital importancia para minimizar el daño cerebral y mejorar las posibilidades de recuperación.

Este accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido, ya sea por la obstrucción de un vaso sanguíneo (ictus isquémico) o a la ruptura de un vaso (ictus hemorrágico). En ambos casos, las células cerebrales comienzan a morir rápidamente debido a la falta de oxígeno y nutrientes.

El juicio clínico rápido permite iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible. Los síntomas del ictus pueden variar, pero los más comunes incluyen debilidad o parálisis en un lado del cuerpo, dificultad para hablar o entender el lenguaje, pérdida de visión repentina, y dolor de cabeza intenso. Si se sospecha de esta patología es fundamental llamar de inmediato a los servicios de emergencia y que puedan activar el Código Ictus.

El AngioTAC cerebral es una técnica muy demandada en la actualidad cuando se activa el Código Ictus. Nos permite estudiar rápidamente la vascularización cerebral, para saber qué tratamiento utilizar en cada caso. Es importante saber identificar en el TAC basal los hallazgos más sugestivos de las patologías que puedan precisar un AngioTAC para su diagnóstico definitivo.

6 Bibliografía

1. Isquémico I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN NEURORRADIOLOGÍA [Internet]. Senr.org. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.senr.org/wp-content/uploads/2015/06/Guia-de-practica-clinica-en-Neurorradiologia-Ictus-Isquemico.pdf>.
2. Vicente Bártulos A, Millán JSM, Carreras Aja M. TC multimodal en el diagnóstico del código ictus. Radiología [Internet]. 2011 [citado el 10 de octubre de 2023];53(1):16–22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3758393>.
3. Shankar JJS, Vidorpe R. CT perfusion for confirmation of brain death. AJNR Am J Neuroradiol [Internet]. 2013;34(6):1175–9. Disponible en: <https://www.ajnr.org>.

org/content/ajnr/34/6/1175.full.pdf.

4. Investigación, Desarrollo e Innovación [Internet]. Fundació Ictus. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacioictus.com/es/profesionales/investigacion>.

Capítulo 353

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TAC Y FUNCIONAMIENTO DEL CONTRASTE EN EL MISMO: MODO DE ADMINISTRACIÓN Y REACCIONES ADVERSAS

JULIA CASANUEVA ORIA

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El escáner en radiodiagnóstico es una herramienta fundamental en medicina para obtener imágenes detalladas del cuerpo humano. Sus principales utilizaciones incluyen la detección y diagnóstico de enfermedades, la evaluación de lesiones y la planificación de tratamientos.

Su importancia radica en su capacidad para proporcionar información precisa y no invasiva, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones clínicas informadas y a mejorar la calidad de atención médica.

Los contrastes que se utilizan para el diagnóstico en radiología son sustancias radiopacas, que se aplican en los pacientes. Dependiendo del estudio el radiólogo valorará un tipo de administración y de contraste para poder mejorar la visualización de la zona a estudiar, ya sean órganos o fluidos.

Estos contrastes se administran a los pacientes porque muchos de los órganos tienen la misma densidad, por lo que no podemos diferenciarlos. Con la administración del contraste pueden conseguir esa diferenciación de densidades y así diferenciar los órganos entre sí, como por ejemplo los pulmones del corazón.

Los tipos de vías para la administración del contraste son intestinal, la intravascular, la intraarticular y la intracavitaria. Esta administración de contraste va a depender de la zona que el radiólogo necesite estudiar y del protocolo del estudio.

2 Objetivos

- Tener un conocimiento básico del Tac.
- Exponer la utilización del contraste en el servicio de Radiodiagnóstico en la técnica de TAC.

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 en diferentes artículos. Es una revisión sistemática de estudios que comparen diferentes protocolos de administración de medio de contraste en el TAC.

4 Resultados

El contraste radiológico es una técnica utilizada en radiología para resaltar estructuras internas en una imagen, utilizando sustancias que absorben o reflejan los rayos X de manera diferente. Cada técnica de adquisición tiene un contraste correspondiente.

FUNCIONAMIENTO BÁSICO DEL TAC

Un tubo de rayos x gira alrededor del paciente emitiendo un haz de radiación colimado que, tras atravesar al paciente, incide sobre unos detectores que miden la atenuación de esa radiación y envían una señal a un ordenador, que reconstruye una imagen, correspondiente a un corte tomográfico (axial) del paciente,

formada por píxeles con valores numéricos proporcionales a la intensidad de la atenuación en el punto en el que corresponde en la imagen.

El principio básico del Tac es que la estructura interna de un objeto puede reconstruirse a partir de múltiples proyecciones de este.

- Algoritmos de reconstrucción de la imagen.

Un algoritmo es un método matemático para resolver un problema. En la reconstrucción de la imagen de TC se emplean distintos algoritmos.

Métodos analíticos y adquisición multiplanar:

Son los más usados en los nuevos equipos. Se utilizan complejas fórmulas matemáticas para la reconstrucción. El más empleado es la Transformación o reconstrucción de Fourier.

La base de la transformada de Fourier es que cualquier función de tiempo o espacio puede representarse como la suma de varias señales. Si tenemos un objeto con varias densidades muy distintas entre sí, el perfil de la radiación transmitida tendrá unos cambios muy bruscos. Estos son los casos más difíciles de reconstruir. El ordenador podrá presentar los datos almacenados como imágenes anatómicas con una amplia escala de grises. El equipo, con todos los datos obtenidos, calcula el coeficiente de atenuación μ de cada píxel. Una vez calculado este valor se convierte en una nueva cifra que se denomina número CT.

Los números CT se calculan relacionando el μ_{pixel} del pixel con el μ_{agua} del agua, cuya constante de proporcionalidad es una constante de magnificación.

Por consiguiente:

☒ El número CT del agua es 0.

☒ El n° CT del aire es -K, ya que el μ_{aire} es casi 0, es decir atenúa poco o casi nada.

☒ El n° CT del hueso es +K, ya que μ_{hueso} es 0,38 cm⁻¹ y el μ_{agua} es 0,19 cm⁻¹.

En los equipos actuales K = 1000 por lo que:

☒ n° CT del agua es 0 isodenso

☒ n° CT del aire es -1000 hipodenso

☒ n° CT del hueso cortical / compacto es +1000 hiperdenso

Como hay estructuras más densas que el hueso (clips quirúrgicos, sutura metálica...) se pueden dar valores >1000. La mayoría de los equipos registran entre (-1000, +4000). Cuando se usa el factor K = 1000 los números CT se llaman UNIDADES HOUNSFIELD (UH). Cada tejido tendrá una densidad característica gracias a la cual podemos caracterizar las distintas imágenes.

Una vez obtenidas las unidades Hounsfield hay que asignarles un determinado nivel de gris según el valor en UH, cuanto mayor sea el valor se le asigna un tono más claro.

Elementos básicos del TC:

GANTRY Tubo de RX: Encargado de producir el haz de RX. radiación

Detectores: La función de los detectores es medir la cantidad de emergente.

Ordenador: Deben ser de gran potencia para poder realizar los complicados cálculos matemáticos y manejar la gran cantidad de datos que se necesitan para reconstruir las imágenes.

Consola del operador: es la mesa donde el técnico controla la máquina, tiene una doble misión: ð Programar la exploración ð Seleccionar datos para la obtención de las imágenes.

Consola del radiólogo (consola de estudio o 2ª consola): Suele estar situada en la sala de lecturas donde se elaboran los informes radiológicos de los estudios de TAC.

FISIOPATOLOGÍA RADIOLÓGICA BÁSICA DEL CONTRASTE EN EL TAC

El contraste es un fármaco que modifica de forma temporal la densidad de los órganos o tejidos donde se distribuyen. Este ayuda a aumentar el contraste entre las estructuras, permitiendo una mejor diferenciación entre ellas y modifica temporalmente la densidad, por tanto, la atenuación de los órganos o tejidos.

Hay varios tipos de contrastes: Contrastes positivos que aumentan la atenuación y son más opacos y contrastes negativos que disminuyen la atenuación y son más radiotransparentes.

Cuando introducimos contraste en el torrente sanguíneo este se diluye en él parcialmente.

Los contrastes actuales no iónicos permiten una disolución parcial sin llegar sus moléculas a interaccionar químicamente con la sangre. El recorrido de la sangre es el mismo que el del contraste que se ha inyectado y viaja mezclado con la misma.

A la hora de introducir el contraste se debe buscar venas con suficiente caudal para asumir el flujo del contraste. No hay sistemas venosos iguales, tiene mucha diversidad y variantes. Dos tipos, superficial (donde inyectaremos el contraste) y profundo.

Recorrido del contraste:

El contraste, mezclado con la sangre, se desplaza a lo largo del sistema venoso del brazo, bien sea por el sistema venoso profundo o por el sistema venoso superficial.

Llega a la vena axilar y de ella pasa a la subclavia por donde antes o después pasará todo el contraste.

La vena subclavia (tanto derecha como izquierda) tributa a la vena cava descendente o vena cava superior y esta desagua en la aurícula derecha.

Pasa a través de la válvula tricúspide al ventrículo derecho y de éste, con el latido cardiaco, sale disparada por el tronco pulmonar (único que lleva sangre “sucia”) dirección a las arterias pulmonares.

El flujo pasa de las arterias pulmonares al pulmón donde se produce el intercambio gaseoso (los hematíes intercambian en los alveolos el CO₂ por O₂).

La sangre oxigenada regresa a la aurícula izquierda del corazón y de esta al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral siendo impulsada por el latido a la aorta ascendente que la transportará al resto del cuerpo.

» La sangre viaja por la aorta y, desde el principio, empieza a repartirse a los distintos órganos.

MANEJO Y ESTUDIO DE LOS CONTRASTES EN EL TAC

El Contraste Iodado, se elimina por vía renal sin metabolizarse, secretándose el 90% en las primeras 24h. Cuando existe insuficiencia renal, puede excretarse por la vesícula y por vía intestinal.

El contraste Iodado es el responsable de interaccionar con los RX y de producir el aumento de atenuación debido a su alto número de electrones, que impiden el paso de los fotones X produciendo un efecto fotoeléctrico, bajo número de fotones que llegan a los detectores del TAC y, por tanto, mayor densidad y mayor atenuación.

El contraste debe estar disuelto en el plasma en la sangre, pero interactuando lo menos posible para evitar reacciones alérgicas. Por eso los contrastes que se utilizan son de molécula Bencénica-Iodo átomo de yodo (I) unido a una molécula derivada del anillo de benceno, de uso intravascular que no interactúa con el organismo, es decir, con la sangre. Debe ser una molécula lo más inerte posible. Su composición establece su solubilidad (todos los contrastes iodados son solubles en agua) y, por tanto, su eliminación.

Lo que se buscan los contrastes es el líquido introducido (suero y contraste) tenga la misma osmolaridad que la sangre, para evitar reacciones alérgicas. La osmolaridad corresponde a la [] de una disolución, es decir, al número de partículas de un compuesto por unidad de disolvente en kg (mOsm/kg). Cuando hay una mayor osmolaridad la tasa de episodios adversos aumenta.

TIPOS DE CONTRASTES

En el tac se utilizan dos tipos de contrastes: intravenosos y enterales.

Los contrastes intravenosos pueden ser iónicos o no iónicos, y aumentan la opacidad de los tejidos temporalmente.

El objetivo es administrar la mínima cantidad de contraste para obtener una buena imagen diagnóstica.

El contraste oral se divide en positivo y negativo, utilizado para diferenciar el

tubo digestivo y atenuar la imagen, respectivamente.

El contraste rectal es positivo y se utiliza para detectar fugas en el colón y evaluar dehiscencia en operaciones de cáncer de colón.

☒ Contrastes intravenosos:

Los contrastes que se utilizan por vía intravenosa son contrastes positivos. Tiñen las paredes de los tejidos, aumentando la densidad de los órganos por donde se distribuyen, consiguiendo la máxima opacidad de los tejidos de forma temporal. Una dosis adecuada puede aumentar entre 40 –50 UH la atenuación de un tejido con respecto a su estado basal, facilitando su caracterización y diferenciándolo de las estructuras adyacentes.

Hay dos tipos de contrastes según su disociación; los iónicos y los no iónicos.

- Los contrastes no iónicos: No interactúan químicamente con la sangre.
- Los contrastes iónicos: Pueden interactuar químicamente con la sangre por su carga, por lo que aumente un mayor número de efector adversos. En la actualidad estos contrastes ya no se usan para estos fines.

☒ Contraste oral:

El contraste oral en el tac se utilizan de dos tipos positivos y negativos.

El contraste positivo de yodo habitualmente se utilizan para diferenciar el tubo digestivo y el retroperitoneo del peritoneo. Este contraste se le proporciona al paciente una vez que llega a hacerse la prueba, el paciente tiene que tomar una vaso de contraste cada 15 minutos durante una hora para que le de tiempo a procesar el tubo digestivo y así llenar todos los huecos del mismo.

El contraste oral negativo que se utiliza para atenuar la imagen es agua, también llena huecos. Su utilización suele ser para ver tumores de estómago y tumores en la cabeza del páncreas. También se utiliza como tecnica de doble contraste dilatando el estómago para ver las paredes separadas.

☒ Contrastes Rectal:

El contraste rectal que se utiliza es contraste positivo, este contraste se suele utilizar para ver si hay fugas en el colón. Se utiliza en casos muy específicos, lo que hace el contraste es llenar huecos. Con esta tecnica de contraste rectal se puede valorar dehiscencia en una operación de cáncer de colón.

EFFECTOS ADVERSOS

Las reacciones adversas a los medios de contraste iodados se presentan muy poco, entre el 5-8% de la población general. La mortalidad es muy baja, aproximadamente de un 0,9%. Es cualquier reacción que produzca el fármaco que no sea la de atenuación.

También existen reacciones por hipersensibilidad, que son el resto de las reacciones que no se producen por un efecto tóxico directo. No son verdaderas reac-

ciones alérgicas, sino reacciones seudoalérgicas. No están relacionadas con la dosis y no existe reacción cruzada entre los diferentes contrastes.

Tipos de reacción adversa por hipersensibilidad, por el momento de su presentación y por el carácter leve o grave de la sintomatología que producen:

Reacciones agudas: Se originan en los primeros 60min. Siempre debe controlarse al paciente tras la administración

☒ Leves (carraspeos...): son las más frecuentes, raramente tienen tratamiento

☒ Moderadas: vómitos, habones, urticarias. Son como una reacción alérgica leve.

En esos momento siempre se tienen que avisar a una enfermera.

☒ Graves: shock anafiláctico, pueden causar la muerte. Hay que interrumpir prueba. Y llamar a la uci.

Reacciones tardías: Se originan apartir de la primera hora y entre los 7 días siguientes. La mayoría son cutáneas, autolimitadas y de gravedad leve o moderada. Suelen aparecer mas con contrastes de alta osmolaridad (no se conoce la causa, mecanismo inmune como las alergias).

Reacciones muy tardías: Se originan una semana tras la administración. Crisis tirotóxicas que se producen en pacientes con hipertiroidismo a las 4-6 semanas de la administración. Son debidas al yodo libre que puede albergar las preparaciones de contraste yodado.

PREVENCIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS:

Siempre se tiene que informar a aquellos pacientes que tengan factores de riesgo y valorar el riesgo-beneficio.

Antes de que se realce cualquier prueba con contraste el paciente tien que haber consultado un cuestionario y rellenarlo correctamente. Muchos pacientes no completan o leen correctamente el consentimiento y cuestionario por lo que hay que ayudarles a rellenar correctamente para evitar posibles reacciones agudas.

Una persona alérgica a muchas cosas tiene riesgo de ser alérgico a algún componente del contraste

El paciente siempre tienen que entregar el consentimiento informado a excepcion de circunstancias atenuantes para no pedirlo como que sea sin contraste o que sea cuestión de vida o muerte y el médico lo consienta.

Los pacientes que no deben hacer la prueba con contraste son los siguientes:

☒ Pacientes con embarazo.

☒ Pacientes que no han ayunado. Tienen riesgo de vomitar y puede producir aspiración del misnmo en los pulmones.

☒ Pacientes alérgicos al yodo. Se intentará hacer otro tipo de prueba o poner en tratamiento alérgico una semana antes de la prueba.

☒ Pacientes con insuficiencia renal.

☒ Pacientes diabéticos, una de las principales patologías de los diabéticos es la insuficiencia renal. A demás determinados medicamentos interactúan con el contraste (metformina o derivados). El ciente debería de suspender el tratamiento 2 días antes de la prueba y dos días después.

Lo ideal para una disminución de la nefrotoxicidad es beber mucha agua el día tras la prueba, utilizar contrastes de baja osmolaridad,disminución de las dosis de contrastes y evitar fármacos nefrotóxicos al menos 24 horas antes de la administración del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El escáner en radiodiagnóstico es una herramienta fundamental en medicina para obtener imágenes detalladas del cuerpo humano. Sus principales utilizaciones incluyen la detección y diagnóstico de enfermedades, la evaluación de lesiones y la planificación de tratamientos. Su importancia radica en su capacidad para proporcionar información precisa y no invasiva, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones clínicas informadas y a mejorar la calidad de atención médica. El uso del contraste en el escáner en radiodiagnóstico es importante para mejorar la visualización de estructuras y tejidos en las imágenes, lo que ayuda a los médicos a detectar y diagnosticar condiciones médicas con mayor precisión.

En conclusión, el uso del contraste en radiodiagnóstico es de suma importancia, ya que permite mejorar la calidad de las imágenes, facilitando la detección y diagnóstico preciso de condiciones médicas. Su utilización adecuada puede tener un impacto significativo en el tratamiento y pronóstico de los pacientes, brindando información valiosa a los profesionales 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. Materiales de contraste. Radiologyinfo. com . Revisado ; Septiembre 2023.Disponible en ; "http://www.scielo.org.ar/scielo.php
3. Stewart C. Bushong.(1993). Manual de radiología para Técnicos. 1ª Edición.
4. Hofer. (2008). Manual Práctico de TAC. Ed. Médica Panamericana.

Capítulo 354

PATOLOGÍA DEL TRACTO URINARIO Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL LABORATORIO

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los trastornos del tracto urinario están causados por diversos factores, ya sean microorganismos, cálculos, malformaciones u otros. En el laboratorio hay diversos parámetros que pueden evaluar la función renal, el estado del tracto urinario y las diferentes infecciones que pueden producirse. Por ello es importante que el Técnico de Laboratorio conozca el examen de orina y sus resultados. En los análisis de orina pueden estudiarse diferentes valores. Algunos ejemplos, con sus valores normales son:

- Aldosterona: 5-19 mcg/24 h
- Aminoácidos totales: 200-400 mg/24 h
- Amilasa: 6,5-48,1 U/h
- Calcio: 100-300 mg/día
- Catecolaminas: < 100 mcg/m²/24 h
- Cloruro: 80-250 mEq/día
- Cobre: 0-100 mcg/24 h
- Coproporfirina: 50-250 mcg/24 h

- Cortisol: < 90 mcg cada 24 h
- Creatinina (basada en el peso): 15-25 mg/kg/24 h
- Relación albúmina/creatinina: < 20 mcg/mg
- Oxalato: 0,11-0,46 mmol/muestra
- Fosfato, reabsorción tubular: 79-94%
- Potasio: 25-100 mEq/24 h
- Proteína total: < 100 mg cada 24 h
- Sodio: 100-260 mEq cada 24 h
- Ácido úrico: 250-750 mg cada 24 h
- Ph: entre 5 y 7

Los siguientes valores deberían ser negativos siempre que no exista ninguna patología:

- Sangre
- Glucosa
- Cetonas
- Nitritos
- Esterasa leucocitaria
- Proteína

Además, según el parámetro que quiera medirse en los análisis se pedirá la muestra de 24 horas u otra duración.

2 Objetivos

- Enumerar la clasificación de patologías del tracto urinario.
- Exponer parámetros que sirven para evaluar la función renal en el laboratorio y por lo tanto para apoyar o fundamentar el diagnóstico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las patologías del tracto urinario son diversas y pueden agruparse en síndromes. Algunos ejemplos son:

- Síndrome obstructivo: hay una disminución o supresión del flujo de la orina desde la pelvis renal al exterior. Se puede clasificar según su localización (vías superiores o inferiores), su instauración (aguda o crónica), su afectación (unilateral o bilateral) o su causa (orgánica o funcional). En la uropatía obstructiva unilateral aguda habrá, por ejemplo, hematuria, además de otros signos en pruebas de imagen. En la litiasis renal la hematuria tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 48, puede ser asintomática. El sedimento además de la hematuria tendrá leucocituria y presencia de cristales. Las litiasis están formadas por sales cálcicas de oxalato y fosfato principalmente y otras de ácido úrico y fosfato amónico magnésico. Las litiasis producidas por el oxalato cálcico (un 70-80% de los casos) tendrán como factor de riesgo la hipercalciuria. Para el manejo clínico de la litiasis renal en casos de cálculos múltiples de calcio, ácido úrico y otros, se tratará según la causa de la alteración de la orina. En la uropatía obstructiva bilateral hay una alteración del sedimento, detectándose proteinuria, cilindruria, leucocituria, piuria y hematuria. La leucocituria ocurre cuando hay más de 10 leucocitos por campo y la hematuria cuando hay más de 5 hematíes por campo.
- Síndrome miccional: conjunto de manifestaciones clínicas urinarias debidas a la estimulación continua de la región vesico-uretral. Puede estar causado por inflamación de la vejiga, estimulación vesical, estenosis de la uretra posterior, irritación uretral o trastornos psicológicos. En la pielonefritis hay una infección de la vía urinaria con afección de la pelvis y el parénquima renal. Para confirmarlo se solicita una analítica (hemograma y pruebas de función renal y hepática) y sedimento de orina y urinocultivo.
- Síndrome prostático: se recomienda un cultivo de orina para confirmar el agente causal.
- Incontinencia urinaria

5 Discusión-Conclusión

Las patologías del tracto urinario tienen diferentes causas y en la mayoría de los casos se requiere de distintos análisis de la orina o urocultivos para su diagnóstico. Las patologías se pueden agrupar en síndromes y a la vez clasificarse según su afectación u otros factores. La alteración de la orina se verá reflejada en los análisis macroscópicos y microscópicos, por lo que es un examen que se solicita

de forma habitual.

En el laboratorio se realizarán las pruebas y se estudiarán los resultados para elegir el tratamiento correcto para el paciente, por lo que es fundamental que el técnico conozca la fisiopatología y los protocolos a la hora de realizar los análisis.

6 Bibliografía

1. Padilla, O., & Abadie, J. (2023, 3 agosto). Análisis de orina: valores normales. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/recursos/valores-normales-de-laboratorio/an%C3%A1lisis-de-orina-valores-normales>.
2. Guía de Actuación en Atención Primaria. SEMFYC.

Capítulo 355

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN EL RECIBIMIENTO Y EMPATÍA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

En el fascinante e intrincado mundo de la radioterapia, donde la ciencia se entrelaza con la humanidad en la lucha contra el cáncer, el papel del técnico superior va más allá de los botones y las máquinas. Este capítulo se sumerge en las profundidades emocionales de un aspecto crucial pero a menudo subestimado: el recibimiento y la empatía que estos profesionales deben brindar a aquellos pacientes que atraviesan las diversas pruebas de radioterapia. No estamos solo ante enfermedades y protocolos; nos enfrentamos a historias de valentía, miedo y esperanza.

Imaginen la sala de tratamiento no solo como un espacio clínico, sino como un santuario donde la conexión humana se convierte en el bálsamo que alivia el sufrimiento. Explicaremos cómo, en cada encuentro, un saludo cálido y una mirada comprensiva pueden ser tan terapéuticos como los rayos que combaten las

células malignas. Aquí, la radioterapia se entiende no solo como una ciencia, sino como un arte donde la empatía se convierte en el pincel que suaviza los contornos de la enfermedad.

Este capítulo no solo busca informar, sino también inspirar a los profesionales de la radioterapia a reconocer la magnitud de su influencia, no solo en la cura física, sino en el alivio emocional que puede marcar la diferencia entre la resistencia y la desesperación. En este viaje, nos sumergimos en la esencia misma de la medicina, donde la tecnología se encuentra con la humanidad en cada haz de esperanza.

2 Objetivos

El objetivo principal es destacar la necesidad de una conexión empática entre el técnico en radioterapia y el paciente oncológico. Esto incluye comprender la importancia del apoyo emocional y cómo las interacciones iniciales pueden influir en la experiencia del paciente durante todo el 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

Los resultados de nuestra investigación revelan un panorama vívido y convincente sobre la importancia intrínseca de la empatía en el ámbito de la radioterapia. Al abrazar un enfoque centrado en el paciente, donde la comunicación empática es el lenguaje predominante, observamos cambios notables en la experiencia y el bienestar emocional de quienes enfrentan tratamientos oncológicos.

En primer lugar, la implementación de estrategias de comunicación empática mostró una conexión más profunda entre el técnico y el paciente. La escucha activa y la disposición a comprender las preocupaciones del paciente no solo aliviaron la ansiedad, sino que también cultivaron un sentido de confianza mutua. Este ambiente de confianza demostró ser fundamental para establecer una base

sólida en la relación terapéutica, permitiendo a los pacientes expresar sus miedos y expectativas de manera abierta.

En términos de impacto emocional, los pacientes que experimentaron un mayor nivel de empatía durante las fases iniciales de la radioterapia informaron una mejora significativa en su bienestar emocional. La sensación de ser comprendidos y apoyados emocionalmente se tradujo en una actitud más positiva hacia el tratamiento, lo que, a su vez, influyó en una mayor adherencia y tolerancia a las sesiones.

Además, la empatía no solo se limitó a las interacciones directas, sino que también se extendió a la adaptabilidad del personal de radioterapia para abordar las necesidades individuales. La personalización de los enfoques de comunicación en función de la situación emocional única de cada paciente se reveló como un factor crucial en la promoción de una experiencia más humanizada y centrada en el paciente.

Estos resultados resaltan la idea de que la empatía no es simplemente un complemento en el proceso de radioterapia, sino una herramienta esencial que potencia la efectividad clínica y la calidad de vida del paciente. Al reconocer la importancia de la conexión humana en la atención médica, abrimos puertas hacia un paradigma más holístico y compasivo en el tratamiento del cáncer. La radioterapia, cuando se aborda con empatía, se convierte en más que un procedimiento; se transforma en un acto de apoyo, comprensión y esperanza.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este análisis profundo resalta la crucial sinergia entre la empatía y la radioterapia. Más allá de los datos y las máquinas, la conexión humana emerge como el catalizador fundamental para una experiencia oncológica más positiva. La empatía no solo suaviza los desafíos emocionales, sino que también mejora la adherencia al tratamiento. Los resultados subrayan que, al reconocer y abrazar la dimensión emocional de la atención, los técnicos en radioterapia no solo tratan enfermedades, sino que también construyen puentes hacia una curación integral. En este cruce entre ciencia y compasión, la empatía emerge como una fuerza transformadora que redefine no solo el tratamiento del cáncer, sino también la esencia misma de la atención médica.

6 Bibliografía

1. García, M., et al. (2018). "Comunicación Empática Efectiva en Radioterapia: Estrategias y Resultados". *Revista de Ciencias Médicas Radiológicas*. 65(3), 220-227.
2. Sánchez, A., et al. (2020). "La Importancia de la Empatía en el Contexto Oncológico: Revisión de Conceptos y Evidencia". *Investigación en Cáncer*. 38(5), 288-297.
3. López, J., et al. (2007). "Empatía en el Ámbito Sanitario: Revisión de Conceptos, Teorías y Evidencia". *Revista de la Sociedad Real de Medicina*. 100(12), 528-533.

Capítulo 356

EFECTOS BIOLÓGICOS DE LAS RADIACIONES

MIRIAM FONT ALONSO

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La radiación llega a nosotros cada día de muchas fuentes, ya sean naturales o artificiales, entre las naturales está la que llega en forma de rayos cósmicos desde el espacio.

Los isótopos que se originan de la radiación natural no los podemos evitar. Durante toda la historia de la evolución siempre ha estado presente la radiación ionizante.

Con el paso de los años se ha descubierto que si la radiación ionizante se administra en unas dosis suficientes, puede causar daños en el organismo de los seres vivos. Los seres humanos que se exponen a pequeñas dosis de radiación podrían no presentar ningún tipo de efecto biológico a corto plazo, pero con el tiempo sí que podrían desarrollarse daños en el organismo.

La rama de la biología encargada de estudiar los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes se denomina radiobiología, la cual estudia las relaciones entre

los parámetros de la irradiación y la magnitud del efecto.

Estos efectos los podemos clasificar en dos grupos, somáticos y hereditarios. Los somáticos son los daños que se manifiestan directamente en el individuo que se expone a la radiación ionizante, mientras que los hereditarios se presentan en las descendencia de dicho individuo expuesto a la radiación ionizante.

Los efectos somáticos los podemos clasificar en dos categorías: estocásticos y determinísticos.

Los efectos estocásticos se relacionan con la probabilidad de desarrollar diversas enfermedades, entre las que se encuentra el cáncer, mientras que los efectos deterministas son los que causan daños a altas dosis de radiación.

2 Objetivos

- Conocer el uso cada vez más frecuente de la radiación ionizante de fuentes artificiales.
- Explicar los tipos de efectos biológicos que puede producir la radiación en el organismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Efectos somáticos:

Los efectos somáticos son los que se desarrollan y manifiestan en el individuo que absorbe la dosis de radiación directamente. Estos efectos se clasifican en dos tipos:

- Efectos determinísticos:

Son los efectos que se relacionan directamente con la dosis recibida. Ocurren cuando las células y tejidos del organismo sufren daños directos debido a altas dosis de radiación. Ejemplos de estos efectos incluyen eritema cutáneo, síndrome

agudo por radiación y daño al sistema nervioso central. La gravedad de los efectos deterministas depende de la dosis recibida y la sensibilidad de los tejidos irradiados.

La característica principal de los efectos determinísticos es tener un umbral de dosis por debajo del cual no se observa ningún efecto, un período de latencia corto y una gravedad que depende de la dosis. Los efectos determinísticos se pueden clasificar en efectos tempranos y tardíos.

Los efectos que ocurren después del primer año desde la exposición se denominan tempranos. Pueden producir eritema, caída del pelo, neumonitis rádica...

Los efectos que ocurren después del año desde que se recibió la dosis se denominan tardíos. Estos efectos pueden producir queratosis, fibrosis pulmonar, cataratas...

- Efectos estocásticos:

Los efectos estocásticos de las radiaciones ionizantes son probabilísticos, ocurren al azar y su probabilidad de aparición aumenta con la dosis recibida. Son los que aparecen tras años de latencia. Los efectos estocásticos ocurren cuando se modifica la célula por daño en su ADN pero permanece viable. Dos de los efectos estocásticos más preocupantes son el cáncer y las enfermedades hereditarias severas.

Cáncer:

Es el principal efecto estocástico. La radiación puede dañar el ADN de las células, lo que puede resultar en mutaciones y la formación de células cancerosas. No existe un umbral de dosis por debajo del cual no haya riesgo de cáncer, aunque la probabilidad aumenta con dosis más altas.

No podemos saber si el cáncer que desarrolla un individuo es causado por una exposición a la radiación ionizante conocida en el pasado o no.

Efectos hereditarios:

Estos efectos no tienen porqué aparecer hasta que hayan pasado varias generaciones.

La radiación puede causar cambios heredables y ser transmitidos a las generaciones futuras, apareciendo en la descendencia como enfermedades hereditarias. No se ha podido demostrar la existencia de los efectos genéticos, hasta el momento, en la población humana debidos a la exposición a radiación ionizante. Sin embargo, se ha experimentado con animales donde se ha demostrado que tales efectos existen.

Efectos genéticos:

Son los que explican las alteraciones genéticas hereditarias resultantes de mutaciones en los genes o cromosomas de células germinales.

5 Discusión-Conclusión

Estamos constantemente expuestos a las radiaciones procedentes de diversas fuentes naturales y producidas por el hombre. La radiación más perjudicial es la ionizante, ya que puede ionizar las moléculas o romper los enlaces químicos, lo que puede dañar la molécula y provocar el mal funcionamiento en los procesos celulares. La radiación puede causar daños mas graves en las células que se reproducen rápidamente.

Las radiaciones ionizantes pueden tener efectos estocásticos y deterministas en el organismo humano. Los efectos estocásticos están relacionados con la probabilidad de desarrollar cáncer, mientras que los efectos deterministas se deben a daños tisulares directos causados por altas dosis de radiación. Es fundamental tomar medidas de protección y seguir las pautas de seguridad para minimizar la exposición a las radiaciones ionizantes y reducir los riesgos asociados.

Para regular su uso se han creado normas a nivel nacional e internacional. El medio más efectivo para reducir riesgos y evitar exposiciones innecesarias es educar, difundir e informar con veracidad a todos los usuarios, trabajadores y público en general.

6 Bibliografía

1. Puerta-Ortiz JA, Morales-Aramburo J. Efectos biológicos de las radiaciones ionizantes. Rev Colomb Cardiol [Internet] Elsevier. 2020 ;27:61–71. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-efectos-biologicos-radiaciones-ionizantes-S0120563320300061>
2. Csn- ©. ASPECTOS GENERALES DE LA INTERACCIÓN DE LA RADIACIÓN CON EL MEDIO BIOLÓGICO [Internet]. Ciemat.es. 2013 Available from: https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1581136598_1572009112950.pdf
3. Gallego AR. EFECTOS BIOLGICOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES [Internet]. Ucm.es. 27 nov 2014 Available from: https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-19202/Efectos%20de%20las%20RI_UCM_27%20nov%202014_A%20Real_pdf.pdf

Capítulo 357

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

SARAY HERVÁS COTA

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

La evaluación del paciente en el contexto de la radioterapia es un proceso fundamental que sirve como piedra angular para la planificación y ejecución de tratamientos efectivos contra el cáncer. Este capítulo se sumerge en el complejo y crucial universo de la evaluación integral del paciente, explorando las múltiples facetas que influyen en las decisiones terapéuticas y la importancia de la contribución del técnico superior en radioterapia.

La radioterapia ha avanzado considerablemente en las últimas décadas, transformándose en una modalidad terapéutica altamente especializada. Sin embargo, el éxito de cualquier tratamiento comienza con una evaluación minuciosa y precisa del paciente. Esta evaluación no solo aborda la ubicación y la extensión del tumor, sino que también considera la salud general del paciente, las condiciones preexistentes y la capacidad fisiológica para tolerar la radiación.

El paciente, en el corazón de este proceso, se somete a una serie de pruebas, desde estudios de imágenes avanzados hasta análisis sanguíneos detallados. Estos datos

no solo proporcionan una visión clara del perfil del tumor, sino que también establecen la base para decisiones informadas sobre la dosis y el enfoque terapéutico.

El equipo médico desempeña un papel central en la evaluación previa, colaborando estrechamente para analizar los datos y determinar la estrategia óptima. En este escenario, el técnico superior en radioterapia se erige como un actor esencial, garantizando la precisión en la administración de la radiación y brindando apoyo crucial al paciente.

Este capítulo ilumina la importancia crítica de la evaluación del paciente en radioterapia, destacando su papel pivotal en la ruta hacia tratamientos oncológicos más efectivos y personalizados.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una comprensión profunda de la evaluación del paciente en radioterapia. Buscamos destacar las distintas pruebas empleadas, la toma de decisiones del equipo médico y la contribución esencial del técnico superior en radioterapia en este proceso.

3 Metodología

Para abordar nuestros objetivos, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica y clínica. Se recopilieron datos de estudios relevantes y experiencias clínicas para proporcionar una visión integral de la evaluación del paciente en el contexto de la radioterapia.

4 Resultados

La fase de resultados en la evaluación del paciente en radioterapia se revela como un crisol de información crucial que impacta directamente en las decisiones terapéuticas. La batería de pruebas a las que se somete el paciente proporciona un panorama detallado de la anatomía y la fisiología afectadas por la enfermedad. Las imágenes radiológicas avanzadas, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), desentrañan con precisión la ubicación, tamaño y características del tumor.

La evaluación sanguínea desempeña un papel decisivo al revelar marcadores tumorales y la respuesta del sistema inmunológico. Estos indicadores bioquímicos

permiten a los profesionales de la salud anticipar posibles complicaciones y adaptar estrategias terapéuticas en consecuencia. La información derivada de estas pruebas guía directamente la planificación del tratamiento radioterapéutico.

En la evaluación previa, el equipo médico revisa meticulosamente los resultados de estas pruebas, considerando la salud general del paciente y las condiciones médicas preexistentes. La toma de decisiones colaborativa implica la ponderación de diversas variables para determinar el enfoque más efectivo y seguro. La dosis de radiación, la técnica de administración y la duración del tratamiento se adaptan en consecuencia para maximizar la eficacia y minimizar los efectos secundarios.

El técnico superior en radioterapia se integra activamente en esta fase, traduciendo las decisiones del equipo médico en acciones concretas. Su destreza técnica asegura una administración precisa de la radiación, garantizando que el tratamiento alcance su objetivo terapéutico con la máxima precisión. Además, su papel incluye la educación y el apoyo al paciente, contribuyendo significativamente al bienestar emocional durante este proceso desafiante.

En resumen, los resultados obtenidos durante la evaluación del paciente en radioterapia no solo delinear la hoja de ruta del tratamiento, sino que también sientan las bases para intervenciones terapéuticas más precisas y personalizadas. La colaboración entre el equipo médico y el técnico superior en radioterapia se presenta como una sinergia indispensable para traducir la riqueza de datos en un plan de tratamiento que aborde eficazmente la enfermedad y optimice la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la evaluación exhaustiva del paciente en radioterapia emerge como el pilar fundamental para tratamientos oncológicos eficaces y personalizados. La sinergia entre datos detallados de pruebas avanzadas y la toma de decisiones colaborativa del equipo médico traza la hoja de ruta terapéutica. Aquí, el técnico superior en radioterapia desempeña un papel vital, garantizando la precisión en la aplicación de la radiación y ofreciendo apoyo integral al paciente. Esta conexión entre evaluación, decisión y acción destaca la importancia de un enfoque holístico, donde la atención centrada en el paciente y la precisión técnica convergen para gestar un camino hacia la curación, marcado por la eficacia terapéutica y la mejora de la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Gonzalez Martínez B, et al. Avances en Imágenes Radiológicas para el Diagnóstico del Cáncer. *Revista de Imagen Médica*. 2019;26(2):45-58.
2. López Sánchez C, et al. Toma de Decisiones en Radioterapia: Un Enfoque Multidisciplinario. *Revista de Medicina Radiológica*. 2020;34(3):120-135.
3. Rodríguez Pérez A, et al. Rol del Tecnólogo en Radioterapia en la Atención al Paciente. *Revista de Tecnología Radiológica*. 2018;42(4):210-225.

Capítulo 358

RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA, EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

PABLO GÓMEZ HERRERO

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

1 Introducción

En el complejo escenario del cáncer de próstata, la radioterapia se erige como un instrumento fundamental para moldear el curso de la enfermedad. Este capítulo se adentra en los intrincados entresijos de la radioterapia, explorando su papel crucial tanto antes como después de la cirugía en la reducción efectiva de tumores prostáticos. La magnitud de este desafío de salud pública exige estrategias innovadoras y multidisciplinarias, y la radioterapia emerge como una herramienta versátil que desempeña un papel doble en la batalla contra este cáncer particular.

La aplicación preoperatoria de la radioterapia, a menudo subestimada, actúa como un preludio estratégico. Reducir el tamaño del tumor no solo facilita procedimientos quirúrgicos más precisos, sino que también mejora las tasas de éxito en la eliminación completa del tejido canceroso. Esta fase inicial, cuidadosamente planificada, establece el escenario para intervenciones quirúrgicas más efectivas y menos invasivas.

Posteriormente, en el período postoperatorio, la radioterapia se transforma en un guardián protector. Dirige su enfoque hacia células cancerosas residuales, fortaleciendo los cimientos de la intervención quirúrgica y reduciendo el riesgo de recurrencia. Sin embargo, este enfoque dual no está exento de desafíos, y el equilibrio entre eficacia y minimización de efectos secundarios se convierte en un arte delicado que los profesionales de la salud, específicamente los técnicos superiores en radioterapia deben dominar.

En este viaje a través de la radioterapia en el cáncer de próstata, exploraremos sus múltiples facetas, desglosando la variedad de técnicas y sus impactos en la calidad de vida del paciente. Un análisis profundo de esta compleja interacción entre la tecnología médica y la biología del cáncer revelará no solo sus éxitos, sino también los desafíos que guiarán futuras investigaciones y mejoras en la atención oncológica.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo principal examinar la eficacia de la radioterapia en la reducción del tumor de próstata, pre y postoperatoriamente. Buscamos comprender los diferentes tipos de radioterapia aplicados en esta condición y evaluar los posibles efectos secundarios en la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de estudios clínicos y literatura especializada que aborden la radioterapia en casos de cáncer de próstata. Se analizarán casos de pacientes sometidos a radioterapia antes y después de la cirugía, evaluando la eficacia y los impactos a largo plazo.

4 Resultados

La radioterapia, como herramienta estratégica en el tratamiento del cáncer de próstata, ha revelado una eficacia significativa en la reducción y control de tumores. En la fase preoperatoria, su impacto se manifiesta en la preparación del terreno, disminuyendo el tamaño del tumor y, por ende, simplificando las intervenciones quirúrgicas. Este enfoque dual, conocido como terapia neoadyuvante, ha demostrado aumentar la probabilidad de extirpación completa del tumor, reduciendo las complicaciones posoperatorias y mejorando la calidad de vida del

paciente.

La radioterapia postoperatoria, o terapia adyuvante, despliega su acción como un baluarte defensivo. Dirige su atención hacia posibles células cancerosas residuales, reduciendo la probabilidad de recurrencia. Este enfoque preventivo ha mostrado resultados prometedores al fortalecer los efectos de la cirugía y prolongar los períodos de remisión, contribuyendo a un pronóstico más positivo.

En la elección entre la radioterapia de haz externo y la braquiterapia, la personalización del tratamiento se convierte en la clave. La radioterapia de haz externo administra dosis precisas desde una fuente externa, ideal para tumores en etapas tempranas. Por otro lado, la braquiterapia involucra la colocación interna de fuentes radiactivas, siendo una opción preferida en tumores localizados.

Sin embargo, no se puede pasar por alto la otra cara de la moneda: los efectos secundarios. Desde fatiga hasta problemas intestinales, estos efectos pueden afectar la calidad de vida del paciente. La gestión adecuada de estos efectos secundarios se convierte en un aspecto crítico del tratamiento, requiriendo un equilibrio cuidadoso entre la erradicación del cáncer y la preservación del bienestar general del paciente.

En conclusión, la radioterapia en el cáncer de próstata demuestra ser un arma valiosa en la lucha contra esta enfermedad. Su capacidad para reducir tumores, tanto antes como después de la cirugía, ofrece un enfoque integral y efectivo. No obstante, la optimización de esta estrategia requiere una comprensión profunda de sus complejidades, desde la selección de técnicas hasta la gestión de efectos secundarios, marcando un camino hacia la mejora continua en la atención oncológica.

5 Discusión-Conclusión

En el tejido complejo del tratamiento del cáncer de próstata, la radioterapia emerge como un aliado inquebrantable. Su doble función, preparando el escenario preoperatoriamente y actuando como guardián postoperatorio, revela un paradigma evolutivo en la atención oncológica. Aunque los efectos secundarios plantean desafíos, su gestión meticulosa no puede eclipsar los beneficios cruciales. La radioterapia no solo mejora las tasas de éxito en la extirpación del tumor, sino que también prolonga períodos de remisión, brindando esperanza a los pacientes. Este capítulo subraya la necesidad de una comprensión holística, desde la elección de técnicas hasta la atención de efectos secundarios, destacando la constante evolución de la radioterapia como piedra angular en la lucha contra el cáncer de próstata y la mejora continua de la calidad de vida de quienes

enfrentan esta batalla.

6 Bibliografía

1. Esteban, J., et al. (2019). "Radioterapia en el Cáncer de Próstata: Una Revisión Integral." *Revista de Oncología*, 20(4), 123-135.
2. Gonzalez, A., et al. (2020). "Estudio Comparativo de Radioterapia Externa y Braquiterapia en el Tratamiento del Cáncer de Próstata." *Revista Internacional de Oncología Radioterápica*, 25(2), 87-95.
3. Organización Mundial de la Salud. (2018). "Directrices para el Tratamiento y Manejo del Cáncer de Próstata." Ginebra: WHO Press.

Capítulo 359

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA PREPARACIÓN DE LA EXTENSIÓN SANGUÍNEA

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

1 Introducción

La observación del tejido sanguíneo y su composición es una de las bases de la hematología. El procesamiento de estas muestras es fundamental para el diagnóstico, por lo que el Técnico debe realizar las diferentes técnicas de forma correcta, además de reconocer mediante la visualización al microscopio los diferentes componentes de este tejido.

La extensión o frotis sanguíneo supone el estudio básico del laboratorio de hematología, realizándose sobre un portaobjetos. La extensión puede realizarse de sangre periférica o de grumo medular. Estas últimas se realizan a partir de una muestra del contenido de la médula ósea y se tiñen para la observación del aspecto y el número de las células al microscopio, con el objetivo de diagnosticar, por ejemplo, patologías oncohematológicas.

En el frotis de sangre o extensión se observan el tamaño, la forma y el número de las células. Eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Según el tipo de célula que se observe pueden determinarse anomalías en las características que se observan, como por ejemplo la aglutinación de eritrocitos o microesferocitos, que son

células hipercrómicas que han disminuido su tamaño. Otro ejemplo de patología que puede diagnosticarse mediante el frotis es la anemia.

El proceso de examen de la muestra tiene métodos automatizados también como la medición de las células o el recuento.

2 Objetivos

- Exponer la técnica para realizar una extensión sanguínea.
- Describir la observación al microscopio de la muestra obtenida y sus componentes.

3 Metodología

El capítulo expuesto se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica de la documentación como artículos científicos procedentes de bases de datos como Scielo, mediante la cual se ha elaborado una redacción de la información más relevante sobre el tema expuesto.

4 Resultados

La extensión sanguínea periférica está indicada cuando en el hemograma aparezca alguna desviación del recuento celular o haya sospecha clínica de alguna patología que se manifieste hematológicamente. En el caso de la extensión periférica se observarán los eritrocitos, leucocitos y plaquetas.

La extensión sanguínea se lleva a cabo depositando una gota de sangre de la muestra a estudiar sobre un portaobjetos. Después, utilizando otro portaobjetos, se realiza un movimiento a unos 30 o 45°C la extensión de esta sangre de forma que queda una capa de células de poco grosor, y de una longitud de unos 3 o 4 centímetros. Tras la extensión se pueden realizar diferentes tinciones como May Grunwald Giemsa, tinción de Wright. Según la tinción se pueden observar diferentes características.

Los componentes celulares de la sangre son los leucocitos, que pueden dividirse en fagocitos (granulocitos y monocitos) e inmunocitos (linfocitos), los eritrocitos y las plaquetas. Los granulocitos son:

- Eosinófilos: son de carácter básico, por lo que fijarán colorantes ácidos y poseen un núcleo lobulado.
- Basófilos: contienen enzimas liberadas en reacciones alérgicas.

- Neutrófilos: posee un núcleo segmentado en 2-5 lóbulos, fijan colorantes ácidos y básicos.

Las plaquetas no tienen núcleo, forman el tapón plaquetario. Están formadas por fragmentos celulares de megacariocitos.

En las tinciones pueden observarse diferentes artefactos que deben diferenciarse para evitar confundirlos con hallazgos de la muestra. Los defectos en la extensión pueden ser una longitud excesiva o escasa o un grosor escaso o excesivo, por lo que es importante que el Técnico domine la técnica para evitarlo. También puede fragmentarse la extensión por la ausencia de uniformidad al deslizar el portaobjetos.

En cuanto al aspirado de la muestra de médula ósea, el procedimiento se realiza poniendo la suspensión realizada sobre el portaobjetos, deslizando los grumos sobre otro portaobjetos y extendiéndolo horizontalmente.

5 Discusión-Conclusión

La extensión sanguínea supone un estudio básico y fundamental en el laboratorio de hematología, permitiendo observar tanto sangre periférica como muestras de médula ósea. La técnica de extendido permitirá, tras depositar una gota de la muestra y extenderla con ayuda de otro portaobjetos, observar una capa fina de células, analizando su tamaño, número y forma. Cada tipo de célula puede presentar diferentes características que indiquen patologías de diferentes tipos. Es importante que el Técnico de Laboratorio domine esta técnica y el procesamiento de esta muestra debido a la gran frecuencia con la que se realiza y el gran número de anomalías que permite distinguir.

6 Bibliografía

1. Técnicas de análisis hematológico. Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico y Biomédico.
2. Ventimiglia, F. D. (s. f.). Valor diagnóstico de la morfología eritrocitaria en las anemias. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572017000300013#:text=Entre%20las%20patolog%C3%ADas%20donde%20la,las%20anemias%20macro%C3%ADticas%20\(3\).](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572017000300013#:text=Entre%20las%20patolog%C3%ADas%20donde%20la,las%20anemias%20macro%C3%ADticas%20(3).)

Capítulo 360

PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y EL ANÁLISIS EN EL LABORATORIO

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

1 Introducción

El hígado es el órgano encargado de segregar bilis para la digestión, sintetizar proteínas plasmáticas, almacenar vitaminas y glucógeno y eliminar diversas sustancias nocivas del organismo. Es decir, tiene funciones metabólicas, inmunológicas, de almacenamiento y de hematopoyesis. Debido a sus múltiples funciones, es un órgano indispensable para la vida, por lo que sus patologías pueden ser graves para el paciente.

La insuficiencia hepática puede ser aguda, subaguda o crónica, aunque no existe un sistema de clasificación que esté aceptado de forma universal.

La insuficiencia hepática aguda es un síndrome producido como consecuencia de una necrosis masiva del tejido hepático que se manifiesta por una alteración de las funciones del hígado. Puede estar causada por infecciones virales, tóxicos, medicamentos, alteraciones vasculares, esteatosis aguda masiva del embarazo y otras causas. El diagnóstico de insuficiencia hepática aguda grave se realiza en presencia de encefalopatía hepática (pérdida de función cerebral cuando el

hígado ya no es capaz de eliminar toxinas de la sangre) y un descenso de la tasa de protrombina por debajo del 40%, siendo lo normal un 100%.

Las pruebas de evaluación de la función del hígado incluyen test bioquímicos y niveles de diferentes moléculas como la bilirrubina sérica y la albúmina, además de las pruebas de coagulación ya mencionadas.

2 Objetivos

1. Describir la patología del hígado y los diferentes parámetros que evalúan la función hepática.
2. Exponer los análisis que permiten estudiar dichos parámetros.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas de las manifestaciones que podemos encontrar en las analíticas a realizar para evaluar la función hepática son:

- En la lesión hepática: ictericia por la hiperbilirrubinemia conjugada, un aumento de las transaminasas GOT y GPT, una disminución de los factores de la coagulación, una disminución de la síntesis de albúmina, una disminución de la pseudocolinesterasa (proteína producida en el hígado con unos valores de 5500 UI. Esta última reducción ocurre de forma paralela a la insuficiencia hepática, siendo los niveles de 500 UI cuando el paciente está extremadamente grave.
- En el fallo multiorgánico ocurrirá: encefalopatía, infecciones, coagulopatía, alteraciones hemodinámicas, hipoglucemia, hipopotasemia e hiponatremia, alcalosis respiratoria y metabólica o acidosis metabólica.

Para evaluar el grado de insuficiencia hepática crónica se sigue la clasificación y puntuación de CHILD-PUGH, que tendrá en cuenta el nivel de bilirrubina en mg / dl, la albúmina, el tiempo de protrombina y otros parámetros.

- El tiempo de protrombina permite medir cuánto tiempo tarda el coágulo en generarse en una muestra sanguínea, por lo que podemos evaluar la función de la coagulación y la función hepática, puesto que la protrombina se genera en el hígado.
- La albúmina es sintetizada por las células hepáticas antes de entrar al torrente sanguíneo. Los niveles de albúmina permiten identificar daño renal o hepático.
- La bilirrubina se produce durante la descomposición de los eritrocitos y pasa por el hígado, indicando patologías hepáticas o del conducto biliar

Estos tres parámetros son los que miden la capacidad funcional hepática, el resto de parámetros como aspartato aminotransferasa (AST), ALT y GGT junto con FA indican el daño que ha sufrido el hígado. Además, estos parámetros pueden solicitarse para hacer pruebas de screening como prevención en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

El hígado es un órgano vital que realiza múltiples funciones en el organismo relacionadas con el metabolismo, la hematopoyesis, el almacén de diferentes sustancias y otras. Cuando hay alguna patología es importante diagnosticarla, puesto que una insuficiencia hepática puede suponer un problema grave para el paciente. Se solicitan distintos parámetros al laboratorio para evaluar la función hepática y la lesión que pueda haber, mediante bioquímica o niveles de distintas proteínas. El técnico de laboratorio debe conocer la fisiología del hígado y la evaluación de la función hepática mediante los análisis de laboratorio, llevándolos a cabo y conociendo la lectura de los resultados.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Escorsell, A., Castellote, J., Sánchez-Delgado, J., Charco, R., Crespo, G., & Fernández, J. (2019). Manejo de la insuficiencia hepática aguda grave. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterología y Hepatología, 42(1), 51-64. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.07.013>.

Capítulo 361

MEDICIÓN DE TA-GT (TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR – GARGANTA DE LA TROCLEA) MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ROCÍO MORALES PINAR

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

Esta prueba está indicada en ciertas patologías como artrosis femoropatelar, luxación recidivante de rótula e inestabilidad rotuliana.

La artrosis femoropatelar puede presentarse de forma aislada o combinada, pero por lo general se asocia a lesiones de distintos compartimentos. Esta lesión se observa frecuentemente en pacientes con gonartrosis. Son muy característicos el dolor y la sensación de inestabilidad.

El dolor de esta patología suele localizarse en la cara anterior de la rodilla y va aumentando de intensidad con ciertos movimientos, como pueden ser subir escaleras. Ponerse en cuclillas o arrodillarse. Estos pacientes, después de mantener

flexionada la rodilla durante un periodo largo de tiempo necesitan estirla para aliviar el dolor tan intenso.

El tratamiento de esta patología depende de factores como: la edad, factores de predisposición y grado de la enfermedad.

La luxación recidivante de rótula es consecuencia de la alteración de uno o más partes de los tejidos blandos que limitan el desplazamiento de la rótula, de la geometría y la alineación fémoro-rotuliana y de la extremidad inferior, como también de modificaciones o alteraciones de la marcha.

La inestabilidad rotuliana trata de un proceso mediante el cual la rótula no se encaja de manera correcta al flexionar la rodilla en la tróclea femoral, pudiendo incluso salirse y provocar una luxación de la rótula.

La rodilla falla cuando el paciente se realiza actividad física, como puede ser andar, correr o bajar escaleras. Esta inestabilidad puede responder a causas muy diversas.

Los factores principales son la altura de la rótula, la distancia TA-GT excesiva y displasia del cuádriceps.

Todas ellas tienen en común muchos factores, por ello con esta medición a través de la tomografía computarizada podemos definir la presencia o ausencia de una o varias a la vez.

2 Objetivos

- Realizar la tomografía computarizada paso a paso.
- Explicar el postproceso de las imágenes obtenidas por el técnico en la tomografía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han consultado páginas de interés, contrastando artículos en base de datos como: SCIELO, ELSEVIER y EPOS.

Además de ser utilizada la experiencia profesional en el Servicio de Radiología para el Diagnóstico, tanto del autor como de los coautores.

4 Resultados

La realización de la tomografía computarizada se lleva a cabo por el técnico en diagnóstico para la imagen y los pasos a seguir son los siguientes:

- Paciente en decúbito supino con piernas en extensión completa y rotación externa de los 15°.
- Escanograma lateral de ambas rodillas.
- Se programa un bloque de cortes que pasen por la rótula y la tróclea femoral con una angulación del gantry de 15°. Uno de estos cortes deberá pasar por el centro de la rótula y por el centro de los cóndilos. Se debe comprobar que se han obtenido imágenes en las que se ven las rótulas y el surco intercondileo debiéndose elegir aquella en que el surco es más profundo.
- El 2° grupo de cortes se programa sobre la tuberosidad tibial sin inclinar el gantry (angulación 0°). Se selecciona el mismo protocolo que hemos utilizado, en este momento se centra en la tuberosidad tibial y se quita la angulación.
- NO SE MODIFICA EL FOV

Hecho esto se realiza un postproceso de las imágenes. En este momento obtendremos las medidas TA-GT de las rodillas.

La medida TA-GT se obtiene superponiendo dos cortes:

- 1) El corte en que se vean mejor el vértice más profundo del surco troclear y la rótula.
- 2) El corte en que la tuberosidad tibial sea más prominente (zona de inserción del tendón rotuliano).
- 3) Se superponen los dos cortes elegidos y se mide la distancia entre dos líneas paralelas que pasen por el centro del surco (vértice troclear) y por el punto más prominente de la tuberosidad tibial y que se trazan proyectándose perpendicularmente sobre la línea bicondílea posterior.

El valor normal medio es de 13 mm, con un rango de 7 a 17 mm. Se considera claramente patológico por encima de 20 mm.

Posteriormente será visualizado por el radiólogo, el cual concluirá un diagnóstico y realizará el informe de la prueba.

5 Discusión-Conclusión

La tomografía computarizada permite apreciar correctamente la alineación y la congruencia fémoro-rotuliana, por lo que le aporta al radiólogo gran información para descartar o confirmar estas patologías.

No siendo la única prueba que se puede realizar para llevar a cabo estos hallazgos por el médico radiólogo. Ya que, otras pruebas como la resonancia magnética, la radiografía convencional o incluso una artroscopia nos pueden aportar también mucha información de las mismas.

No obstante, la extensa base de datos derivada de las mediciones obtenidas con TC y el ahorro de tiempo y dinero en relación con la resonancia justifican que esta modalidad diagnóstica se siga utilizando para evaluar estas tres afectaciones rotulianas.

6 Bibliografía

1. J. Andrish. Recurrent patellar dislocation. Elsevier. 2006
2. Dr. Alejandro Álvarez López, Dra. Yenima García Lorenzo, Dra. Guadalupe López Lastre, Lic Mercedes López Lastre. Patellofemoral osteoarthritis. Scielo. 2013
3. A Álvarez-López, SR Soto-Carrasco , YC García-Lorenzo. Behavior of patients with patellofemoral osteoarthritis. Scielo. 2018
4. R. López Ortiz, F. Valverde Cámara, J. Quintero Quesada, N. Zurita Uroz, S. Gálvez Sánchez-Rando, I. De Gálvez Aranda, I. Esteo Pérez, J I. Abad Rico. Radiological evaluation of instability in the patella. Elsevier. 2001
5. C. Ramírez Fuentes, I. Elía Martínez, M. Vega Martínez, M. Graells, A. Serrano Olaizola, Y. Pallardó Calatayud. Inestabilidad femoropatelar: principios, diagnóstico por imagen y manejo terapéutico. EPOS. 2012

Capítulo 362

ANEMIA FERROPÉNICA. IMPORTANCIA DE LA DETERMINACIÓN DE HIERRO EN SANGRE.

TAMARA HERRERO VALERO

MARIAM BLANCO NOVILLO

1 Introducción

La anemia ferropénica es un tipo de anemia que se produce cuando el cuerpo no tiene los niveles suficientes de hierro, esto deriva a no producir una cantidad adecuada de hemoglobina, lo que supone una disminución en la cantidad de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos, también conocidos como eritrocitos, desempeñan un papel fundamental en el transporte de oxígeno, por lo que la disminución de estos puede tener varias consecuencias como fatiga y debilidad, palidez, mareos y dificultad para respirar, palpitaciones, dificultad en la concentración... entre otros.

En la actualidad, el control y detección de la anemia continúa siendo una preocupación en la salud pública a escala mundial. La anemia puede ser causada por diversas condiciones médicas como la deficiencia de vitamina B12, enfermedades crónicas, trastornos hereditarios, pero la deficiencia de hierro abarca la mitad de los casos de anemia en el mundo.

Los grupos poblacionales que más se encuentran en riesgo son los lactantes, niños preescolares, adolescentes propensos por una alta demanda de hierro de

sus organismos, las mujeres en edad reproductiva e incluso obesos y atletas profesionales (en estos casos por una elevada cantidad de hepcidina en sangre, hormona reguladora liberadora de hierro de las células de almacenamiento). Muchas veces los motivos son una dieta inadecuada, hemorragias, problemas de absorción intestinal... en definitiva, es motivo de estudio para su correcto diagnóstico y tratamiento.

La determinación de hierro en sangre es fundamental para una detección temprana de anemia ferropénica, en este capítulo se entenderá la importancia de esta molécula y las posibles determinaciones de diagnóstico para la anemia ferropénica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es entender el funcionamiento y posición del hierro en el eritrocito y dar a conocer algunas determinaciones de hierro en sangre en el laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro para producir una cantidad adecuada de hemoglobina es lo que conocemos como anemia ferropénica. La hemoglobina forma parte de la composición de los glóbulos rojos, y es un elemento fundamental para su función principal: transportar oxígeno a través de la sangre. La hemoglobina está compuesta por cuatro subunidades, conocidas como globinas, cada una de ellas está unida a un grupo hemo. Cada grupo hemo está formado por una protoporfirina (molécula orgánica de cuatro anillos pirrólicos y átomos de carbono) y en el centro un átomo de hierro (Fe^{2+}) que es el elemento esencial para la función de la hemoglobina. El hierro tiene la capacidad de unirse de forma

reversible al oxígeno formando la oxihemoglobina, lo que permite que la sangre transporte oxígeno de los pulmones al resto del organismo.

Existen diferentes pruebas bioquímicas para calcular la cantidad de hierro en sangre, entre ellas:

- Determinación de ferritina en sangre: Mide la cantidad de hierro en los almacenes del organismo.
- Índice de transferrina: Cantidad de transferrina que hay en sangre.
- (TIBC) Capacidad total de unión al hierro. Mide la capacidad que tiene la transferrina y otras -proteínas para unirse a la molécula de hierro.
- Determinación de hierro en suero: Mide la cantidad de hierro en sangre.

Los valores considerados normales para cada prueba dependerán de la referencia consultada en cada laboratorio.

Estas determinaciones son prácticas poco invasivas que consiste la extracción de sangre con una aguja donde puede experimentarse un leve dolor en el momento del pinchazo o un posterior moretón donde se insertó la aguja. Las pruebas mencionadas suelen emplearse para diagnosticar los diferentes tipos de anemia, o incluso comprobar si hay niveles demasiado altos de hierro, lo que desembocaría en una enfermedad llamada hemocromatosis que resulta de la intoxicación por exceso de hierro. También sirven para llevar un control del tratamiento de estos posibles excesos o deficiencias.

Antes de realizar estas analíticas es importante seguir las recomendaciones del médico o del personal profesional de la salud. Las indicaciones suelen ser un ayuno de 12 horas antes de la prueba, por lo que suele hacerse generalmente a primera hora de la mañana.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día resulta sencillo la determinación de hierro en sangre para el diagnóstico de anemia ferropénica, por lo que su prueba suele incluirse en muchas analíticas rutinarias. Esto se hace también porque sus síntomas pueden ser comunes a otras deficiencias o problemas médicos, por lo que meter estas pruebas en la analítica ayuda al cribado de posibles enfermedades. No obstante, es importante tener en cuenta que un déficit de hierro no siempre suele ser causado por un origen de problema de salud, también se observan casos de hierro por debajo de los valores normales en personas que toman algunos tratamientos como las píldoras anticonceptivas y otros medicamentos con estrógenos. Además, muchas mujeres sufren cada mes hemorragias (no patológicas) durante el ciclo menstrual

que provoca grandes pérdidas, todos estos factores han de tenerse en cuenta a la hora de elaborar un diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Hemoglobina, una molécula modelo para el investigador. [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a12.pdf>.
2. Avances en el diagnóstico y tratamiento de deficiencia de hierro y anemia ferropénica. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100065.
3. Pruebas de hierro. [Internet] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-hierro/>.
4. Anemia por deficiencia de hierro en infancia, niñez y adolescencia. [Internet] Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10440944/>.

Capítulo 363

CODIGO ICTUS: PROTOCOLO, SÍNTOMAS Y MODO DE ACTUACIÓN

ANA LUISA MORA VICARIO

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

Un Código Ictus es el proceso en el cual existen una serie de acciones de profesionales médicos y protocolos de actuación, los cuales ocurren cuando existe una sospecha de que una persona está siendo sometido a un accidente cerebrovascular o ictus. El principal objetivo es minimizar al máximo los daños cerebrales y mejorar las posibilidades de recuperación, proporcionando para ello atención médica urgente.

La clave en un CÓDIGO ICTUS es la velocidad de reacción con la que se emplea la activación de este protocolo, y no centrarnos solo en el modo de actuación que debemos emprender al detectar alguno de los síntomas propios de dicho ictus en una persona. Cuando esto ocurre, es el momento en el que se activan todas las alarmas y debemos comenzar a tomar las medidas que corresponden para pasar a la acción: urge de inmediato el traslado por parte de los profesionales o servicios sanitarios a un hospital con Unidad de Ictus. Pero como ya hemos dicho

anteriormente, un Código Ictus no es un simple plan de actuación, sino que se trata de una maniobra para procurar salvar vidas, actuaciones que todo el mundo deberíamos saber utilizar como alertas en cuanto veamos sus síntomas, para ayudar a reducir el riesgo tanto de mortalidad como la gravedad de las secuelas que crea esta enfermedad.

El acto que se provoca cuando la arteria intracraneal se bloquea, se interrumpe parcial o totalmente el torrente sanguíneo privando el oxígeno y la glucosa necesaria al cerebro y esto es a lo que llamamos ICTUS isquémico. Las células cerebrales mueren, destruyendo la parte de cerebro afectada, debido a la falta de oxígeno.

Los principales síntomas detectados en las últimas 24 h son: dificultad para enfocar o a su vez pérdida de visión de uno o ambos ojos, debilidad o parálisis repentina en cara, brazo o pierna, confusión generalizada, dificultad para hablar, cefalea brusca e intensa sin causa aparente asociada a vómitos y náuseas o dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro es exponer y dar a conocer el Código Ictus. Junto con su protocolo, síntomas y modo de actuación.

3 Metodología

Para la realización de este presente estudio, me he basado en búsquedas de información sobre la actuación ante un código ictus como por ejemplo en la editorial “MARBAN”, “DIEGO MARIN LIBRERO” o “WATSON”. También he buscado comparativas en diferentes webs que estén basadas en esta técnica como en la página oficial del SUMMA112, para poder descartar un ictus tanto en su detección, protocolo a seguir, síntomas y modos de actuación.

4 Resultados

El objetivo de implementar un código ICTUS es proporcionar una respuesta rápida y eficiente ante la sospecha de un accidente cerebrovascular. Esto incluye la activación de un equipo médico especializado, la realización de pruebas diagnósticas y el inicio temprano del tratamiento adecuado.

El objetivo final es reducir el tiempo de atención y minimizar el daño cerebral, mejorando así las posibilidades de supervivencia y recuperación del paciente.

Para ejercer ante un código ictus hay que desarrollar todo un procedimiento asistencial coordinado con el fin de identificar precozmente el ictus, incluyendo la llamada de activación de los servicios de emergencia y, una vez reconocido como posible ictus, comienza su valoración, tratamiento y traslado.

Se activa llamando al número de emergencias 112 y se especifican los síntomas que alertan de la presencia de un ictus. A continuación, una ambulancia acudirá a valorar al paciente y si cumple los criterios diagnósticos, se le trasladará al hospital como Código Ictus (máxima prioridad).

Aquí entra la función de la radiología. Las pruebas de radiología que se realizan a día de hoy para diagnosticar un ictus son el Tomografía Axial Computarizada TAC o escáner, ecografía-doppler carotídea o transcraneal y la resonancia magnética.

- Con el TAC o escáner, se detectará si se trata de un ictus isquémico o hemorrágico. Si los síntomas existen, pero exime de una imagen de infarto, podría darse el caso de un Ataque Isquémico Transitorio (AIT), aunque en las 24 h primeras no se observa a veces el infarto en el TAC y será necesario repetirlo después para confirmar. De esta manera permitirá visualizar la extensión del mismo, y proporcionará ayuda a descartar otras enfermedades que puedan simular los mismos síntomas (tumores, abscesos). La prueba es más precisa cuando se administra contraste “angioTAC”, realizando un estudio preciso de troncos supraórticos (TSA).
- La resonancia se realiza para poder definir mejor algunas zonas cerebrales afectados para poder realizar posteriormente un tratamiento intervencionista (la colocación de un stent, por ejemplo).
- La ecografía de las arterias carótidas aporta datos e información sobre posibles trombos detectados en ellas que son el punto de partida de posteriores fragmentos que van hasta obstruir una arteria cerebral y provocar un ictus. El doppler transcraneal valorará principalmente el estado de ciertas arterias en la periferia de la zona afectada o infartada, con gran importancia para detectar la gravedad y el pronóstico.

Por lo tanto, El ICTUS puede ser producido tanto por el bajo flujo sanguíneo por el bloqueo de la arteria craneal privando la oxigenación al cerebro o por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral:

- En el primero hablamos de un ictus isquémico: son los más frecuentes dentro de la familia de los ictus. El resultado final de este daño es el infarto cerebral: Es una situación irreversible ya que provoca la muerte de las células cerebrales de la zona afectada por dicho ictus debido a la falta de nutrientes y oxígeno que no

llegan a ser proporcionados por la falta de riego sanguíneo.

- En el segundo hablamos de un ictus hemorrágico: Estos sucesos son menos comunes, sin embargo su tasa de mortalidad es copiosamente mayor. Los pacientes que sobreviven a un este ictus suelen presentar, a su larga, secuelas menos graves.

5 Discusión-Conclusión

El SUMMA112 registró y activó en el año 2018 una media de 1.800 casos de ictus generales dentro de la Comunidad de Madrid. Estos datos registran que este tipo de códigos son la más frecuente y con máxima actividad dentro de los códigos.

Son trastornos, que por cifras afectan en mayor medida a personas de avanzada edad aunque no se descarta que también se den en personas jóvenes.

Sin embargo, el ictus en la edad pediátrica es un gran reto diagnóstico y terapéutico. Aunque como ya hemos apuntado anteriormente se dan en personas avanzadas y con menos frecuencia en jóvenes, en niños es muy poco común pero también hay casos, los cuales están siendo investigados con detenimiento.

Cada vez más hospitales cuentan con Unidad de Ictus, que gracias a que disponen de personal sanitario especializado en estos casos de salud y a los cuidados determinados que se administran a los pacientes, está demostrado que es posible reducir la tasa de mortalidad y las secuelas de los pacientes que sufren un ictus, siempre y cuando reciban a tiempo el tratamiento apropiado.

Una de cada cuatro personas aproximadamente que sobrepasen los 25 años de edad sufrirá un ictus a lo largo de su vida. Dato según la Sociedad Española de Neurología (SEN), hay datos recopilados que afirma que en España el ictus es la segunda causa de muerte y cada año lo sufren 110.000 personas, de las que fallecerá al menos un 15%.

6 Bibliografía

- ☒ CODIGO ICTUS 2018. Dra. Marta Pacheco Jiménez. Editorial Marban Libros.
- ☒ CODIGO ICTUS: Prevencion Y Atencion Extrahospitalaria. Dra. Blanca Carrasco Patiño. Editorial : Diego Marin Librero Editor- 9788416908271.
- ☒ La TC De Perfusión En El “Código Ictus” CT Perfusion In The “Stroke Code” Mayoral Va, Guirola Jaa , Pérez Cb , Gimeno Mja A Servicio De Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España Editorial: WATSON.
- ☒ Página Oficial De La Comunidad De Madrid. CÓDIGO ICTUS. (2016, noviembre 25). <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/codigo-ictus>

☒ Página Oficial Del Suma 112. CÓDIGO ICTUS. (2018, septiembre 13).
<https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/profesionales/programas-desarrollo/codigo-ictus>

Capítulo 364

ESTUDIO DE ARTERIAS CORONARIAS POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

1 Introducción

Una de las principales causas de muerte es la enfermedad coronaria, siendo necesarias técnicas no invasivas para su temprano diagnóstico. Las patologías de las arterias coronarias pueden causar dolor precordial, muerte súbita e isquemia miocárdica, por esto es importante la identificación de estas anomalías. Durante años se ha realizado la angiografía para su diagnóstico, pero debido a su alto costo y baja disponibilidad, ahora, se realiza Tac coronarios porque estas son pruebas más rápidas y permiten una buena visualización de las arterias.

El estudio de TAC de arterias coronarias es una técnica no invasiva donde conseguimos información sobre la ubicación y extensión de alguna calcificación. La calcificación aparece cuando existe la acumulación de grasa u otras sustancias en las arterias. Esta sustancia se puede calcificar, lo que en un futuro dará una

enfermedad coronaria. Estos pacientes pueden sufrir ataques cardiacos y si este cúmulo fuese a más se podría dar un ataque cardiaco o angina de pecho.

Los principales riesgos son:

- Colesterol alto.
- Diabetes.
- Tabaco.
- Sobrepeso.
- Alta presión arterial.

Los beneficios de esta prueba son:

- Este procedimiento sirve para evaluar la cuantificación de calcio de una forma rápido y no invasiva.
- El estudio es rápido, indoloro y solo requiere de contraste intravenoso.
- Una vez realizada la exploración, el paciente puede volver a sus actividades normales.
- No queda radiación en el cuerpo una vez acabado el estudio.
- La radiación no genera efectos secundarios.

La preparación del paciente es única y exclusivamente 6 h de ayunas y las recomendaciones del médico. Al realizar la prueba se coge una vía periférica para administrar el contraste. El paciente debe tener una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minutos (lpm) por lo que el cardiólogo previamente le ha tenido que mandar medicación para disminuir estas pulsaciones. Durante la prueba se administrará nitroglicerina para ayudar a la dilatación de las arterias coronarias y que estas, puedan visualizarse mejor.

2 Objetivos

- Dar a conocer el uso de esta técnica.
- Explicar sus beneficios y los riesgos.
- Explicar todos los avances que encontramos en el día de hoy en esta exploración.

3 Metodología

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

4 Resultados

La tomografía axial computarizada (TAC) es una modalidad de imagen no invasiva que demuestra alta precisión en detección de enfermedades coronarias. Con el paso del tiempo, su resolución espacial y temporal han mejorado, las cuales son muy importantes para imágenes cardíacas.

Es muy importante remarcar que antes de este tipo de estudio se debe realizar una cuantificación de calcio. Este tipo de estudio no lleva contraste, se realiza en muy poco tiempo y no importa la frecuencia cardíaca del paciente. Cuando una cuantificación de calcio sale negativa, quiere decir que el paciente no tiene calcio en las arterias coronarias. Con este diagnóstico procedemos a realizar el Tac de coronarias. En cambio, si sale positivo y el paciente tiene un valor superior a 400 de calcio, no se realiza el estudio de arterias coronarias.

Entre las limitaciones de este tipo de exploración se encuentran que se requiere la inyección de contraste intravenoso. Esto se debe tener en cuenta porque cierto número de pacientes pueden presentar problemas renales o tienen un riesgo elevado de poder sufrir una nefropatía. Para pacientes con insuficiencia renal leve se puede usar, ya que se obtiene una mejor calidad de imagen con menor poco contraste. Las reacciones adversas no se suelen dar en pacientes con ningún tipo de problema renal. Si consideramos aparte de esto el tema de la dosis, se usan técnicas de adquisición prospectivas, las cuales reducen bastante la dosis. En paciente con frecuencias cardíacas elevadas es complicado realizar este estudio, por lo que es muy importante que el cardiólogo les mande la medicación adecuada para la realización de este tipo de estudio.

Para los estudios de segmentación del lumen de las carótidas se obtienen % muy altos tanto en la especificidad como en la sensibilidad.

5 Discusión-Conclusión

Históricamente, las pruebas para la evaluación de pacientes con dolor torácico, eran costosas y laboriosas. Todas las investigaciones muestran una evaluación adecuada de pacientes con este tipo de estudio.

Se demuestra, en distintos estudios, que este tipo de exploración es más segura y confiable en el diagnóstico debido a su especificidad y la sensibilidad. Aparte, las dosis de radiación usadas en este tipo de estudio en comparación con el cateterismo cardíaco son muy bajas.

Los avances de la segmentación del lumen arterial son cada vez mayores. Si los basamos en resultados y experiencias en distintos estudios muestran una mejora

en estos. Gracias a los programas de postproceso y a los médicos radiólogos trabajando mano a mano con cardiólogos podemos concluir que es una prueba bastante eficaz y con muchos beneficios.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Ricardo A Corredor, Maria A Zuluaga, Maciej Orkisz, Marcela Hernández Hoyos, "Segmentación de lumen arterial mediante Support Vector Machines en imágenes de TAC", enero 2012. <https://www.researchgate.net/profile/Maciej>.
5. César Morcillo, José M Valderas, Joan M Roca, Ruperto Oliveró, Cristina Núñez, Mónica Sánchez, Siraj Bechich. "La determinación de calcio coronario con tomografía computarizada en la evaluación del riesgo cardiovascular: un estudio descriptivo". Revista española de Cardiología, vol.60, núm. 3 <https://www.revespcardiol.org/es-la-determinacion-calcio-coronario-con-articulo-13100278>.
6. Sergio Trevethan-Cravioto, Jorge Cossío-Aranda, Marco A. Martínez-Ríos, José A. Arias-González, Enrique Vallejo, Aloha Meave, Eric Kimura-Hayama, "Valor predictivo de la tomografía multicorte para evaluar lesiones obstructivas coronarias, en el preoperatorio de cirugía cardíaca no coronaria", Archivos de cardiología de México, vol.81, n.º 2, abr/jun 2011.

Capítulo 365

LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA DE CUELLO EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS TIROIDEOS

MARIA PANIZO CORCHERO

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

La ecografía de cuello es una técnica de imagen no invasiva que se utiliza para evaluar las estructuras del cuello, en particular la glándula tiroides. En los últimos años, se ha convertido en una herramienta fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los trastornos tiroideos debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas y precisas.

En esta técnica, se utiliza un transductor ultrasónico que emite ondas sonoras de alta frecuencia hacia el cuello. Estas ondas sonoras atraviesan los tejidos y se reflejan de vuelta al transductor, creando imágenes en tiempo real en un monitor. Esto permite visualizar la forma, tamaño y características de la glándula tiroides, así como las estructuras circundantes como los ganglios linfáticos y los vasos sanguíneos.

La ecografía de cuello es especialmente útil en la detección y evaluación de nódulos tiroideos, que son crecimientos anormales en la glándula tiroides. Permite determinar si un nódulo es sólido o quístico, su tamaño, forma y características internas. Además, puede evaluar la vascularización del nódulo, lo cual es importante para determinar su riesgo de malignidad.

Otra aplicación importante de la ecografía de cuello es en el seguimiento de pacientes con enfermedades tiroideas, como el hipotiroidismo o el hipertiroidismo. Permite evaluar los cambios en el tamaño y la apariencia de la glándula tiroides a lo largo del tiempo, lo cual es útil para ajustar el tratamiento y monitorear la respuesta del paciente.

En este trabajo, exploraremos a fondo la relevancia y los beneficios que aporta la ecografía de cuello en la detección temprana y el manejo efectivo de estas condiciones y diagnóstico médico.

2 Objetivos

Reconocer los diferentes patrones por ecografía de cuello de la patología tiroidea con relación de los mismos, los hallazgos y resultados de la patología.

3 Metodología

En este trabajo, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica para recopilar información relevante sobre el uso de la ecografía en el diagnóstico y manejo de los trastornos tiroideos. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica publicadas en los últimos años. Para ello se han consultado las bases de datos Pubmed, Scielo y Medline. Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

En la actualidad, aproximadamente el 10% de la población mundial, según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta trastornos tiroideos. Esto se traduce en más de 750 millones de individuos afectados. En el año 2021, se registraron alrededor de 543,350 casos en España, la cifra más alta en el período de estudio. En otras palabras, el 10% de la población en España padece algún trastorno tiroideo, pero la mitad de ellos lo desconoce.

La glándula tiroidea, con forma de mariposa, está situada en la base del cuello, justo debajo de la nuez, es crucial para producir dos hormonas fundamentales: la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3), que tienen un impacto en todas las células del organismo.

La ecografía es la técnica de elección para estudiar esta glándula, que regula el metabolismo, o sea, todos los procesos que controlan el ritmo de actividad de las células y los tejidos. Cada lugar de trabajo tiene sus propios protocolos de estudio.

Para una ecografía de tiroides, los pasos a seguir son los siguientes:

1. Preparación: El paciente debe acostarse boca arriba en la camilla con el cuello extendido hacia atrás.
2. Gel conductor: Se aplica un gel conductor en la zona del cuello para facilitar el deslizamiento del transductor.
3. Transductor: Se coloca el transductor sobre la piel del cuello y se desliza suavemente para obtener imágenes de la glándula tiroides.
4. Visualización de la glándula tiroides: Se identifican y visualizan los lóbulos derecho e izquierdo de la tiroides, así como el istmo que los une.
5. Medición de estructuras: Se miden las dimensiones de los lóbulos y el istmo, así como cualquier nódulo o lesión presente.
6. Evaluación de nódulos: Se examinan los nódulos presentes en la tiroides para determinar su tamaño, forma, características internas y vascularización.
7. Doppler color: Si es necesario, se utiliza la técnica de Doppler color para evaluar el flujo sanguíneo en la tiroides y sus nódulos.
8. Registro de hallazgos: Se registran todos los hallazgos encontrados durante la ecografía.
9. Informe y análisis: El médico radiólogo analiza las imágenes obtenidas y elabora un informe con los resultados de la ecografía.

Esta prueba radiológica no requiere preparación especial. El paciente puede sentir una leve molestia debido a que el gel puede estar frío. No implica ningún riesgo para el paciente.

Durante la ecografía, se evalúan diferentes aspectos de la glándula tiroides. Se examina el tamaño y la forma de la glándula, así como la presencia de nódulos o masas. Los nódulos tiroideos son crecimientos anormales que pueden ser benignos o malignos. En caso de detectar un nódulo sospechoso, se pueden realizar otras pruebas adicionales, como una biopsia, para determinar su naturaleza.

Además de los nódulos, la ecografía también puede revelar otras patologías

tiroideas. Algunas de ellas incluyen:

1. Tiroiditis: inflamación de la tiroides que puede ser causada por infecciones virales o autoinmunes.
2. Bocio: agrandamiento de la glándula tiroides debido a deficiencias nutricionales, problemas hormonales o exposición a radiación.
3. Quistes: acumulaciones de líquido en la glándula tiroides que pueden ser benignos.
4. Tumores malignos: como el carcinoma papilar, folicular o medular, que requieren un tratamiento específico.

Un resultado normal indicará que la tiroides tiene un tamaño, forma y posición adecuada. No obstante, en caso de encontrar alguna patología durante la ecografía, como nódulos sospechosos, el médico puede recomendar realizar una biopsia tiroidea para obtener muestras de tejido y realizar un análisis más detallado. La biopsia puede realizarse mediante diferentes métodos, siendo los más comunes la punción con aguja fina (PAAF) y la biopsia por aspiración con aguja gruesa (BAG).

La punción con aguja fina es un procedimiento en el que se inserta una aguja delgada en el nódulo sospechoso para obtener una pequeña muestra de tejido. Esta muestra se envía a un laboratorio para su análisis. Por otro lado, la biopsia por aspiración con aguja gruesa implica la inserción de una aguja más grande para obtener una muestra más grande de tejido.

Una vez obtenidas las muestras, un patólogo las examinará bajo un microscopio para determinar si hay alguna anomalía o células cancerosas presentes. Dependiendo de los resultados, el médico determinará el tratamiento adecuado, que puede incluir seguimiento regular, medicación o cirugía.

En casos en los que se detecten nódulos tiroideos sospechosos de malignidad, es posible que se realice una intervención quirúrgica. La cirugía de tiroides puede implicar la extirpación parcial (lobectomía) o total (tiroidectomía) de la glándula, según la gravedad y la naturaleza del problema.

Es importante destacar que la ecografía de la glándula tiroides y la biopsia tiroidea son procedimientos seguros y generalmente bien tolerados. Sin embargo, es posible que se experimente cierta molestia o presión durante la exploración y la biopsia.

Estos resultados, junto con otros exámenes, ayudarán a orientar y saber qué tipo de patología puede existir en la glándula tiroidea.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía de cuello desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los trastornos tiroideos, ya que proporciona un diagnóstico bueno de las patologías a estudiar en él. Proporcionando información detallada que ayuda a los médicos a realizar un diagnóstico preciso, determinar el tratamiento adecuado y realizar un seguimiento efectivo de los pacientes. La ecografía de cuello debe considerarse como una herramienta complementaria en la evaluación clínica de los trastornos tiroideos para mejorar la atención y los resultados de los pacientes. Su uso adecuado puede llevar a una detección temprana, un tratamiento oportuno y una mejor calidad de vida para aquellos que sufren de trastornos tiroideos.

6 Bibliografía

1. Doppler general editorial MARBAN William J. Zwiebel y John S. Pellerito ISBN9788471016249.
2. ECOGRAFÍA editorial MARBAN Middleton, Kurtz y Hertzberg ISBN 9788471015617.
3. ECOFACIL editorial MARBAN Antonio Lanzas Carmona, Alejandro Soriano Valencia yMaría leal Gondra ISBN 9788418068614.
4. Diagnóstico por imagen de la mama editorial Panamericana Fischer, Baum y Lufner-Nael ISBN 9788498354195.
5. Ecografía Abdominal Aprendizaje paso a paso. Editorial Panamericana ISBN9788498352818.
6. ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA. Editorial MARBAN. Bianchi y Martinoli. ISBN9788471019547.
7. ECOGRAFÍA DE MAMA. Editorial MARBAN. STAVROS. ISBN 9788471015068.

Capítulo 366

INTRODUCCIÓN A LA ELASTROGRAFÍA: AVANCES Y DIAGNÓSTICO DE LOS TEJIDOS

TAMARA RUIZ MADEJON

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

1 Introducción

En este capítulo estudiaremos parte de una categoría, de la reducción de elasticidad o el incremento de la rigidez de los órganos y tejidos, se ha vinculado a una peor predicción, tanto en procesos inflamatorios, en los que suele asociarse a fibrosis, como en procesos tumorales, en los que las propiedades elásticas de los tejidos sanos disminuyen. De igual manera, la valoración de la elasticidad o la rigidez de los tejidos podría favorecer el seguimiento y tratamiento temprano y no invasivo de procesos inflamatorios y tumorales. La elastografía es una técnica justificada en la exploración de los cambios de elasticidad en los tejidos mediante el ultrasonido. Sin embargo, esto no impide que la revisión sea útil para introducir esta técnica a los dermatólogos y llevar a cabo futuros estudios en los que se demuestre la gran utilidad práctica en dermatología. Así pues, la elastografía es una

técnica que ha demostrado ser valiosa en el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías. A medida que avanzamos en este estudio, nos adentraremos en los beneficios clínicos y los recientes avances tecnológicos que están impulsando la eficacia y precisión de esta técnica de diagnóstico, resaltando su papel esencial en el ámbito de la medicina contemporánea.

2 Objetivos

El objetivo principal de la elastografía es mejorar la capacidad diagnóstica y dar datos valiosos para la toma de decisiones clínicas, formando así la optimización de la atención médica y el tratamiento adecuado de los pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en la que se contrastan diferentes artículos, libros, guías clínicas, protocolos de actuación de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, Asociaciones Españolas de Radiología y de Medicina, tantos bases de datos como diferentes tipos de web como Slideshare, Medlineplus, Radiologyinfo, Scielo, Google Academy, Revistas de Medicina, etc. Escogiendo publicaciones más actuales sobre el tema que trata la elastografía y sus avances médicos.

4 Resultados

La elastografía se sustenta en la noción de que los tejidos normales y patológicos exhiben distintas características elásticas. Mediante algoritmos avanzados, se elabora un mapa de dureza que ilustra la distribución de la plasticidad en la zona de interés.

Esta ley relaciona la deformación del material sometido a una fuerza, con la tensión normal generada por dicha fuerza, a través de una constante denominada módulo de elasticidad lineal o módulo de Young. En este caso, el módulo de Young es igual a tres veces la densidad del tejido multiplicado por la velocidad de la onda de cizallamiento, por lo que entonces cuanto más velocidad de cizallamiento, menos elasticidad y más rigidez.

La elastografía de deformación o de compresión manual, donde examinamos las ondas que siguen la misma dirección que la propagación de la onda que parte

del transductor, es decir, asignan un color específico a los tejidos que son duros y otro color a los que son blandos.

En ambas técnicas se puede observar un elastograma donde se aprecian dos colores predominantes, generalmente rojo y azul, que indican si el tejido que se está midiendo es más blando o duro, y para cada color nos indica que el rojo es blando y el azul es duro. El tejido que se muestra en color amarillo o verde posee características intermedias.

Además de realizarse mediante ecografía, la elastografía también puede llevarse a cabo utilizando resonancia magnética con el mismo propósito de evaluar la deformación de los tejidos y calcular su firmeza.

También, se puede estudiar a través de la elastografía de transición (Fibroscan) se utiliza para evaluar la rigidez del hígado y ofrece resultados rápidos y no invasivos.

Una prueba de elastografía es ágil y por lo general es realizada de la siguiente manera:

Se retira la ropa que cubre el área derecha del abdomen para exponer la piel sobre el hígado. Se acuesta en una camilla y el técnico aplica un gel especial sobre la piel. Se retiene la respiración durante 10 a 15 segundos mientras el dispositivo emite una serie de vibraciones en el caso del hígado; si se trata de otra parte del cuerpo, no es necesario.

Las vibraciones atraviesan el tejido y "rebotan" de regreso al dispositivo, que envía la información a una computadora. Los otros dispositivos envían y reciben ondas de radio que una computadora procesa. En la resonancia magnética, el paciente cogerá aire durante 10 a 15 segundos, según dicte la máquina cuando las vibraciones pasen su hígado. El equipo crea imágenes de su hígado que muestran cualquier cicatriz u otros signos de enfermedad hepática.

Para la mayoría de los pacientes, los riesgos de la elastografía son mínimos.

Las patologías más comunes

Hepatología: fibrosis hepática y cirrosis hepática. Permite evaluar el estado de rigidez del hígado, lo que es esencial en el manejo de pacientes con dichas patologías.

Gastroenterología: enfermedad de Crohn y colitis ulceroso. Ayuda a determinar

el grado de inflamación y fibrosis en el tracto gastrointestinal.

Oncología: evaluación de tumores, como el cáncer de mama, tiroides o de próstata, permite caracterizar la rigidez de los tumores, lo que puede influir en la elección de tratamientos.

Cardiología: evaluación cardíaca, se utiliza para evaluar la rigidez de las paredes cardíacas y determinar la función cardíaca.

También, la elastografía está en un auténtico avance constante en los últimos años, junto a la inteligencia artificial, es la combinación de aprendizaje automático que permite una interpretación más precisa y automatizada de los resultados y la elastografía 3D que es capaz de generar imágenes en tres dimensiones mejorando la visualización y caracterización de las lesiones y tejidos. Es importante destacar que la exactitud de las mediciones en elastografía depende de la técnica utilizada y de la capacitación del personal sanitario. Por lo tanto, es crucial contar con profesionales debidamente entrenados en la realización e interpretación de estudios elastográficos.

Además, la elastografía ha experimentado un auténtico avance constante en los últimos años, junto con la inteligencia artificial, es la combinación de aprendizaje automático que posibilita una interpretación más precisa y automatizada de los resultados y la elastografía tridimensional, que es capaz de producir imágenes en tres dimensiones, mejorando la visualización y caracterización de las lesiones y tejidos.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la elastografía es el estudio prometedor en medicina para el diagnóstico. Los avances en la tecnología han visto la posibilidad de evaluar más los tejidos sin invasión, ofreciendo datos importantes para la detección y seguimiento de diversas condiciones médicas. La facilidad de observar la elasticidad de los tejidos ha cambiado la identificación pronto de enfermedades, como neoplasias y trastornos hepáticos. Además, esta técnica es bastante favorable en el control de terapias y en procedimientos quirúrgicos. A medida que la elastografía continúa su evolución, su capacidad para mejorar la atención médica se vuelve cada vez más claro y positivo.

6 Bibliografía

1. Alfageme Roldán F. Elastografía en dermatología. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2016; 107(8):652–60. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-elastografia-dermatologia-articulo-S0001731016301521>.
2. Elastografía [Internet]. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/elastografia/>
3. 159. Elastografía. Conceptos básicos [Internet]. Ecografía Fácil. 2019. Disponible en: <https://ecografiafacil.com/2019/06/23/159-elastografia/>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 367

RIESGOS BIOSANITARIOS EN EL ÁREA DE LA SALUD

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Hipócrates es considerado el padre la medicina, ya que el dio paso a la medicina científica, basada en la observación y exploración de los pacientes para el diagnóstico de patologías y no en magia o creencias religiosas como en sus inicios. La medicina moderna secunda la teoría de Hipócrates, de que, para curar, debemos prevenir.

Cuando hablamos de prevención de riesgos biológicos es igual, debemos identificar los mismos e idear planes de prevención a posibles lesiones. Estos suponen quizás, el peligro laboral mas frecuente entre los empleados de centros hospitalarios.

Los empleados de los hospitales pueden estar en contacto con microorganismos que, por el desarrollo de sus actividades, sin las medidas preventivas pueden surgir patologías no deseadas. El grupo de trabajo de enfermería está expuesto al contagio por vía venosa, igualmente médicos, equipo de mantenimiento, lavandería y demás sanitarios que tienen contacto con fluidos corporales de los pacientes.

Los países desarrollados tienen como preferencia conseguir un alto nivel seguridad para los pacientes y del personal que desarrolla una serie de funciones que garantizan, el bienestar de este.

En España sucedieron una serie de momentos relevantes que a través de los años han marcado el crecimiento en materia de prevención de riesgos, pero no es hasta el año 1995 cuando en el marco normativo se desarrollaron diversas legislaciones a nivel de estado y autonómicas, todas destinadas a encontrar alternativas para reducir o eliminar los riesgos procedentes las actividades laborales.

Otro avance importante, es la creación de materiales incorporados en una serie de dispositivos de seguridad para este tipo de riesgos, que ayudan a reducir las exposiciones percutáneas y mucocutáneas.

En materia de seguridad laboral queda mucho por hacer, pero con el compromiso de los trabajadores utilizando de forma consiente todos los equipos de protección y con la buena gestión de los directivos podemos decir que estamos en el camino, de seguir mejorando.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer la importancia de la prevención de riesgos biológicos en el entorno hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Exponer los principales riesgos en el ámbito hospitalario.
- Enunciar las claves para la prevención de riesgos.
- Identificar las medidas fundamentales frente a la exposición a riesgos biológicos.
- Exponer cómo afecta a los trabajadores sanitarios estar expuesto a los riesgos biológicos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos centrado la búsqueda en las principales bases de datos: SciELO, PubMed, Medline.

• Criterios de inclusión:

- Documentos escritos sólo en el idioma español e inglés.
- Documentos publicados los últimos diez años (10) años.

• Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, distinto al español e inglés.

Palabras claves: Riesgos biológicos, prevención, riesgos laborales, hospital, salud mental, desinfección, higiene, productos químicos.

4 Resultados

Cuando hablamos de riesgo biológico en el entorno sanitario nos referimos a toda exposición a patógenos que pueden causar una afección, a través de la vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosa. Estos comprenden:

- Microorganismo: virus, bacterias, hongos, filamentos, levaduras, priones.
- Microorganismos modificados genéticamente: material genético modificado.
- Cultivo celular: desarrollo in vitro de células aisladas.
- Endoparásitos humanos: organismos unicelulares o pluricelulares que crecen en el interior de un huésped (gusanos).

La infección, alergias y la toxicidad que estas sustancias producen, están entre los efectos adversos que pueden afectar al personal sanitario. Las medidas de prevención van encaminadas a imposibilitar cualquier transmisión del agente biológico, imponer unas series de medidas para la higiene del personal y realizar una constante supervisión de la salud de los trabajadores, además de unas medidas específicas de bioseguridad, si existe contacto directo con dichos riesgos.

La evaluación de estos riesgos deberá ser meticulosa para abordar todas las medidas preventivas factibles. Entre las más comunes podemos mencionar:

- Barreras físicas como medidas de prevención: guantes, mascarillas, pantallas, batas y delantales.
- Medidas preventivas químicas: uso de hipoclorito sódico, povidona yodada, glutaraldehído o biocidas para los conductos de aire.
- Barreras biológicas: obligación de colocar la vacuna de la hepatitis B y recomendación de otras como gripe, tétanos, triple vírica o la varicela.

Así mismo existen unas precauciones generales, sin tener en cuenta el grado de peligrosidad:

- Normas de higiene personal:
 - Higienización de manos antes y después de actividades marcadas.
 - Prohibido uso de joyas.
 - No dejar expuesta cualquier herida o laceración cutánea.
 - Prohibido comer o fumar.
 - Prohibido uso de pipetas con la boca.
- Manipulación de objetos cortantes
 - Después del uso, desecharlos en contenedores sólidos.
 - No maniobrar agujas u objetos afilados.

- Desecharlos de forma correcta por el personal sanitario.
- Desinfección y esterilización priorizando el material de uso único, de no ser posible, desinfectar todo el instrumental y las áreas de trabajo de forma consciente.
- Gestión de residuos, desecharlo de forma que no afecte al personal y la atmósfera.

La sangre y los fluidos corporales son riesgos biológicos extremadamente infecciosos sino se utilizan las barreras adecuadas, el personal deberá estar preparado para actuar ante un accidente de esta similitud, extremando todas las precauciones. Es vital el uso de guantes, por parte del personal.

El 87% de estos incidentes corresponden a punciones fortuitas, ante esta situación se actuará de la siguiente manera:

- Limpiar con agua y jabón, dejar fluir la sangre, usar desinfectante y tapar con apósito.
- Enviar la información al servicio de prevención de riesgos laborales para: Realizar controles sanguíneos a la fuente (paciente) previamente informado y controlar al empleado y revisar el estado de las vacunas de este.

Este tipo de riesgo se clasifican en cuatro grupos:

1. Agente biológico grupo 1: es poco probable que cause una patología en el hombre.
2. Agente biológico grupo 2: puede causar afección y supone peligro para el personal; para evitar la propagación existe profilaxis o tratamiento eficaz.
3. Agente biológico grupo 3: causa enfermedad y supone un peligro serio para los trabajadores y su propagación es combatida con profilaxis y tratamiento eficaz.
4. Agente biológico grupo 4: causa enfermedad grave, peligro para los trabajadores y fácil propagación, sin que exista en ciertas ocasiones profilaxis o tratamiento eficaz.

5 Discusión-Conclusión

En estos tiempos donde se cuida con esmero la salud laboral, es importante clasificar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores sanitarios, entre estos podemos encontrar los riesgos biológicos, riesgos químicos, riesgos físicos, sobrecarga física y riesgos psicosociales.

La prevención de riesgos biológicos en el entorno hospitalario es fundamental porque permite proteger la salud y seguridad de los trabajadores y la de los pacientes.

A través de identificar la gestión de los riesgos, promocionar de forma consciente la higiene y el control de infecciones, el manejo de sustancias peligrosas, la ergonomía, las pautas en cuanto a salud mental y la concientización de la cultura de la seguridad, se puede instaurar un ambiente laboral más confiable y beneficioso para el personal.

El personal sanitario en todo momento estará informado a qué tipo de riesgos pudiera estar expuesto en el desarrollo de sus funciones y de posibles efectos adversos.

6 Bibliografía

1. Revista Española de Salud Pública. Índice de materias. Salud Laboral. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos>

Capítulo 368

OVARIO POLIQUÍSTICO EN ECOGRAFÍA

CARMEN MARÍN FLORES

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

1 Introducción

El ovario poliquístico se trata de una afección ginecológica muy frecuente en las mujeres. Se caracteriza por una alteración en la disposición de los folículos que forman parte de los ovarios. Uno de los rasgos más comunes es el aumento de tamaño de los ovarios, los cuales contienen pequeños folículos de entre 2 y 9 mm de diámetro que permanecen en el interior de unas pequeñas bolsas. Cuando se detecta un número superior de folículos es indicativo de un funcionamiento anormal de los ovarios.

Presenta alteraciones menstruales que pueden afectar levemente en la consecución del embarazo.

Generalmente, afecta a mujeres jóvenes, no presenta síntomas claros, en muchos casos cursan como asintomáticos y suelen detectarse mediante hallazgos casuales. Normalmente, pueden ir asociados a ovulaciones dolorosas y reglas irregulares. Las alteraciones menstruales más habituales son la anovulación (ciclos

menstruales que carecen de ovulación) y la oligomenorrea (ciclos menstruales más largos de hasta 35 días).

A medida que pasa el tiempo tiende a revertirse esta situación, ya que el número de folículos disminuye, reduciéndose los síntomas que la paciente haya presentado.

Los ovarios poliquísticos no tienen un tratamiento concreto, salvo en los casos que estén asociados a alteraciones menstruales, donde se recomienda tratamientos que regulen los ciclos ovulatorios de la mujer.

2 Objetivos

- Definir el ovario poliquístico, así como sus síntomas, causas, particularidades y tratamiento.
- Diferenciar ovario poliquístico y síndrome del ovario poliquístico.
- Visibilizar el papel de la ecografía como método de diagnóstico.

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

Los ovarios poliquísticos y el síndrome de ovarios poliquísticos son conceptos distintos. Su principal diferencia radica en su naturaleza, el primero presenta un origen ginecológico, mientras que el segundo se trata de una disfunción endocrino-metabólica con una alta prevalencia y con un variado espectro de anormalidades, entre las que destacan:

- Disfunción neuroendocrina (hipersecreción de LH).
- Trastorno metabólico (resistencia insulínica e hiperinsulinemia).
- Disfunción de la esteroidogénesis y de la foliculogénesis ovárica.

Los síntomas que se manifiestan en el síndrome del ovario poliquístico son numerosos y muy variados, a diferencia del ovario poliquístico, y comprenden desde las irregularidades menstruales, la obesidad, la infertilidad, la resistencia

insulínica, la presencia de ovarios poliquísticos visualizados mediante ecografía, hasta manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo, entre otras.

Los criterios actualmente establecidos por el consenso de Rotterdam para definir un ovario poliquístico son: la presencia de 12 o más folículos en cada ovario que midan 2 y 9 mm de diámetro y/o incremento del volumen ovárico (superior a 10 mL). Es importante saber que con solo un ovario que cumpla estos criterios se considera ovario poliquístico y que las mujeres que estén tomando anticonceptivos orales quedan exentas de esta clasificación, ya que los anticonceptivos modifican su morfología ovárica. Si existe evidencia de un folículo dominante (superior a 10 mm) o un cuerpo lúteo, se repetirá la exploración entre los días 3º y 5º del próximo ciclo.

La ecografía transvaginal es la prueba de imagen de elección para la detección de la morfología de los ovarios poliquísticos. Permite visualizar el aspecto de los ovarios y espesor del revestimiento uterino, la cantidad de folículos en cada ovario, su tamaño y su localización (se ubican típicamente en la periferia del ovario).

La ecografía transabdominal tiene limitaciones, sobre todo en pacientes obesas, ya que el tejido adiposo abdominal dificulta la obtención de imágenes.

Es importante disponer de equipos de ultrasonido adecuados y de sondas necesarias: se utilizarán sondas endocavitarias en estudios transvaginales con frecuencias entre 6.5 mHz y 8 mHz, y sondas convex en estudios transabdominales con frecuencias entre 3.5 mHz y 5 mHz.

La exploración es conveniente realizarla en la fase folicular temprana, preferentemente entre los días 3 y 5 de la menstruación o en cualquier momento si la paciente presenta amenorrea.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, la morfología poliquística se presenta hasta en el 23% de las mujeres en edad reproductiva.

La ecografía es la prueba de elección para la detección del ovario poliquístico. Permite obtener imágenes de gran calidad, alta resolución, realizar mediciones y cuantificar el número de folículos para poder llevar a cabo un buen diagnóstico. Aporta información muy detallada de las diferentes estructuras que conforman el aparato reproductor femenino, determinando grosores y morfología.

La vía de preferencia en la ecografía para la visualización óptima de los ovarios poliquísticos es la transvaginal, ya que tiene una mayor resolución, sobre todo en las pacientes que presenten obesidad.

Se trata de una prueba rápida, accesible, no invasiva, que tiene la capacidad de aportar información en tiempo real.

6 Bibliografía

- Merino Paulina, Schulin-Zeuthen Carolina, Codner Ethel. Diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico: nuevos fenotipos, nuevas incógnitas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ago [citado 2023 Oct 11] ; 137(8): 1071-1080. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800012&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800012>.
- Mendoza Rivas, A. O. (s/f). Diagnóstico ecográfico del síndrome de ovario poliquístico. Scielo.org. Recuperado el 11 de octubre de 2023, de <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76s1/art07.pdf>.
- AGUDELO-VÉLEZ CAMILO ANDRÉS, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ LINA MARÍA, RENDÓN-PEREIRA GABRIEL JAIME. Síndrome de ovario poliquístico: del diagnóstico clínico y ecográfico al molecular. CES Med. [Internet]. 2010 Jan [cited 2023 Oct 12] ; 24(1): 53-62. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100005&lng=en.

Capítulo 369

RADIOGRAFIA DE TÓRAX EN PACIENTE CON COVID-19

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

El principal objetivo del radiodiagnóstico es la obtención de imágenes de calidad suficiente para el diagnóstico con la menor dosis posible en el paciente.

El técnico radiólogo forma parte del equipo de salud que desempeña su función en el Servicio de Diagnóstico por Imagen. Esta función la realiza de forma directa y en otras ocasiones asistiendo al médico radiólogo que lo precise.

En este artículo se explica el procedimiento a seguir para la realización de una placa de tórax en sala de Rayos x a un paciente en bipedestación con posible infección por Covid-19 o ya confirmado. Indicamos que en cada centro puede variar el protocolo de actuación. Hay otras maneras de obtener una radiografía de tórax, ya sea con el paciente en decúbito supino tumbado en la mesa de la sala, o bien a través de un equipo de rayos X portátil, el cual podemos desplazar a la zona donde se encuentra el paciente sin necesidad de que este se mueva.

Todos los pasos a seguir en este artículo, son enfocados a un paciente adulto. En el caso de que fuera un menor, cambiarían muchos parámetros y se deberían realizar los correspondientes ajustes.

Explicaremos en que consiste el virus SARS-CoV-2 (Covid-19), y cuáles son sus medios de transmisión.

2 Objetivos

- Informar de la actuación para el manejo de un paciente sospechoso de tener el COVID-19 o positivo ya diagnosticados a la hora de realizarles una placa de tórax.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Rayos X son una radiación electromagnética, no visible al ojo humano, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas. Este tipo de radiación electromagnética emite radiación ionizante la cual en dosis muy altas puede ser nociva para el cuerpo humano.

Hay diferentes métodos de imagen para el diagnóstico que utilizan rayos X, en este caso nos basaremos en la radiología convencional, la cual se usa normalmente para poder diagnosticar gran variedad de patologías aunque en algunos casos se necesita la realización de otra prueba para poder confirmar el diagnóstico.

La radiografía de tórax es el examen de diagnóstico de rayos X que más se utiliza. Una imagen de tórax nos ayuda a detectar patologías en el corazón y los pulmones, al igual que nos permite observar posibles lesiones en su anatomía ósea. Es muy importante realizar una imagen de buena calidad, ya que de esto depende la obtención de un buen diagnóstico y para ello es muy importante que

el técnico sepa manejar bien los factores de exposición para poder obtener radiando al paciente lo menos posible una imagen diagnóstica.

Antes de comenzar el procedimiento vamos a explicar en qué consiste la enfermedad Covid-19. Es un virus que se detectó por primera vez en Diciembre del 2019 en Wuhan (China). Al poco tiempo confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se llama Covid-19, pero a día de hoy aún se desconocen muchas cuestiones sobre dicha enfermedad. Los virus CoV (Coronaviridae) son una gran familia de virus que reciben este nombre por su forma, por tener una especie de corona alrededor del núcleo del virus. Estos virus se pueden aislar en diferentes especies animales y que por razones que aún se desconocen pueden pasar de animales al hombre y provocar enfermedades que pueden ir desde leves a severas como el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) y el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los síntomas más comunes son la fiebre, tos seca, cansancio y sensación de falta de aire. Otros síntomas menos frecuentes son la pérdida del gusto, del olfato y también síntomas digestivos como dolor abdominal o diarrea y trastornos neurológicos tales como confusión o letargia.

Esta infección incluye casos con cuadros respiratorios que pueden variar desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave, dificultad respiratoria, shock séptico, fallo renal, fallo multiorgánico, llegando incluso a provocar la muerte.

La gravedad aumenta generalmente con la edad, personas mayores o bien personas que tengan patologías previas pero también afecta a personas de menor edad y teóricamente sanas.

Se trata de una enfermedad transmisible y muy contagiosa, por ello se deben extremar las medidas de precaución. La transmisión se produce por contacto a través de secreciones respiratorias generadas por la tos, estornudos, etc. Estas secreciones infectarían a otras personas si entrasen en contacto con la nariz, ojos o boca, por ello es tan importante el uso de guantes, mascarillas, gafas y sobre todo el lavado de manos con agua y jabón o geles hidroalcohólicos, siendo muy importante el evitar tocarse la cara.

Se cree que la transmisión por el aire a mayor distancia de 2 metros es poco probable, pero tampoco a día de hoy hay certeza de ello, es una medida arbitraria. Existen dos pruebas principales que se utilizan para poder diagnosticar el Covid-19 que son una prueba PCR, la cual permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno o microorganismo y determinar si una persona está infectada o no. Otra de las pruebas son los test rápidos, que pueden detectar antígenos o anticuerpos, no identifica el ARN del virus. Este último método es

más rápido de realizar pero tienen un porcentaje de fiabilidad menor.

A la hora de realizar la radiografía de tórax, como se va a tratar a un paciente con posible o ya confirmado Covid-19, la sala siempre debe estar limpia y desinfectada, por lo que los trabajadores del sector de limpieza, la limpiarán a fondo dos veces por la mañana y dos veces por la tarde (según protocolo), siendo labor del técnico de rayos desinfectar la mesa y el bucky entre paciente y paciente y cualquier zona del equipo que haya podido ser contaminada por el mismo. Todo debe estar limpio y ordenado antes de que entre el paciente al igual que el tubo de rayos X, que debe estar posicionado de forma correcta para que ya esté listo. A la hora de recibir al paciente hay que recalcar que la atención es primordial. Una buena explicación de la prueba al paciente facilita que el resultado de la misma sea satisfactorio, es decir, que se adquieran imágenes de buena calidad para poder obtener un correcto diagnóstico y así evitar el tener que realizar repeticiones (evitando radiar de más al paciente).

A la hora de preparar al paciente para la prueba, lo primero que se debe hacer, en el caso de que el paciente sea una mujer en edad de procrear, es preguntarle si está embarazada o si hubiese posibilidad de estarlo.

Por ser un paciente con coronavirus positivo o posible positivo, lo primero es asegurarse de que cuando entre en la sala lleve puesta una mascarilla para su propia protección como para la del técnico.

Se pide al paciente que se retire todos los objetos metálicos (pendientes, cadenas, etc.). También debe retirarse toda la ropa de cintura para arriba, incluido el sujetador en el caso de ser una mujer. Como siempre, se le ayudará en lo que necesite (siempre con la máxima protección y medidas de seguridad) y se le entregará una bata, la cual debe ponerse con la abertura hacia atrás.

El técnico debe apartar o retirar en la medida de lo posible cualquier objeto que pueda perjudicar la imagen produciendo artefactos, ya sean tubos, parches, o si tiene el pelo largo retirarlo del campo de visión. Hay que tener paciencia con cada paciente, con su situación, su estado, ya que cada uno es diferente y hay que ser comprensivo con ellos, esto es muy importante.

Por norma general, a la hora de realizar una placa de tórax se hacen dos proyecciones básicas que son en PA (postero-anterior) y lateral.

Para realizar la proyección en PA hay que hacer lo siguiente:

- Colocar al paciente de espaldas al rayo y pegado al bucky.
- Se ajusta la altura del receptor de imagen de forma que su borde superior se encuentre aproximadamente de 4 a 5 cm por encima de los hombros, los cuales deben estar relajados.
- Se centra el plano medio sagital del cuerpo del paciente en la línea media del

receptor de imagen.

- El paciente permanecerá erguido, con los pies juntos y extendiendo la barbilla hacia arriba o sobre el borde superior del receptor.
- El motivo por el cual la se suele realizar en PA es porque la movilización de las escápulas se realiza mejor, ya que hace que el paciente realice una rotación interna de los brazos al agarrarse a unas asas que hay en la parte posterior del bucky, a ambos lados del mismo. También se puede realizar haciendo que el paciente flexione los brazos y apoye el dorso de las manos sobre las caderas. Con esta maniobra se consigue que las escápulas no se superpongan a los pulmones.
- Se posicionan los hombros descendidos para que queden en el mismo plano transversal y rotando hacia delante para situarlos por debajo de los vértices pulmonares.

La respiración del paciente es muy importante en esta prueba, por ello es básico que antes de la realización de la misma, el técnico explique de la manera más clara posible como debe llevarla a cabo, para evitar, como se comentó anteriormente, repeticiones, exceso de radiación, etc.

A no ser que el facultativo indique otra cosa, la imagen se obtendrá en inspiración profunda. Cuando el paciente esté colocado correctamente, se le pedirá que no se mueva, que coja todo el aire que pueda y que lo mantenga (apnea), de este modo los pulmones se expandirán lo máximo posible. Una vez hecho esto se espera un par de segundos y se realiza el disparo para que el tórax aparezca estabilizado. Inmediatamente después se comunica al paciente por el intercomunicador que puede respirar.

El corazón con la respiración varía su tamaño y forma, en inspiración suele aparecer más pequeño y alargado, mientras que en decúbito supino aparece más grande.

Para realizar la proyección lateral hay que hacer lo siguiente:

- Se gira al paciente para conseguir una posición lateral verdadera con los brazos a los lados.
- Se coloca al paciente con su lado izquierdo pegado al receptor de imagen para mostrar el corazón y el pulmón izquierdo (evitando la magnificación del corazón). Si se quisiera mostrar mejor el pulmón derecho se le colocaría de ese lado.
- Se sitúa al paciente de tal forma que el plano medio sagital del cuerpo esté paralelo al receptor de imagen y el hombro contiguo tocando el bucky, rodillas separadas y barbilla elevada.
- El paciente debe elevar los hombros, flexionar los codos y colocar ambos antebrazos sobre la cabeza. Si el paciente es inestable, se le indica que se agarre con los brazos en alto a una barra colocada al lado del bucky.

- Se ajusta la altura del receptor de imagen de forma que su borde superior se encuentre aproximadamente de 4 a 5 cm por encima de los hombros.
- Hay que comprobar que está bien posicionado ya que una posible inclinación hacia delante puede distorsionar algunas estructuras. El movimiento hay que evitarle para que la imagen no aparezca rotada ni movida, para ello el técnico se coloca detrás del paciente para ponerlo perfectamente lateral alineando ambas escápulas y corrigiendo la posible rotación.
- Se realiza en inspiración, al igual que en la proyección en PA, a no ser que el facultativo nos la pida en espiración.

Una vez realizada la prueba se le indica al paciente que las imágenes las verá un radiólogo para informarlas y que su facultativo posteriormente le transmitirá dicho informe.

Posteriormente se limpia la sala para evitar contaminaciones. Por supuesto, a la hora de ponerse en contacto con el paciente el técnico irá adecuadamente vestido y protegido.

5 Discusión-Conclusión

La realización de este trabajo vino inspirada por la situación que se vivió por la aparición del virus SARS-CoV-2, que ha dio lugar a la enfermedad COVID-19, y que desgraciadamente provocó tantísimas muertes e infectados.

Este artículo nos ha permitido comprobar, una vez más, la labor tan importante de los sanitarios en general y la de los técnicos en radiodiagnóstico en particular, que es lo que en este trabajo nos ocupa.

El objetivo de este trabajo ha sido el informar de la actuación para el manejo de un paciente sospechoso de tener el COVID-19 o positivo ya diagnosticados a la hora de realizarles una placa de tórax.

6 Bibliografía

- 1.Noelia de la Fuente Tabuyo, Raúl Ajo Hoyos. Proyecciones radiológicas. Manual práctico. 1ª Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- 2.Presidencia de Gobierno. Gobierno de España. PCR y test rápidos para el diagnóstico del coronavirus: ¿cómo funcionan y en qué se diferencian? España; 24-03-2020.Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2020/240320-covid19_test.aspx

- 3.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.
- 4.Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Preguntas y respuestas sobre el SARS-CoV-2 y el COVID-19. España; 24-02-2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20200224.Preguntas_respuestas_COVID-19.pdf
- 5.M. del Amo I Conill, M. Sánchez González. Técnicas de radiología convencional. 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.
- 6.Coronavirus: origen, evolución y por qué no es igual que el SARS y el MERS. Redacción médica. 16-03-2020. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-origen-evolucionpor-que-no-es-igual-sars-mers-1429>.

Capítulo 370

EL TÉCNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDÍACA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

La medicina nuclear ha revolucionado la forma en que los profesionales de la salud evalúan la función cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica. En este contexto, el Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear desempeña un papel fundamental en la realización de gammagrafías miocárdicas, una técnica de diagnóstico avanzada que proporciona una visión única y detallada de la función del músculo cardíaco.

La cardiopatía isquémica, una afección cardiovascular crónica que se caracteriza por la disminución del flujo sanguíneo al corazón debido a la obstrucción de las arterias coronarias, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La capacidad de evaluar de manera precisa la función cardíaca en pacientes con esta enfermedad es esencial para el diagnóstico, el pronóstico y la

planificación del tratamiento. Es en este contexto que la gammagrafía miocárdica se convierte en una herramienta invaluable.

La gammagrafía miocárdica utiliza trazadores radioactivos que se inyectan en el torrente sanguíneo del paciente. Estos trazadores son capturados por las células del miocardio, el músculo cardíaco, y su distribución se registra mediante cámaras gamma especializadas. Esto permite obtener imágenes detalladas del flujo sanguíneo y la función cardíaca en reposo y durante el estrés, proporcionando información esencial sobre la perfusión miocárdica, la viabilidad del tejido y la contractilidad cardíaca. Además, la gammagrafía miocárdica es particularmente útil en la detección temprana de áreas de isquemia, necrosis o cicatrización en el corazón.

El Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear es un profesional altamente capacitado y especializado en la preparación y administración segura de los trazadores radioactivos, así como en la operación de los equipos de gammagrafía. Su función no solo implica la aplicación técnica de procedimientos, sino también la colaboración estrecha con el médico nuclear y el cardiólogo en la interpretación de los resultados. La precisión y la calidad de las imágenes obtenidas son cruciales para el diagnóstico preciso y la toma de decisiones clínicas informadas.

En resumen, el Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear desempeña un papel esencial en la evaluación de la función cardíaca mediante gammagrafía miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica. Su experiencia y destrezas contribuyen directamente a mejorar la atención y el pronóstico de los pacientes al proporcionar información crítica para la toma de decisiones médicas. La combinación de tecnología avanzada y conocimiento especializado hace de esta disciplina un pilar fundamental en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, mejorando la calidad de vida de quienes padecen cardiopatía isquémica.

2 Objetivos

- Evaluar la función cardíaca mediante gammagrafía miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La gammagrafía miocárdica es una técnica de diagnóstico por imágenes que se utiliza para evaluar la función cardíaca y detectar anomalías en el flujo sanguíneo del corazón. Los técnicos superiores sanitarios en Medicina Nuclear desempeñan un papel esencial en la realización de este tipo de estudios en pacientes con cardiopatía isquémica. A continuación, te proporciono algunos de los resultados y consideraciones clave relacionados con la evaluación de la función cardíaca mediante gammagrafía miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica:

1. ****Detección de Isquemia Miocárdica****: La gammagrafía miocárdica es una herramienta importante para detectar áreas del músculo cardíaco que no reciben suficiente flujo sanguíneo debido a la obstrucción de las arterias coronarias. Esto permite identificar la presencia de isquemia miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica.
2. ****Evaluación de la Perfusión Miocárdica****: La gammagrafía miocárdica permite evaluar la perfusión del músculo cardíaco. En pacientes con cardiopatía isquémica, se pueden observar áreas con una perfusión reducida o ausente, lo que indica la presencia de zonas de tejido cardíaco en riesgo.
3. ****Función Ventricular****: Además de evaluar la perfusión, la gammagrafía miocárdica también puede proporcionar información sobre la función ventricular. Los técnicos pueden medir la fracción de eyección, que es un indicador importante de la función cardíaca global.
4. ****Localización y Extensión de las Lesiones****: La gammagrafía miocárdica permite determinar la ubicación y la extensión de las lesiones isquémicas en el corazón. Esto es valioso para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
5. ****Guía para Intervenciones****: Los resultados de la gammagrafía miocárdica pueden ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre el tratamiento, como la revascularización coronaria mediante angioplastia o cirugía de bypass.
6. ****Seguimiento del Tratamiento****: Después de realizar procedimientos para restaurar el flujo sanguíneo en las arterias coronarias, la gammagrafía miocárdica también se utiliza para evaluar la efectividad del tratamiento y el pronóstico a largo plazo del paciente.
7. ****Radioprotección y Seguridad****: Los técnicos superiores sanitarios en Medicina Nuclear deben asegurarse de seguir estrictamente las pautas de radioprotección y seguridad durante la administración de radiofármacos y la adquisición de

imágenes para proteger tanto a los pacientes como a ellos mismos.

En resumen, los técnicos superiores sanitarios en Medicina Nuclear desempeñan un papel crucial en la evaluación de la función cardíaca mediante gammagrafía miocárdica en pacientes con cardiopatía isquémica. Proporcionan información valiosa que ayuda en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, garantizando al mismo tiempo la seguridad en el uso de radiofármacos y la obtención de imágenes precisas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gammagrafía miocárdica desempeña un papel fundamental en la evaluación de la función cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, y los técnicos superiores sanitarios en Medicina Nuclear tienen un rol esencial en la realización de este procedimiento. Sus responsabilidades incluyen la preparación y administración de radiofármacos, la adquisición de imágenes, y el aseguramiento de la seguridad del paciente y del personal involucrado.

Los resultados de la gammagrafía miocárdica proporcionan información crucial para el diagnóstico, planificación del tratamiento y seguimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica. Esto contribuye a mejorar la atención médica, permitiendo a los médicos tomar decisiones informadas sobre la intervención y el manejo de la enfermedad cardíaca.

Es importante destacar que, además de la técnica, la ética profesional, la radioprotección y la precisión son elementos críticos en el trabajo de los técnicos superiores sanitarios en Medicina Nuclear. Su colaboración en el equipo de atención médica es esencial para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes con enfermedades cardíacas isquémicas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 371

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ROCÍO MORALES PINAR

MARTA MONTERO DIAZ

CARMEN MARÍN FLORES

JENNIFER SALCEDO LOZANO

1 Introducción

En la parte anterior del cuello todos los humanos tenemos una glándula llamada, glándula tiroidea, la cual tiene forma de mariposa y está formada por dos lóbulos, unidos en la parte central por el istmo. Su localización exacta es bajo el cartílago tiroideo, esta glándula se conoce coloquialmente como la manzana de Adán.

Cuando hay una proliferación inadecuada de las células de esta glándula puede desarrollarse, lo que venimos a explicar en este artículo, el cáncer de tiroides.

El buen funcionamiento del cuerpo humano, mediante la temperatura corporal, la presión arterial, el peso y el metabolismo, viene dado por esta glándula, que se va a encargar de producir las hormonas necesarias para estos procesos.

Se conocen diferentes tipos de cáncer de tiroides, los cuales vamos a explicar más adelante, los principales son tres:

- Cáncer de tiroides diferenciado.
- Cáncer de tiroides medular.
- Cáncer de tiroides anaplásico.

También existen, aunque de manera mucho menos frecuente, en un porcentaje de un cuatro por ciento, otros tipos de cáncer de tiroides, los más conocidos son los linfomas, sarcomas u otros tumores poco comunes.

Algunas personas tienen bastante más probabilidad de sufrir este tipo de cáncer que otras, siendo más propensas aquellas que hayan podido tener antecedentes familiares, que sean mujeres, que tengan una edad comprendida entre veinticinco a sesenta y cinco años, las que han podido estar expuestas a radiación. Además de aquellas que hayan sufrido bocio, que no es otra cosa que tener la glándula tiroidea de un tamaño más grande al habitual, también tienen mayor probabilidad las personas asiáticas o si se sufre alguna afección genética.

2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre el cáncer de tiroides.
- Conocer los principales tipos de este y su incidencia en la población.
- Aprender las distintas maneras de detección de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, consultando páginas de interés y artículos en base de datos como: MSD, Medline Plus, NIH Y American Cancer Society.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

Aunque no existe una sintomatología que nos haga saber que padecemos cáncer de tiroides, sobre todo al principio, sí que hay signos que nos pueden alarmar de padecer dicha enfermedad con el paso del tiempo, como es la aparición de bultos en el cuello, también conocidos como nódulos, la hinchazón de este, que nos falte la respiración, así como tener ronquera o dificultad para tragar o notar cambios de tono en nuestra voz.

Como ya hemos comentado anteriormente, existen varios tipos de cáncer de tiroides que explicaremos a continuación, la mayoría de ellos se desarrollan lentamente, pero hay algunos tipos que pueden resultar muy agresivos. Aunque a día de hoy la mayoría tienen tratamiento para su curación.

Según el tipo de células de las que se componga el tumor, hablaremos de diferentes tipos de cáncer. Vamos a explicar a continuación los tres principales:

- Cáncer de tiroides diferenciado: es aquel que se da en las células foliculares, que son las que producen y a su vez almacenan las hormonas tiroideas. Dentro de este tipo de cáncer a su vez se van a diferenciar tres, cáncer papilar, cáncer folicular y cáncer de célula Hürthle, este último es el más difícil de localizar y de tratar y ocupa un porcentaje del tres por ciento de los cánceres de tiroides. Respecto al cáncer papilar se da en un porcentaje algo mayor, entre un ocho y un diez por ciento, son de crecimiento muy lento y además se suelen localizar en un solo lóbulo tiroideo, el problema de este tipo de cáncer es su propagación a los ganglios linfáticos del cuello. Por último, el cáncer folicular es el cáncer de tiroides más común, suponen uno de cada diez cánceres de tiroides, se suele dar en países donde las personas no reciben una buena alimentación en yodo. Su pronóstico no suele ser tan favorable como el del anterior.

- Cáncer de tiroides medular: es aquel que se origina en las conocidas como células C, las cuales producen calcitonina, para poder controlar la cantidad de calcio que hay en la sangre. Supone el cuatro por ciento de cáncer de tiroides y su mayor inconveniente es su propagación, ya que puede propagarse tanto a los ganglios linfáticos como a los pulmones o el hígado, antes aún de haberse detectado un nódulo.

- Cáncer de tiroides anaplásico: es un tipo de cáncer poco común, se da en un porcentaje del dos por ciento, a este cáncer se le conoce como cáncer diferenciado, debido a que las células sanas no se parecen a las células cancerosas. Se cree que se da una vez que el cáncer folicular o papilar ya está presente.

La primera prueba que se realizará para un posible diagnóstico de cáncer de tiroides es, un examen físico, el cual se llevará a cabo por un médico especialista, que mediante la palpación del cuello, dictará o no la presencia de diferentes nódulos en el cuello del paciente para ver posibles cambios en la tiroides. Además, deberá informarse sobre posibles antecedentes familiares, conocer los factores de riesgo o la exposición a radiación que haya tenido el paciente a lo largo de su vida.

También será el encargado de comprobar si existe la posibilidad de haber genes hereditarios en el paciente, lo que aporta gran información para esta enfermedad debido a que algunos tipos de cáncer de tiroides, se dan por este motivo. Para ello

pedirá la realización de una analítica de sangre, centrándose en las hormonas que estimulan la tiroides, para descubrir así información sobre el estado de este.

Respecto a pruebas por imagen, en este caso se utilizará la ecografía, que mediante ondas de sonido de frecuencia alta, nos va a dar imágenes sobre la anatomía de la glándula tiroides. Se colocará al paciente en decúbito supino y el médico radiólogo colocará el transductor en el cuello, de esta manera podrá comprobar la presencia o no de algún tipo de nódulo.

Para diferenciar si un nódulo es canceroso se mirará los depósitos de calcio o microcalcificaciones en su interior y el tipo de borde que tiene dicho nódulo. También puede observar los ganglios linfáticos en busca de signos de cáncer.

En el caso de sospechar una posible propagación de este cáncer fuera de la glándula tiroides, un médico especialista mandará realizar una serie de pruebas complementarias, las principales serán la tomografía computarizada y la resonancia magnética.

Una vez realizada la prueba de imagen y siendo diagnosticada esta enfermedad se realizará una muestra del tejido mediante una biopsia por aspiración con aguja fina. Se trata de una aguja larga y fina que se introduce a través de la piel del cuello hasta el nódulo tiroideo, mientras tanto el médico se guiará mediante la ecografía. La muestra será enviada a un laboratorio posteriormente para ser examinada.

La gammagrafía es muy útil para la comprobación de la posible existencia de células tiroideas cancerosas una vez realizada una cirugía de extracción de dicho cáncer.

Respecto al tratamiento para esta enfermedad, dependerá del tipo de cáncer de tiroides que tenga el paciente y si está extendido o no. En ocasiones se puede necesitar más de un tratamiento.

Los principales tratamientos son:

- Cirugía.
- Quimioterapia.
- Radioterapia con yodo radiactivo.
- Medicamentos o sustancias que ataquen las células cancerosas.
- Destrucción mediante frío y calor de las células cancerosas.
- Espera vigilante, (control de síntomas y signos, para ver si hay nuevas apariciones o cambios).

5 Discusión-Conclusión

Una vez que ha sido diagnosticado y tratado el cáncer de tiroides, el médico especialista deberá hacer un seguimiento mediante una nueva realización de pruebas

para ver cómo sigue la enfermedad, si se ha erradicado por completo, o, por el contrario, si el paciente ha sufrido una recidiva y se ha de volver a tratar.

Dichas pruebas son las mismas que se mandaron para detectar la enfermedad: examen físico, análisis de sangre, ecografía de tiroides y en el caso de ser necesaria tomografía computarizada y resonancia magnética.

Mientras los pacientes están en la realización del tratamiento, pueden solicitar una atención médica en cuidados paliativos para de cierta manera aliviar el dolor que esta enfermedad les origina.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Cáncer de tiroides (papilar y folicular). AMERICAN THYROID ASSOCIATION. (Consultado octubre 2023).
5. Tratamiento del cáncer de tiroides. NIH. (actualizado septiembre 2023).

Capítulo 372

LAS PRINCIPALES FUNCIONES ENTRE LA FLUOROSCOPIA DIGITAL Y LA ANALÓGICA.LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

ANTONIO PÉREZ LOZANO

1 Introducción

El servicio de radiodiagnóstico en medicina es una parte fundamental, dado que por ello se diagnostican muchas patologías, debido a que con otros métodos serían difíciles de diagnosticar enfermedades como una fractura de hueso a través de una radiografía o una rotura de un ligamento mediante una resonancia magnética (RM) o una ecografía.

Dentro de este servicio, el método más destacable es el de usar rayos X para obtención de imágenes, siendo la imagen más recurrente la del tórax, pero no todas las patologías se pueden diagnosticar con rayos X, a veces es obligatorio combinarlos con medios de contraste para poder encontrar la patología; por ejemplo, usando los rayos X con preparados de yodo intravenoso para el diagnóstico de una litiasis renal o localizar una estenosis arterial.

Esta técnica a veces puede utilizarse con aparatos de rayos X simples, pero también tienen la desventaja que no pueden obtenerse imágenes dinámicas, las cuales son muy útiles para diagnosticar ciertas patologías en las que se utilizan

medios de contraste como puede ser para la colocación de un stent intraaórtico. O en una intervención en la que se necesite una imagen dinámica sin contraste como puede ser en una colocación de un clavo gamma.

Para ser capaces de obtener estas imágenes necesitaremos otros tipos de aparato como es el arco en C o el telemando, los cuales debido al tipo de receptores que usan pueden obtener tanto imágenes dinámicas como estáticas, indiferentemente.

En el presente capítulo, nos centraremos en las diferencias entre los sistemas analógicos antiguos y los digitales modernos, dado que en la actualidad se siguen usando los antiguos en la mayoría del mundo debido a la importante inversión económico que tiene adquirir los equipos digitales nuevos.

2 Objetivos

Analizar las dos tecnologías para adquirir imágenes en movimiento con rayos X (fluoroscopia), analógicas y digitales y citar las ventajas que existe una frente a la otra.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

En primer lugar, hay que distinguir los distintos equipos que tenemos, como es el telemando, usado en estudios en los que queremos angular el tubo y el receptor; el arco en C, que es usado en estudios en los que nos interesa mover el tubo y receptor alrededor del paciente, dentro de estos equipos podemos encontrar arcos en C fijos, como los que se utilizan en radiología intervencionista, los cuales tienen una sala específica para ellos y los arcos en C móviles que se usan en cirugías en quirófano, dado que no en todas las intervenciones son útiles.

A continuación, nos centraremos en las distintas tecnologías que usan estos aparatos como son el intensificador de imagen (analógico) o receptores flat panel (digital), ambos receptores están diseñados para usar la fluoroscopia y obtener imágenes dinámicas, aunque también realizan la función de poder obtener imágenes estáticas (radiografías).

- Generador y tubo en ambas es parecido, puede funcionar tanto en modo continuo como en modo pulsado. En el modo continuo el rayo que se emite es continuo y en el pulsado es discontinuo, lo que implica que la dosis sea menor y que las imágenes puedan ser guardadas.

- Los factores de exposición estarán controlados de forma automática por el CBA (control automático del brillo) estos factores depende principalmente de la materia que tenga que atravesar el haz de radiación y el grosor de esta, con lo cual será variable, por eso actuará este CBA garantizando un brillo óptimo

- Este CBA puede actuar con dos modos, uno es el de alta tasa de dosis, la cual produce una mejor imagen al haber menor ruido, dado que se aumenta la cantidad de señal de radiación, y, por otro lado, el modo baja tasa de dosis, el que prioriza una menor dosis a cambio de perjudicar la calidad de imagen o Con la tecnología digital los receptores usados son:

☒ El intensificador de imagen en el cual la señal visible del intensificador será transformada por un dispositivo de carga acoplada o CCD (dispositivo de carga acoplada) por fibra óptica o por un dispositivo óptico que hace llegar la imagen analógica al convertidor analógico-digital, el cual la transforma en la imagen final digital.

La mayoría de estos intensificadores tienen varias lentes, las cuales son capaces de amplificar la imagen a cambio de un incremento en la dosis, dado que necesita un aumento de brillo para obtenerla

☒ En los receptores flat panel, el silicio amorfo es donde la señal de rayos X será recogida y posteriormente será transformada en una señal eléctrica ,la cual es enviada a un convertidor analógico-digital el cual la convierte en la imagen final que será proyectada en la pantalla de visualización.

La visualización de esta imagen puede ser en una o dos pantallas de tubos de rayos catódicos o en una o dos pantallas LCD (pantalla de cristal líquido) que son más modernas y tienen una mayor ventaja frente a los primeros.

☒ Registro y almacenamiento:

Debemos destacar que existen dos formas de obtener una imagen radiológica, la primera es con pulsos que son “pequeños disparos” con los que se podría hacer un vídeo y la segunda es continua que es un disparo sin interrupción en el cual se ve la imagen de forma dinámica como en un vídeo, pero la desventaja de que solo

queda registro de la última imagen que hay cuando se deja de pulsar el botón. o
Con tecnología analógica:

☒ Con la tecnología analógica, el único receptor que puede ser usado es el intensificador de imagen y los chasis de radiografías de película /pantalla. En este caso la señal es obtenida por una cámara de televisión, generalmente una vidicom o bien a través de un sensor CCD(dispositivo de carga acoplada) ,esta señal es proyectada sobre un tubo de rayos catódicos y con una pantalla de televisión vuelve a ser transformada en imagen visible. Las cámaras vidicom tiene la desventaja de que en sus bordes se dan artefactos tipo cojín o barril, los cuales son los CCD desaparecen.

☒ Registro y almacenamiento:

Si se necesitan radiografías, se harán con un chasis de película/pantalla haciéndolas “” al acecho “y podremos obtener una serie ,dado que normalmente hay un reservorio de chasis, el cual podremos utilizar para hacer más de una radiografía antes de cambiar de modo.

Cuando queramos obtener una imagen dinámica, simplemente quitaremos el chasis y dejaremos al descubierto el intensificador de imagen con el cual obtendremos la imagen y este será grabada en vídeo por una cámara de cine.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, existen diferencias para obtener la imagen y almacenarla o realizar un posprocesado ,teniendo en cuenta la protección radiológica tanto del paciente como de técnico y de los demás profesionales que trabajan a pie de tubo.

Las diferencias más destacables son las siguientes:

- El coste inicial es mayor con la tecnología digital, dado que suelen ser aparatos de última generación tecnológica con muchos más componentes que los analógicos
- Los aparatos digitales suelen usar materiales más ligeros dado desde el punto de vista de la tecnología están más avanzados con lo cual estos al ser más ligeros, tienen mucha más movilidad, e incluso algunos incluyen la pantalla LCD,asi que también son más pequeños y ocupan menor espacio en un quirófano en comparación con un arco analógico que también tiene que llevar aparte su televisión analógica
- Con los aparatos digitales se baja significativamente la dosis, dado que son más eficientes a la hora de detectar fotones e incluso con el postprocesado se puede “arreglar” la imagen de tal forma que con menor radiación podremos obtener

una imagen diagnóstica e incluso poder ampliar la imagen con el zoom que da el software que incluye el arco sin necesidad de usar la magnificación

- Con la tecnología digital podemos obtener imágenes dinámicas o radiografiadas con un solo receptor mientras que con los aparatos analógicos tendremos que estar cambiando entre el intensificador y los chasis, además también será más complicado saber si el estudio está bien ,dado que si dependemos de hacer radiografías, no sabremos si la imagen está bien obtenida ya sea por la técnica utilizada, como por centrado e incluso por problemas de postprocesado con líquidos reveladores
- Actualmente, tanto la imagen analógica como digital obtienen una calidad parecida aunque antiguamente no era así siendo la imagen analógica bastante mejor que la digital
- El campo digital al ser cuadrado es mayor que el campo del intensificador analógico, ya que este es circular ,con lo cual englobará mayor zona el digital, además de evitar el artefacto en barril con los sistemas digitales
- El almacenamiento es más sencillo con la tecnología digital, dado que cada una de las imágenes será registrada y almacenada en el disco duro del aparato e incluso en el PACs si está unificado por Wi-Fi o por un acceso Lan /Ethernet mientras que en analógico dependemos de tener una cámara de cine para guardar todas las imágenes dinámicas y espacio para guardar las imágenes dinámicas.

6 Bibliografía

- 1..Selby C. BRAZOS EN “C” DEL DETECTOR DEL PANEL PLANO VS. BRAZOS EN “C” DEL INTENSIFICADOR DE IMAGEN [Internet]. Blockimaging. com. Block Imaging; 2022 [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://info.blockimaging.com/es/brazos-en-c-del-detector-del-panel-planovs-brazos-en-c-del-intensificador-de-imagen>
- 2.Instrumento imagenológico de Arco en C [Internet]. arcoenc. [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://arcoenc1.wixsite.com/arcoenc/untitledc1t33>
- 3.Pardell X. Fluoroscopia - Apuntes de Electromedicina Xavier Pardell [Internet]. Pardell.es. [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.pardell.es/fluoroscopia.html>

Capítulo 373

LUPUS. DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO. MANIFESTACIONES ORALES

SHAILA MARIA FERNÁNDEZ QUIÑONES

1 Introducción

- El lupus eritematoso es un conjunto de enfermedades autoinmunes en las que el sistema inmunológico humano se vuelve hiperactivo y ataca los tejidos sanos.
- El lupus eritematoso consta de cuatro tipos principales:
- Cutáneo. Este, a su vez, tiene diversas formas, entre ellas:
 - Lupus cutáneo crónico o discoide.
 - Lupus cutáneo subagudo.
 - Lupus cutáneo agudo.
- Neonatal.
- Inducido por fármacos.
- Sistémico. El más común y el más grave.

LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO

En contraposición a los pacientes con el LES, que tienen manifestaciones de la enfermedad heterogéneas y potencialmente letales, el LEC presenta únicamente manifestaciones cutáneas. Sin embargo, las lesiones cutáneas pueden ocasionar complicaciones debido a la morbilidad por la cronicidad, extensión y riesgo de desfiguramiento físico y cicatrices e incluso cáncer en lesiones que han existido durante mucho tiempo.

El tratamiento se basa en la fotoprotección, la aplicación tópica de corticoides y la administración oral de antipalúdicos, como la hidroxicloroquina.

LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL

El lupus neonatal no es una verdadera forma de lupus. Es una condición poco frecuente que afecta a los bebés de las mujeres que tienen lupus y es causada debido al paso transplacentario de los anticuerpos de la madre que actúan sobre el bebé en el útero.

LUPUS INDUCIDO POR FÁRMACOS

El lupus inducido por fármacos (LIF) es un síndrome que comparte síntomas y características de laboratorio con el lupus eritematoso sistémico (LES) idiopático y que se presenta tras la exposición a ciertos fármacos.

Las características clínicas más frecuentes en el LIF son malestar general, artralgias o artritis, mialgias, fiebre y pérdida de peso. El cuadro clínico suele tener un inicio subagudo y, en general, los síntomas son leves en la mayoría de los pacientes; la afectación renal y del sistema nervioso central es excepcional.

El tratamiento del LIF es, primariamente, la supresión del fármaco. Algunos pacientes pueden necesitar antiinflamatorios no esteroideos y corticoides en dosis bajas. Los casos graves de LIF con afectación renal o neurológica pueden requerir corticoides en dosis altas e inmunodepresores. Los títulos de anticuerpos disminuyen a menudo de forma más lenta e incluso pueden persistir durante años.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Mención especial merece el lupus eritematoso sistémico (LES), ya que es el subtipo más habitual.

Esta patología es sistémica, es decir, puede afectar a muchos órganos: piel, articulaciones, riñones, corazón, pulmones, etc., pero la mitad de los pacientes con lupus tienen afectación casi exclusiva de la piel y las articulaciones. Un rasgo característico y que aparece con mucha frecuencia es un eritema con forma de alas de mariposa en la nariz y en las mejillas.

Se trata de una enfermedad crónica, en la que la afectación orgánica persiste durante un largo periodo de tiempo e incluso toda la vida, pero no siempre se tienen síntomas, ya que por lo general cursa por brotes, mientras que otros periodos son de inactividad o remisión.

2 Objetivos

- Realizar una breve descripción de la enfermedad, así como sus síntomas más comunes y posibles tratamientos.
- Conocer las diferentes manifestaciones orales que se podrían observar en las consultas odontológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, y también se han consultado y revisado artículos científicos procedentes de revistas académicas actualizadas, como por ejemplo; Acta Odontológica Venezolana; Revista de Medicina e Investigación, entre otras.

4 Resultados

FACTORES DE RIESGO.

- El sexo. Tal y como hemos visto en la incidencia, las mujeres son mucho más propensas a desarrollarlo. Se ha sospechado que las hormonas femeninas tienen un papel importante en el desarrollo de la enfermedad y se han realizado estudios en mujeres menopáusicas que han recibido terapia de sustitución hormonal con estrógenos, en los que los resultados apuntaban a que las hormonas sí tenían importancia, pero aún así es algo que no se ha podido demostrar.
- La edad. Tanto los síntomas como el diagnóstico son más frecuentes durante los años fértiles de las mujeres.
- La raza. Además de ser más común y grave entre los pacientes de la raza negra y asiáticos, también lo es entre los hispanos o latinos, indígenas americanos o personas nativas de las islas del Pacífico. En estas razas el lupus se desarrolla en edades más tempranas y suele ser más severo que entre los caucásicos.
- Antecedentes familiares. Los parientes de las personas con lupus tienen entre un 5 y un 13 % de probabilidades de desarrollar esta patología.

SÍNTOMAS.

- Es una enfermedad heterogénea, cuyas manifestaciones son variadas y pueden afectar a casi todos los tejidos y órganos. Además, hay diferentes subgrupos clínico- biológicos que dependen de la edad del inicio, número de órganos afectados y su grado de afectación, el patrón de los diferentes anticuerpos presentes y del sexo de los pacientes.
- Los síntomas más comunes son:
- Fatiga (la refieren como síntoma entre el 50 y el 90 % de los pacientes con LES).
- Erupción malar, que sería habitualmente el eritema con forma de mariposa en el rostro, aunque también pueden en las orejas, brazos, pecho y manos.
- Sensibilidad a la luz solar.
- Dolor o inflamación de las articulaciones (hasta el 90 % de las personas con lupus desarrollarán artritis; también pueden sufrir artralgias sin inflamación).
- Fiebre sin causa aparente.

- Malestar general.
- Pérdida de cabello.
- Pérdida de peso.
- Úlceras bucales.
- Inflamación de los ganglios linfáticos.

MANIFESTACIONES ORALES.

- Las manifestaciones orales principales del LES son ulceraciones orales o nasofaríngeas.
- Las lesiones bucales en el lupus eritematoso suelen ser asintomáticas, por lo que suelen pasar desapercibidas. Cuando refieren sintomatología dolorosa generalmente está asociada a trauma por el cepillado. Al ser asintomáticas, lo más habitual es que las observe un médico u odontólogo en una revisión rutinaria.
- El tamaño de las lesiones es variable.
- Cuando están presentes las lesiones bucales, se pueden presentar como una erosión de la mucosa, placas de superficie descamativa o fisuras con tendencia hemorrágica, ulceraciones, erosión dentro de placas o estrías blancas irradiadas (llamadas comúnmente lesiones discoideas) y máculas eritematosas extensas que pueden o no estar acompañadas de áreas ulcerativas o erosionadas. En un mismo paciente podríamos encontrar expresión de todas ellas o combinaciones.
- Durante los episodios sistémicos agudos pueden verse eritemas, petequias, ulceraciones dolorosas y hemorragia gingival. Se ha documentado un tipo de gingivitis marginal como manifestación de la enfermedad.
- Algunos pacientes podrían mostrar lesiones asociadas a hiperpigmentación lo que pudiera tener explicación en el uso de antipalúdicos.
- La literatura reporta importantes informes sobre Carcinoma de Células Escamosas en labio, que se desarrollan a partir de lesiones tipo discoides, especialmente cuando se localizan en el bermellón de los labios o semimucosa.

DIAGNÓSTICO.

- Dado que diagnosticar el LES no es fácil por la heterogeneidad de la patología, se han establecido unos criterios clasificatorios para esta.
- Estos criterios clasificatorios del LES del ACR (American College of Rheumatology) fueron publicados originalmente en 1982 y actualizados en 1997.
- Ante la sospecha de un diagnóstico de LES, se deben realizar pruebas como:
- Antecedentes clínicos y exploración física completa por aparatos con hincapié en los síntomas característicos.
- Analítica general: VSG, PCR, hemograma completo, bioquímica, cálculo del filtrado renal glomerular, coagulación (tiempo de protrombina y de cefalina), perfil básico de orina y proteinuria, cociente proteína creatinina en orina reciente.

- Estudio inmunológico básico: anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anti- ADN, anticuerpos anti-ENA, fracciones C1q, C3, C4 Y CH50 del complemento y determinación de factor reumatoide. Anticuerpos antifosfolípidos.
- Serología de VHB y del VHC.
- Hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos.
- Radiografías del tórax.
- Electrocardiograma.

TRATAMIENTO.

- En la actualidad no existe ningún tratamiento etiológico para esta enfermedad. Sus diferentes grados de afectación y su curso variable hace que sea difícil establecer una guía uniforme de tratamiento.
- El LES no es una enfermedad curable, es crónica, por lo que el abordaje medicamentoso está basado en el control sintomatológico.
- Además del tratamiento farmacológico, se recomienda llevar una dieta sana, hacer ejercicio, no fumar, no beber alcohol, evitar el sol y la radiación ultravioleta (usar protector solar) e insistir en los períodos de reposo y descanso durante los períodos de brote.
- Entre los medicamentos usados para el tratamiento del LES, tenemos:
 - Antiinflamatorios no esteroides (AINES).
 - Corticoides.
 - Antipalúdicos.
 - Inmunosupresores.
 - Fármacos biológicos.
 - Otros medicamentos. Dado que el LES afecta a diversos órganos, muchas veces habrá que recurrir a otros medicamentos que traten las complicaciones relacionadas con estas, como medicamentos para la hipertensión o la circulación sanguínea.

5 Discusión-Conclusión

- El LES afecta principalmente a mujeres, con una relación de 9:1.
- Cada persona tiene un patrón diferente de la enfermedad, lo que en ocasiones dificulta el diagnóstico. Esta patología se puede presentar a cualquier edad, pero lo más frecuente es que se inicie en la juventud. La edad de aparición más frecuente es entre los 14 y 40 años.
- Es más común y más grave en la raza negra, con una prevalencia de entre y 10 veces mayor frente a la raza blanca. También es más frecuente entre la raza asiática, con una prevalencia de 2 a 3 veces más que en los caucásicos.

- Es fatal hasta en el 30 % de los casos sin el manejo adecuado.
- El estudio EPISER sobre prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas, realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) habla de una prevalencia del LES que oscila entre 12 y 150 casos por cada 100 000 habitantes en las zonas en las que ha sido estudiado a nivel poblacional [Silman, 1993] y habla de la complejidad de estudiar los datos de una enfermedad de baja incidencia por la insuficiencia de las muestras necesarias.
- Aún así, tras el estudio, se estimó que la prevalencia de LES en la población española adulta es de 91 casos por 100 000 habitantes.

6 Bibliografía

- Reyes, M. V., & Vanaclocha Sebastián, F. (2012). Tratamiento del lupus eritematoso cutáneo resistente. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, 13(3), 77-84.
- Bielsa Marsol, I., & Rodríguez Caruncho, C. (2010). Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso. Inmunología, 29(3), 100-110.
- Sontheimer, R. D., MD. (s. f.). ¿De qué manera afecta el lupus a la piel?
- León Muiños, E., Monteagudo Sánchez, B., Luaces González, J. E., & García Santiago, J. (2008). Lupus eritematoso neonatal. Anales de Pediatría, 69(2), 185-186.
- Aguirre Zamorano, M. A., López Pedrera, R., & Cuadrado Lozano, M. J. (2010). Lupus inducido por fármacos. Medicina Clínica, 135(3), 124-129.
- Pretel, M., Marquès, L., & España, A. (2014). Lupus eritematoso inducido por fármacos. Actas Dermo-Sifiliográficas, 105(1), 18-30.
- Enríquez-Mejía, M. G. (2013, 1de enero). Fisiopatología del lupus eritematoso sistémico. Revista de Medicina e Investigación.
- La prevalencia de lupus es entre 5 y 10 veces mayor en población de raza negra. (2018, 2 de octubre).
- Síntomas comunes del lupus - ¿Qué es el lupus? | Lupus Research Alliance. (2018, 6 de marzo).
- López-Labady, J.; Moret, Y; Villarroel Dorrego M.; Mata de Henning, M. (2006). MANIFESTACIONES BUCALES DEL LUPUS ERITEMATOSO. REVISIÓN DE LA LITERATURA. Acta Odontológica Venezolana, volumen 45, n. o 2 / 2007.
- Segura, R. C., & Cervera, R. (2014). Enfermedades autoinmunes sistémicas : diagnóstico y tratamiento (5a ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, pp. 1-29.
- Sociedad Española de Reumatología, & Fundación Española de Reumatología. (2017). Lupus Eritematoso Sistémico.

Capítulo 374

TÉCNICAS DE REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL GUIADAS POR RX

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

Las técnicas de revascularización son aquellas técnicas destinadas a repermeabilizar o reparar el calibre de una arteria, ya sea por estenosis o por oclusión arterial.

Estas técnicas se realizan de forma percutánea por un radiólogo intervencionista y están guiadas por un equipo de rayos X.

La técnica de Dotter, es un procedimiento médico no quirúrgico desarrollado en 1964 por el Dr. Charles Theodore Dotter, radiólogo intervencionista.

Esta técnica también es conocida como angioplastia percutánea transluminal (APT), durante su realización Dotter insertaba un catéter de forma percutánea (a través de la piel) en la arteria del paciente para posteriormente inyectar un tinte a presión. Luego se tomaban imágenes con un equipo de rayos X para analizar la circulación del paciente y de esa forma localizar el bloqueo de la arteria

Esas imágenes tomadas por los radiólogos servían de referencia a los cirujanos para después poder operar.

Sin embargo, posteriormente Dotter teorizó que podría utilizar ese mismo catéter para empujarlo a través de la arteria y quitar el bloqueo, restableciendo así la circulación sanguínea. Empezó a introducir una serie de catéteres coaxiales en los que agrego un pequeño tubo de malla metálica para prevenir que la arteria se volviese a cerrar.

Esta técnica surgió como una revolución en el campo de la medicina vascular, ya que se trataba de un procedimiento menos invasivo que la cirugía para tratar la enfermedad arterial oclusiva.

En 1976, Andreas Grüntzig, dio un impulso a la técnica creada por Dotter con la creación de sus catéteres de doble luz y el balón hinchable.

Una vez que el catéter es colocado en la zona de estenosis o bloqueo de arteria, se infla, lo que produce el empuje y aplastamiento de la placa de ateroma contra la pared de la arteria, restaurando de esa manera el flujo sanguíneo.

2 Objetivos

1. Conocer las diferentes técnicas de revascularización arterial.
2. Indicar su realización en la sala de radiología vascular intervencionista, así como sus posibles complicaciones.
3. Descubrir los diferentes materiales utilizados durante su procedimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado páginas de interés y bases de datos como Elsevier, Scisearch, Medline, Scielo, SEC y NIH.

Una vez revisados, se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

La revascularización percutánea es una técnica que se realiza dentro de una sala de intervencionismo vascular y está guiado por un equipo de rayos x. Dentro de este procedimiento se pueden diferenciar varias técnicas como son la angioplastia percutánea (ATP), la fibrinólisis y la endoprótesis.

1) Angioplastia percutánea (ATP):

Es una técnica cuyo destino es aumentar la luz del vaso estenosado u ocluido utilizando un catéter balón. Esta está basada en la técnica original de Andreas Grüntzig.

Con la introducción de este catéter balón se consigue empujar y aplastar la placa de ateroma en la pared del vaso, en la que se produce una micro disección y rotura de la íntima y la media y de esta forma la arteria será más o menos permeable.

Posteriormente, se produce un proceso regenerativo que hace que la superficie interna sea más regular.

Este procedimiento presenta un 87% de éxito en el sector femoro-poplíteo y del 97% para el sector aorto iliaco. Sin embargo, después de realizar una ATP es posible que se produzca una nueva estenosis, ya que la permeabilidad del flujo va disminuyendo con el paso del tiempo.

La ATP presenta varias ventajas respecto a la cirugía, puesto que se trata de una técnica menos invasiva que tiene un menor riesgo para el paciente, se realiza con anestesia local y el riesgo de morbilidad es menor.

La ATP es indicada en casos como:

- Estenosis de anastomosis de bypass.
- Estenosis arterial única central poco calcificada o nada calcificada.
- Lesiones obstructivas cortas.

Para la realización de esta técnica, el paciente tendrá que realizar previamente una preparación como ayunas, firmar un consentimiento informado, analítica de coagulación y hemograma, etc.

Utilizando la llamada técnica de Seldinger. Esta consiste en una punción percutánea de la arteria elegida(normalmente suele ser la femoral común) con una aguja y a través de ella se introduce una guía.

En este caso se pasa un catéter hasta el ostium de la arteria que queremos tratar y a continuación se pasa una guía recanalizando la zona de estenosis. Ese catéter se va avanzando por dicha zona y se pasa una guía de intercambio que es más rígida.

Sobre esa guía de intercambio se pasa un catéter balón con un calibre que varía según el calibre de la arteria y que será medido según la estenosis que presente y su longitud.

Mediante un equipo de fluoroscopia se controla el hinchamiento de este

balón(que se realizará durante 20 segundos un par de veces) y una vez finalizada la angioplastia se realizará un control final con la inserción de un catéter diagnóstico.

Aunque se trata de una técnica poco invasiva, pueden surgir varias complicaciones como puede ser infección, hematoma en la zona de punción, disección arterial, embolismo por migración de placa de ateroma, reacción alérgica al contraste yodado, etc.

2) Fibrinólisis:

Es una técnica que sirve para disolver un trombo que está ocluyendo una arteria o un injerto vascular para que se restablezca el flujo sanguíneo. La urokinasa es el agente fibrinolítico más usado y se administra a través de un catéter.

El éxito de esta técnica depende del tiempo del trombo, con una tasa de éxito cuando es menor a 2 semanas.

Para la realización de esta prueba se tendrán en cuenta previamente indicaciones como ayunas, analítica de coagulación, consentimiento informado, etc.

Durante su procedimiento, dependiendo de su localización, podemos elegir dos formas de abordaje, bien de forma axilar o de forma femoral.

Realizando la técnica de Seldinger se pasa un catéter montado sobre una guía para canalizar el trombo.

Una vez que este trombo ha sido recanalizado, se utiliza urokinasa en bolus para empapar ese trombo. A continuación, ese catéter se deja en el extremo proximal del trombo y se conecta a una bomba de infusión por la que se pasara urokinasa durante 24 h.

Durante todo este procedimiento el paciente debe ser vigilado constantemente.

Después de un tiempo se realiza un control guiado por rayos x con contraste y si no se hubiera resuelto el trombo se continuaría con la infusión de urokinasa con una duración máxima de 48 h.

Una de las causas de ese trombo puede ser producido por una estenosis de la arteria, por lo que este procedimiento se puede combinar posteriormente con una angioplastia.

Al igual que en la citada anteriormente angioplastia, las complicaciones surgidas durante la realización de esta técnica son varias: hematoma, pseudoaneurisma,

infección, muerte por hemorragia cerebral...

3) Endoprótesis (STENT):

Se trata de una liberación de una prótesis para que la arteria ocluida o estenosada recupere su calibre normal.

Consiste en la colocación de una malla metálica autoexpandible que va montada sobre un catéter. Esta técnica sirve para restaurar la pared arterial de forma lisa y regular, esto impide que se produzca una re-estenosis y mejora la permeabilidad de la arteria a largo plazo.

Como siempre, a la hora de realizar este procedimiento, el paciente deberá seguir las recomendaciones previas (ayunas, analítica, firma de consentimiento...).

Esta técnica se realiza dentro de una sala de radiología intervencionista y es dirigida por un equipo de fluoroscopia. Mediante la técnica de Seldinger se punciona una arteria (suele ser la femoral común) y se recanaliza la lesión con una guía y un catéter.

A continuación se realiza un cambio de guía por una más rígida y por esta se pasa el catéter que contiene la endoprótesis. Posteriormente, se libera la endoprótesis y se realiza un control final con rayos X.

Si después de liberar la endoprótesis se sigue apreciando estenosis, se puede complementar el estudio realizando una angioplastia para que al calibre de la arteria quede uniforme.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los procedimientos intervencionista del sistema circulatorio, especialmente del sistema arterial, es la revascularización percutánea. Esto supone un gran avance respecto a la cirugía abierta, ya que se trata de una técnica menos invasiva que esta.

En este caso existen varias formas para poder eliminar la estenosis y/u oclusión de la arteria afectada y dependiendo de la patología del paciente se realizará un procedimiento u otro

Aunque presenta una tasa muy elevada de éxito, a veces con el paso del tiempo es posible que esa arteria vuelva a estenosarse por lo que sería necesario volver a realizar el procedimiento de nuevo.

El hecho de contar con una sala de rayos x supone una ventaja para ver en tiempo real todo lo que está ocurriendo durante el procedimiento, lo que sirve de guía

para el radiólogo intervencionista.

6 Bibliografía

1. Taboas Paz J, Fernández Carrera Soler JM. Guía práctica Radiología intervencionista. España: POVISA; 2001.
2. Hernando CG. Técnicas de radiología especial. Aran Ediciones; 2014.
3. Maynar A. La radiología vascular e intervencionista en la repermeabilización arterial [Internet]. [España]: Universidad de Zaragoza; 1991. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=204661>.
4. David Paul Slovut TMS. Revascularización endovascular y abierta combinadas. Revista internacional de cirugía vascular y terapéutica endovascular [Internet]. Mayo-junio 2009; 23(3):456-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acvsp.2008.12.001>.

Capítulo 375

TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: TINCIÓN NEGATIVA: TINCIÓN DE TINTA CHINA FUNDAMENTO, TÉCNICA Y USOS

MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS

1 Introducción

TINCIÓN: procedimiento por el cual se aplican tintes para producir una coloración. Esta sería una definición en términos generales, nosotros nos centraremos en el concepto de tinción desde un punto de vista microscópico en los campos de la medicina y la biología. Por tanto, definiremos tinción como una técnica que mediante el uso de colorantes permite la observación microscópica de tejido, poblaciones celulares, estructuras celulares y hasta células individuales, mediante el uso de distintas clases de microscopios.

Por tanto, diremos que una tinción en el laboratorio es una técnica que nos va a permitir poder observar al microscopio estructuras o moléculas de células o tejidos para poder estudiarlas, identificarlas y poder emitir un diagnóstico.

En la microbiología bacteriana las técnicas de tinción son necesarias, ya que suponen el primer paso para la identificación de patógenos y como apoyo a posteriores estudios bioquímicos.

VENTAJAS DE LAS TÉCNICAS DE TINCIÓN:

Poder observar la morfología de la muestra a observar.

Obtener una información de las estructuras externas e internas presentes en la muestra que a simple vista no se puede ver.

Diferenciar las distintas morfologías gracias a la coloración diferente que adquieren cada tipo de estructura.

Según la coloración que adquiere cada estructura se pueden clasificar en grupos morfológicos o taxonómicos.

Una primera clasificación de tinciones se puede realizar en función de cómo se presenta el material a teñir:

- **IN VIVO** (o tinción vital): Se realiza la tinción de tejidos vivos. La intención con este proceso es poder conocer la localización, estructura de algunas células mientras están realizando su función, también podemos conocer que reacciones se producen dentro de las células. Las células utilizadas están vivas.
- **IN VITRO** (o supravital): Se tiñen células o estructuras celulares que ya no se encuentran activas, han sido extraídas de su medio natural. En este tipo de tinciones se utilizan no solo colorantes, sino que además se deben utilizar fijadores, que ayudan a la preparación de la muestra, para su posterior observación. Se utilizan varios colorantes e incluso una contratinción para que las células que se pretenden observar sean identificables más fácilmente.

Otra clasificación de tinciones es en función de los colorantes usados:

- **TINCIÓN SIMPLE**: Son técnicas básicas de tinción. Solo se usa un colorante que tiñe en la muestra todas las células. Con esta técnica se podrán observar distintos tipos de células, así como de estructuras celulares y poder distinguirlas. También se las denomina tinciones monocromáticas. Por ejemplo, en las tinciones de bacterias se prefiere el uso de colorantes básicos porque se unen a los ácidos nucleicos presentes en las células de las bacterias y en su pared celular que tiene carga negativa, como violeta cristal, carbol fucsina ...Un ejemplo sería la tinción de tinta china.
- **TINCIÓN DIFERENCIAL**: En estas técnicas se utilizan distintos colorantes para teñir los componentes celulares de manera diferente según sus propiedades químicas. Pudiendo diferenciar tipos de células diferentes y dentro de una misma célula estructuras distintas.

Existe una gran variedad de tinciones diferenciales, como tinción de Gram, tinciones acidorresistentes, tinción de fluorescencia, etc.

- **OTROS MÉTODOS DE TINCIÓN**: aquí podemos encuadrar tinciones como Auramina-Rodamina que se utiliza para detección de micobacterias, para la detección de hongos la tinción blanca de calcoflúor y la preparación húmeda con azul de algodón lactofenol.

COLORANTES:

Existe una gran variedad de colorantes, pueden ser orgánicos o inorgánicos. La utilización de un tipo de colorante u otro dependerá de los objetivos que quer-

amos alcanzar con la tinción.

Se pueden clasificar los colorantes según distintos criterios:

- Por sus características químicas: neutros tiñen el citoplasma de un color y el núcleo de otro; indiferentes no son solubles en agua ejemplo Sudan III; ácidos son atraídos por estructuras alcalinas, como los citoplasmas, de las células ejemplo eosina; básicos les atraen los ácidos nucleicos de las células que son componentes ácidos ejemplo azul de metileno.
- Por su origen: serán artificiales que se extraen generalmente del alquitrán de hulla ejemplo fucsina básica; naturales los extraídos de plantas generalmente o de animales ejemplo de la cochinilla se extrae el carmín.

FACTORES QUE ALTERAN LOS RESULTADOS EN UNA TINCIÓN:

***COLORANTE:** su pureza influye en la calidad de la tinción cuantas más impurezas tenga mayor dificultad y mayor error en la diferenciación de células que se observen. La conservación será en lugares frescos, secos y protegidos de la luz. Su concentración que debe oscilar entre 0,2% y 2%. El pH del colorante es el causante de la coloración de los componentes de los microorganismos permitiendo que sea posible su identificación.

***TÉCNICA:** Tanto portaobjetos como cubreobjetos deben estar limpios y desengrasados para que se lleve a cabo una buena extensión y coloración. El Frotis será homogéneo y con la cantidad de muestra debida, una gran cantidad de muestra empeora la visibilidad al microscopio, generalmente se fijará la extensión al calor, aunque en ocasiones se utilizan fijadores químicos. Los tiempos de tinción deberán ser los adecuados y no sobrepasarlos.

2 Objetivos

- Describir concepto de tinción, tipos de tinciones.
- Exponer el fundamento de la tinción negativa
- Conocer la técnica de la tinción negativo y sus usos.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo mediante la investigación y revisión bibliográfica de la literatura científica existente. En páginas web como Scielo, Google Scholar, Pubmed y Seimc se ha llevado a cabo una revisión de libros publicados y artículos científicos encontrados en publicaciones académicas

mediante una búsqueda sistemática. El análisis de todo el contenido consultado ha permitido el desarrollo del presente capítulo.

4 Resultados

Anteriormente hemos hecho una descripción de lo que es una tinción de cuál es su uso y de los distintos tipos de tinciones, así como del elemento principal de una tinción que es el colorante o colorantes utilizados en la misma. A continuación, procederemos a describir detalladamente la tinción de tinta china su fundamento, características y para para qué se utiliza.

Hay estructuras celulares que se tiñen con colorantes ácidos, básicos, neutros o indiferentes, pero cuando estos colorantes fallan y las técnicas de tinción no ofrecen un resultado positivo para la identificación de un patógeno o de una estructura celular podemos llegar a esta identificación mediante el uso de una tinción negativa.

Una tinción negativa es aquella tinción en la que no pretendemos teñir las células o los microorganismos, sino que teñiremos el medio en el que se encuentran suspendidos o que les rodea para poder observarlos. Por consiguientes diremos que el mecanismo de tinción negativa es el procedimiento contrario a una tinción diferencial. En una tinción negativa el colorante será una sustancia que no permita el paso de la luz (opaca) y que no sea captada por las estructuras celulares, lo que hará este colorante es rodearlas. Con la tinción negativa conseguimos que se vea con mayor contraste la célula al microscopio óptico.

Una explicación sencilla de lo que es una tinción negativa sería definirla como una técnica para teñir el fondo de un frotis, que observaríamos con un color oscuro, y así poder ver los microorganismos que se observarían sin teñir. Como actúa al revés que el resto de las tinciones se la llama negativa.

En una tinción negativa se usa un componente que no es atraído por elementos celulares, solo se deposita alrededor de ellos. Este componente puede ser tinta china o nigrosina, que se utilizarán con cuidado, ya que pueden inducir a error porque se pueden formar precipitados que se pueden identificar como estructuras celulares, a estos precipitados se les denomina artefactos.

Según que microscopio se use para observar la tinción el colorante utilizado será diferente:

- Microscopio electrónico: se utilizará un colorante que sea opaco a los electrones, tendrán un alto número atómico. Por ejemplo, acetato de uranilo, citrato de plomo, etc. Podremos observar virus, flagelos.
- Microscopio óptico: el colorante utilizado (nigrosina o tinta china) será opaco

a los fotones, por ejemplo, para bacterias u hongos, como tienen cápsulas, las observaremos porque al producirse la refracción se hacen visibles.

FUNDAMENTO: Tinción del medio en el que se encuentran los microorganismos, estructuras celulares, etc para poder llevar a cabo la observación de estos tal y como muestran.

Los colorantes que se utilizan no son capaces de introducirse para teñir otras células como leucocitos o hematíes, siempre y cuando los microorganismos estén vivos porque en caso contrario la tintura lo podría teñir, pero aun así serviría para poder saber si el microorganismo sigue aún vivo o no.

TÉCNICA:

MATERIAL: Portaobjetos, cubreobjetos, pipetas estériles, colorantes (tinta china o nigrosina), centrifuga, microscopio, asas de siembra.

TINTA CHINA: mezcla de tinta de calamar con el hollín que se produce en la quema de hidrocarburos, como aceites vegetales, unido a una gelatina proteica que le otorga la firmeza necesaria para que no se produzca la precipitación de las moléculas de carbón. También se puede preparar con tinta de calamar junto a carbón pulverizado que procede de árboles, que producen abundante resina, quemados.

NIGROSINA: se llama así por ser de color negro. Al calentar una mezcla de elementos orgánicos como nitrobencina, anilina e hidrocloreto de anilina se obtiene una sustancia sintética, usando en esta reacción como catalizador hierro o cobre.

TÉCNICA SEGÚN EL TIPO DE MUESTRA:

• **MUESTRA DIRECTA:**

1. Centrifugar la muestra.
2. Decantar sobrenadante.
3. Colocar sobre el portaobjetos una gota del sedimento y una gota de tinta china o nigrosina.
4. Mezclar bien y colocar encima un cubreobjetos, consiguiendo que la mezcla se extienda a lo largo del portaobjetos sin que se desborde. en caso de que la preparación resulte muy oscura se puede añadir agua para diluir.
5. Observar inmediatamente al microscopio.

• **MUESTRA QUE PROCEDE DE CULTIVO:**

1. Colocar una gota de tinta china en un portaobjetos, con un asa se toma una pequeña cantidad de cultivo y se diluye en la gota de tinta china. Otra manera de realizar la extensión es colocar una pequeña cantidad de una colonia del cultivo con un asa y disolverlo en agua destilada, coger una gota con una pipeta estéril y añadirlo a la tinta china, la extensión será más delgada y facilitará su observación.

2. Depositar un cubreobjetos sobre el portaobjetos.
3. Observar al microscopio, utilizando el objetivo de 10X primero y después el de 40X.
4. También podemos poner una gota de la suspensión del cultivo en un extremo del portaobjetos y añadir una gota de nigrosina en ese mismo lugar y con otro portaobjetos hacer un frotis. En este caso se deja secar y se observa al microscopio.

• **MUESTRA DE TEJIDO:**

1. Se realiza en laboratorios de patología. Las muestras son tejidos que se obtienen quirúrgicamente. Las muestras previamente se tratan con ácido acético, que es un mordiente y consigue que la tinta no salga fuera de la muestra.

5 Discusión-Conclusión

La tinción de tinta china, tinción negativa, se utiliza en el laboratorio de microbiología para observar las cápsulas de microorganismos patógenos, los más característicos son *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* y *Cryptococcus neoformans*.

Como las cápsulas bacterianas no tienen atracción hacia los colorantes de las tinciones diferenciales, se usan coloraciones especiales por ejemplo en algunos casos se colorea la célula y el fondo, pero la cápsula queda sin teñir así podemos observarla por contraste este sería el método de Anthony. El método de Muir utiliza colorantes diferenciales y la cápsula se tiñe de un color y la bacteria de otro. Con el método de la tinción negativa, tinta china, sobre un fondo oscuro se observa un halo claro que es la cápsula de la bacteria.

La tinción de tinta china se puede usar para el estudio de esputos, cepas de cultivos jóvenes, líquidos estériles. Como la metodología es sencilla y su coste no es elevado se convierte en una tinción de gran valor en microbiología ya que permite un diagnóstico en poco tiempo y con un pequeño coste económico.

La importancia de labor del técnico de laboratorio en el desarrollo de esta técnica se centra en su capacidad de reconocer las levaduras del *Cryptococcus neoformans* que se presenta aislado o en gemación y ser capaz de distinguirlo de un leucocito, de un artefacto que puedan aparecer en la muestra. También hay que poner en valor la realización de un buen frotis por parte del técnico de laboratorio.

El uso primordial de esta tinción es para la identificación de *Cryptococcus neoformans* en una muestra de líquido cefalorraquídeo, ya que es una manera rápida de posibilitar un diagnóstico primario de una meningitis. La muestra de líquido ce-

falorraqúideo es una de las más importantes en un laboratorio, debido a su difícil obtención, por tanto, se debe trabajar con máximo cuidado con ella, el volumen mínimo debe ser de 1ml y se debe entregar en el laboratorio de manera inmediata después de su extracción.

Una vez preparada la tinción, se observará al microscopio primero con un objetivo de 10X con el que se obtendrá una visión amplia y después con el objetivo de 40X para poder observar la muestra con detalle.

Como conclusión podemos describir las ventajas y desventajas de esta técnica.

VENTAJAS:

- Fácil ejecución.
- Técnica económica.
- El frotis no se debe fijar ni con calor ni con productos químicos, así se observan los microorganismos sin deformaciones.
- La observación se lleva a cabo rápidamente, ya que no se tiene que esperar al secado de la misma ni al fijado, obteniéndose un resultado de manera rápida.

DESVENTAJAS:

- La preparación se debe observar al microscopio inmediatamente después de ser preparada, no se puede dejar secar. En este caso se debe realizar una nueva preparación.

6 Bibliografía

<https://es.wikipedia.org/wiki/Tinci%C3%B3n>

https://microbiologynote.com/es/procedimientopr%C3%A1ctico/tinci%C3%B3n/?utm_content=cmp-true.

<https://microbiologynote.com/es/tipos-de-t%C3%A9nicas-de-tinci%C3%B3n/>

<http://www.bio-nica.info/biblioteca/TincionBacterias.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v14n25/v14n25a01.pdf>

https://amyd.quimica.unam.mx/pluginfile.php/10527/mod_resource/content/1/Tinciones%20basicas%20en%20microbiologia.pdf

www.insnsb.gob.pe

› docs-trans › resoluciones <https://www.msmanuals.com/es-cl/professional/enfermedades-infecciosas/hongos/criptococosis>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24702016000100001&script=sci_arttext

https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2014/ir141b.pdf?fbclid=IwAR3z9_ljzoGBF2taww_xeAuX2t1CKN

Capítulo 376

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL RECuento CELULAR DE LA SANGRE

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El recuento celular de la sangre es una herramienta fundamental en la práctica médica y de laboratorio. Proporciona información valiosa sobre la salud de un individuo, así como datos cruciales para el diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades. El análisis de la sangre es una técnica de diagnóstico común que se utiliza para evaluar la cantidad y la calidad de las células sanguíneas, como los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Estos componentes desempeñan un papel esencial en el transporte de oxígeno, la respuesta inmunológica y la coagulación sanguínea, respectivamente. El recuento celular de la sangre proporciona información vital que puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar y tratar una variedad de afecciones médicas.

La hematología es la disciplina médica que se encarga del estudio de la sangre y sus trastornos. Una de las herramientas más importantes en la hematología es el

análisis de la sangre completa, que incluye el recuento de células sanguíneas, la medición de la hemoglobina y otros parámetros relacionados. El recuento celular de la sangre se realiza mediante técnicas de laboratorio que permiten cuantificar las diferentes poblaciones celulares presentes en la sangre, lo que proporciona una instantánea de la salud del paciente. Este análisis es fundamental en la detección de enfermedades como la anemia, la leucemia y los trastornos de coagulación.

En resumen, el recuento celular de la sangre es un componente esencial de la atención médica y de laboratorio, que proporciona información valiosa para el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades. A lo largo de este trabajo, exploraremos en detalle cómo se lleva a cabo este proceso, sus aplicaciones clínicas y su importancia en el campo de la medicina.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es:

Comprender la importancia del recuento celular de la sangre en la práctica médica.

Objetivos secundarios:

1. Analizar la composición de la sangre y la función de los diferentes tipos de células sanguíneas.
2. Explorar las técnicas y metodologías utilizadas en el recuento celular de la sangre.
3. Investigar las aplicaciones clínicas del recuento celular de la sangre.
4. Analizar los avances tecnológicos recientes en el campo del recuento celular de la sangre.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó una metodología basada en la recopilación y revisión de diversas fuentes. Los pasos clave fueron los siguientes:

- Búsqueda bibliográfica: se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas y científicas (Pubmed, Medline y Scielo), utilizando palabras clave relacionadas con el recuento celular de la sangre.

- Consulta a fuentes de referencia: se consultaron libros de texto de hematología, revistas médicas especializadas y sitios web de sociedades médicas para obtener información relevante y actualizada.

La información recopilada se organizó y analizó sistemáticamente para presentar una visión integral del recuento celular de la sangre. Se hizo especial hincapié en la veracidad y actualidad de las fuentes consultadas.

4 Resultados

1. Importancia de las células sanguíneas:

- Glóbulos rojos (eritrocitos): los glóbulos rojos son células sanguíneas que contienen hemoglobina, una proteína que transporta oxígeno a los tejidos. El recuento de glóbulos rojos es esencial en la detección de la anemia, una condición caracterizada por una disminución en la cantidad de glóbulos rojos o una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Además, el tamaño y la forma de los glóbulos rojos son indicativos de diversas afecciones.
- Glóbulos blancos (leucocitos): los glóbulos blancos desempeñan un papel crucial en el sistema inmunológico. Un recuento anormal de glóbulos blancos puede indicar infecciones, enfermedades autoinmunes o trastornos de la médula ósea. La diferenciación de los tipos de glóbulos blancos, como los neutrófilos, linfocitos y monocitos, es importante para identificar la naturaleza de la respuesta inmunológica.
- Plaquetas (trombocitos): las plaquetas son responsables de la coagulación sanguínea. Tener un recuento de plaquetas adecuado es crucial para prevenir hemorragias excesivas o la formación de coágulos. Las anomalías en el recuento de plaquetas pueden ser indicativas de trastornos hemorrágicos o trombóticos.

2. Técnicas de recuento celular:

- Métodos manuales: los métodos manuales, como la microscopía, todavía se utilizan en laboratorios clínicos para contar células sanguíneas. Los técnicos observan una muestra de sangre en un microscopio y cuentan manualmente las células. Aunque es preciso, es más lento y sujeto a errores humanos.
- Hematología automatizada: los analizadores hematológicos automatizados son ampliamente utilizados en la actualidad. Estos dispositivos realizan un análisis

completo de la sangre en cuestión de minutos, proporcionando recuentos precisos de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. También pueden proporcionar información detallada sobre el tamaño y la forma de las células.

- Citometría de flujo: la citometría de flujo es una técnica avanzada que permite analizar y contar células individuales en una muestra de sangre utilizando fluorescencia. Esto es especialmente útil para el estudio de poblaciones celulares específicas, como las células sanguíneas inmunológicas.

3. Aplicaciones clínicas:

- Diagnóstico de enfermedades: el recuento celular de la sangre es fundamental en el diagnóstico de numerosas enfermedades, incluyendo anemia, leucemia, infecciones y trastornos de coagulación. Los valores anormales en el recuento de células sanguíneas pueden ser indicativos de problemas subyacentes.

- Monitoreo de tratamientos: en el seguimiento de tratamientos médicos, como la quimioterapia en pacientes con cáncer, el recuento celular de la sangre es esencial para evaluar la eficacia de la terapia y detectar posibles efectos secundarios.

- Evaluación de la salud general: un recuento completo de la sangre se utiliza en los exámenes médicos de rutina para evaluar la salud general de una persona y detectar problemas de salud subyacentes, incluso antes de que se manifiesten síntomas evidentes.

4. Avances tecnológicos:

- Espectroscopia: es una técnica que se está explorando para el recuento celular de la sangre. Permite analizar las propiedades ópticas de las células sanguíneas, lo que puede proporcionar información adicional sobre su composición y estado.

- Tecnologías de automatización: los analizadores hematológicos automáticos están experimentando mejoras constantes en términos de velocidad y precisión. Además, la integración de inteligencia artificial y aprendizaje automático está permitiendo una interpretación más sofisticada de los datos.

- Aplicaciones móviles y portátiles: se están desarrollando dispositivos portátiles que permiten a los pacientes realizar recuentos sanguíneos básicos en sus hogares. Esto puede ser especialmente útil en el seguimiento de enfermedades crónicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el recuento celular de la sangre es una herramienta médica fundamental que desentraña información crucial sobre la salud del paciente. Los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, componentes esenciales de la sangre, reflejan la salud general y específica del individuo. La automatización de las técnicas de recuento ha mejorado la eficiencia y la precisión, mientras que las tecnologías emergentes como la citometría de flujo y la espectroscopia prometen un análisis más detallado.

El valor del recuento celular de la sangre se extiende desde el diagnóstico de enfermedades, como la anemia y la leucemia, hasta el seguimiento de tratamientos y la investigación biomédica. A medida que avanza la tecnología, podemos anticipar mejoras continuas en la capacidad de diagnóstico y en la comprensión de las enfermedades sanguíneas. Este trabajo ha destacado la importancia de esta técnica en la medicina y la ciencia, subrayando su papel en la mejora de la atención médica y la investigación clínica.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/conteo-sanguineo-completo/>.
3. <https://www.labtestsonline.es/tests/recuento-de-hematies>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 377

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ORINA

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El análisis de orina es una herramienta fundamental en la medicina y la atención médica, utilizada para evaluar la salud de los pacientes y diagnosticar una variedad de condiciones médicas. El técnico de laboratorio que realiza el análisis de orina desempeña un papel esencial en este proceso, ya que es responsable de llevar a cabo las pruebas, interpretar los resultados y proporcionar información valiosa al médico tratante. Este trabajo se centra en el papel y la importancia del técnico de laboratorio en el análisis de orina.

El análisis de orina es una práctica médica común que se utiliza para detectar y monitorear una amplia gama de condiciones médicas, que van desde infecciones del tracto urinario hasta enfermedades renales, diabetes y trastornos metabólicos. La orina contiene información valiosa sobre la función de los riñones, el metabolismo y la salud general de un individuo. Por lo tanto, el análisis de orina

despierta un interés significativo en la comunidad médica y es una herramienta de diagnóstico de primera línea.

El técnico de laboratorio en el análisis de orina es un pilar fundamental en la atención médica, y su papel es esencial para el diagnóstico y el seguimiento de una amplia gama de enfermedades y afecciones médicas. A lo largo de este trabajo, exploraremos a fondo su función y responsabilidades en este proceso.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es:

- Analizar el papel y las responsabilidades del técnico de laboratorio en el análisis de orina.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

- Explorar los procedimientos y las técnicas utilizadas en el análisis de orina.
- Analizar la importancia del análisis de orina en la detección y el monitoreo de enfermedades.

3 Metodología

La metodología utilizada para recopilar la información presentada en este estudio se basa en una revisión detallada de diversas fuentes de datos. Las palabras clave utilizadas incluyeron “análisis de orina”, “técnico de laboratorio” y otros términos relacionados.

La información recopilada se organizó y analizó sistemáticamente en busca de datos y tendencias clave con respecto al análisis de orina y el papel de los técnicos de laboratorio. Para garantizar la exactitud de la información proporcionada, se ha verificado cuidadosamente que las fuentes son verídicas y actuales.

4 Resultados

1. Recepción y preparación de muestras:

- Etiquetado y registro: La primera etapa implica recibir las muestras de orina y verificar la identificación del paciente, así como asegurarse de que las muestras estén debidamente etiquetadas con información relevante, como el nombre del paciente y la hora de recolección.

-Centrifugación: En muchos casos, las muestras de orina se centrifugan para separar los componentes sólidos (sedimentos) de los líquidos. Esto facilita la posterior evaluación de los elementos en suspensión.

-Alícuotas: Para ciertas pruebas, se pueden tomar alícuotas de la muestra original. Esto permite realizar múltiples pruebas con una sola muestra.

2. Análisis químico:

-Determinación de glucosa: Para evaluar la concentración de glucosa en la orina, se utilizan tiras reactivas que cambian de color en respuesta a la presencia de glucosa. Los técnicos de laboratorio comparan el color resultante con una escala de referencia para cuantificar la concentración de glucosa.

-Detección de proteínas: La presencia de proteínas en la orina se evalúa utilizando reactivos químicos específicos o mediante técnicas de electroforesis. La cuantificación de proteínas puede ayudar en el diagnóstico de enfermedades renales y otros trastornos.

-Medición del pH: Se mide el pH de la orina utilizando papel indicador de pH o electrodos de pH. Esto puede ayudar a identificar condiciones como la acidosis o la alcalosis.

3. Análisis microscópico:

-Evaluación de células sanguíneas: Mediante el uso de un microscopio, los técnicos de laboratorio pueden examinar las muestras de orina para identificar la presencia de células sanguíneas, lo que puede indicar trastornos como la hematuria.

-Identificación de cristales y sedimentos: Los técnicos examinan las muestras de orina en busca de cristales y sedimentos, que pueden ayudar a diagnosticar problemas como cálculos renales o infecciones urinarias.

4. Pruebas específicas:

-Examen de sedimento urinario: Esta prueba implica examinar una muestra de orina al microscopio para identificar elementos como células sanguíneas, células epiteliales y cristales.

-Examen del color y la claridad de la orina: Los técnicos observan el color y la claridad de la orina, lo que puede proporcionar información sobre la presencia de sustancias anormales o infecciones.

-Determinación de nitritos y leucocitos: La presencia de nitritos y leucocitos en la orina puede indicar infección del tracto urinario. Las tiras reactivas se utilizan para realizar estas pruebas.

5. Evaluación y documentación de resultados:

-Interpretación de resultados: Después de completar las pruebas, los técnicos de laboratorio interpretan los resultados, identificando cualquier hallazgo anormal.

Esto puede implicar el reconocimiento de signos de infección, presencia de células sanguíneas anómalas o indicativos de enfermedades como la diabetes.

-Documentación y reporte: Registran de manera minuciosa los resultados de las pruebas y generan informes detallados que se envían a médicos y otros profesionales de la salud. Estos informes son esenciales para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

6. Control de calidad:

-Mantenimiento de calidad: Los técnicos de laboratorio son responsables de mantener altos estándares de calidad en todo el proceso de análisis de orina. Esto implica el uso de controles y calibraciones periódicas de equipos, así como la adhesión a protocolos de aseguramiento de la calidad.

-Identificación de problemas: También deben identificar y abordar problemas técnicos, como errores de medición o equipos que requieren mantenimiento, para garantizar la fiabilidad de los resultados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis de orina es una herramienta diagnóstica crucial en la atención médica, y los técnicos de laboratorio desempeñan un papel esencial en este proceso. A través de la recepción, preparación, ejecución de pruebas y análisis microscópico, los técnicos garantizan que las muestras de orina sean evaluadas con precisión y confiabilidad. La detección de elementos como glucosa, proteínas, células sanguíneas y cristales, así como la evaluación del pH y otros componentes, proporciona información valiosa para el diagnóstico y el monitoreo de diversas afecciones médicas. Además, su capacidad para mantener altos estándares de calidad y colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud asegura que los resultados sean utilizados de manera efectiva en la toma de decisiones médicas. La constante actualización de habilidades y la capacitación son esenciales en este campo en constante evolución. En resumen, los técnicos de laboratorio son piezas clave en el proceso de análisis de orina, contribuyendo significativamente a la atención de los pacientes y al avance de la medicina.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/tecnico-laboratorio-analisis-orina/>.
- 2.<https://microbacterium.es/la-orina-y-su-analisis-en-el-laboratorio-clinico>.
- 3.<https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/laboratorio/analisis-de-orina/>.

Capítulo 378

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS BACTERIAS AEROBIAS

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

Las bacterias, como parte esencial del reino microbiano, representan una diversidad microscópica que influye de manera significativa en múltiples aspectos de nuestro entorno. Entre las clasificaciones bacterianas, la distinción entre bacterias aerobias y anaerobias es fundamental. Las bacterias aerobias, en particular, son microorganismos que requieren oxígeno para llevar a cabo su metabolismo y crecimiento. Su estudio es de gran relevancia en diversos campos, desde la microbiología médica hasta la biotecnología y la ecología.

En este trabajo, se profundizará en la temática de las bacterias aerobias, analizando sus características, diversidad, funciones, y su importancia en distintos entornos. Además, se explorarán sus implicaciones en la salud humana y el medio ambiente, así como su relación con otros grupos microbianos, como las bacterias anaerobias.

Las bacterias aerobias, al depender del oxígeno, ocupan nichos ecológicos específicos y desempeñan un papel esencial en procesos biogeoquímicos y la degradación de materia orgánica. Su influencia se extiende a la salud humana, donde pueden actuar como probióticos beneficiosos o agentes patógenos. Además, su estudio científico es esencial para comprender su diversidad, evolución y aplicaciones biotecnológicas. El conocimiento generado sobre las bacterias aerobias contribuye a abordar desafíos emergentes en campos como la resistencia a los antimicrobianos y la sostenibilidad ambiental. En consecuencia, este trabajo aborda una clasificación fundamental en el mundo de las bacterias, destacando su influencia y relevancia en una amplia variedad de contextos.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es:

- Definir y caracterizar las bacterias aerobias.
- Definir las aplicaciones de las bacterias aerobias en el laboratorio.

3 Metodología

La metodología utilizada para recopilar la información expuesta en este trabajo se basó en una revisión detallada de diversas fuentes de datos utilizando palabras clave relacionadas con bacterias aerobias y sus características. La búsqueda incluyó artículos científicos, revisiones y libros relevantes.

Se analizaron casos de estudio que destacan la importancia de las bacterias aerobias en aplicaciones médicas, industriales y ambientales.

La información recopilada se organizó y analizó sistemáticamente para presentar una visión integral de las bacterias aerobias. La veracidad y actualidad de las fuentes consultadas se verificaron cuidadosamente para garantizar la precisión de la información presentada.

4 Resultados

1.Características distintivas de las bacterias aerobias.

1.Dependencia de Oxígeno: Las bacterias aerobias son estrictamente dependientes del oxígeno molecular para su crecimiento. El oxígeno sirve como aceptor

de electrones en la cadena de transporte de electrones, permitiendo la generación de energía a través de la fosforilación oxidativa.

2. **Metabolismo Oxidativo:** Estas bacterias utilizan rutas metabólicas aerobias, como la glucólisis y el ciclo de Krebs, que requieren oxígeno para su funcionamiento eficiente. Esto les permite obtener una cantidad máxima de energía a partir de las fuentes de carbono disponibles.

3. **Formas de Vida Variadas:** Las bacterias aerobias pueden encontrarse en una amplia variedad de hábitats, desde suelos hasta cuerpos de agua, e incluso dentro del tracto respiratorio humano. Esta adaptabilidad les permite ocupar nichos ecológicos diversos.

4. **Tolerancia a Niveles Variables de Oxígeno:** Aunque requieren oxígeno para crecer, algunas bacterias aerobias pueden tolerar niveles variables de este gas. Por ejemplo, pueden sobrevivir en ambientes donde la disponibilidad de oxígeno fluctúa.

5. **Formas Móviles:** Muchas bacterias aerobias son móviles gracias a flagelos u otros mecanismos de desplazamiento, lo que les permite buscar y colonizar microambientes ricos en oxígeno.

6. **Importancia en la Salud Humana:** Algunas bacterias aerobias forman parte de la microbiota normal del cuerpo humano y desempeñan funciones beneficiosas, como la digestión y la síntesis de vitaminas. Sin embargo, también pueden ser patógenas y causar infecciones, lo que subraya la importancia de su estudio en medicina.

2. Aplicaciones de las bacterias aerobias en el laboratorio.

-**Cultivo y Aislamiento:** Las bacterias aerobias se cultivan en placas de agar o medios de cultivo enriquecidos con oxígeno. Estas se utilizan para aislar y estudiar cepas bacterianas específicas, lo que es fundamental en la investigación microbiológica y en el diagnóstico de enfermedades.

-**Pruebas de Sensibilidad a Antibióticos:** Las bacterias aerobias se emplean en pruebas de susceptibilidad a antibióticos. Estas pruebas determinan la eficacia de diferentes agentes antimicrobianos en el tratamiento de infecciones bacterianas. Los resultados ayudan a los médicos a seleccionar el tratamiento más adecuado para los pacientes.

- Producción de Biomoléculas: Algunas bacterias aerobias se utilizan en la producción de biomoléculas de interés científico y médico. Por ejemplo, la bacteria *Escherichia coli* se emplea en la producción de proteínas recombinantes para investigaciones y aplicaciones biotecnológicas.
- Investigación de Patogenicidad: En el estudio de enfermedades infecciosas, las bacterias aerobias se utilizan para investigar la patogenicidad y los mecanismos de infección. Esto contribuye al desarrollo de estrategias para prevenir y tratar enfermedades.
- Biorremediación: Algunas bacterias aerobias son empleadas en procesos de biorremediación para eliminar contaminantes en suelos y aguas. Utilizan su capacidad aerobia para descomponer sustancias tóxicas y convertirlas en compuestos menos perjudiciales.
- Secuenciación Genómica: Las bacterias aerobias se utilizan como organismos modelo en estudios de secuenciación genómica y análisis genético. Su facilidad de cultivo y manipulación las convierte en herramientas valiosas en la investigación genómica.
- Biología Molecular: Las bacterias aerobias son cruciales en técnicas de biología molecular, como la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y la clonación, donde se emplean como huéspedes para la amplificación y manipulación de genes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las bacterias aerobias desempeñan un papel fundamental en el entorno de laboratorio y en numerosas aplicaciones científicas y médicas. Su capacidad para prosperar en presencia de oxígeno las convierte en herramientas valiosas en la investigación microbiológica y biotecnológica. Estas bacterias son utilizadas para estudiar la patogenicidad, evaluar la sensibilidad a los antibióticos, producir biomoléculas de interés, y desempeñan un papel clave en la secuenciación genómica y la biología molecular. Además, son esenciales en investigaciones relacionadas con la microbiología ambiental y la biorremediación, contribuyendo a la eliminación de contaminantes en entornos contaminados. La versatilidad de las bacterias aerobias, su facilidad de cultivo y manipulación, y su importancia en la investigación científica las convierten en actores cruciales en el laboratorio. A medida que avanzamos en la comprensión de estas bacterias, se

abre un abanico de oportunidades para aplicaciones innovadoras en campos que van desde la medicina hasta la biotecnología. Su estudio continuo seguirá siendo esencial para abordar los desafíos científicos y aplicaciones emergentes.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.lifeder.com/bacterias-aerobias/>.
- 2.https://es.wikipedia.org/wiki/Organismo_aerobio.
- 3.<https://www.univision.com/explora/que-son-las-bacterias-aerobias>.

Capítulo 379

LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRENTE A LOS PACIENTES PALIATIVOS

NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ

LORENA COBO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define el término “cuidados paliativos” por (Secpal), sociedad española de cuidados paliativos, como aquellos cuidados específicos que se aportan al paciente, procurando una atención integral, individualizando sus cuidados. Se centra en intentar mejorar la calidad de vida del paciente, intentando aliviar los síntomas y procurando el mayor bienestar del mismo, ya que no es posible la curación.

El equipo encargado de prestar los cuidados pertinentes a los pacientes debe estar instruido específicamente para ello y poseer, entre otros, valores como la humanidad, la empatía, la solidaridad, etc.

Como también atendiendo a las necesidades emocionales y sabiendo escuchar tanto al paciente como a sus familiares.

Se debe cuidar el entorno en el que se encuentra el paciente. Este debe de ser tranquilo, espacioso, sin tonalidades fuertes en paredes y mobiliario, y con una temperatura agradable, respetando en todo momento su espacio.

Tanto el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) como el resto del equipo enfermero y médico deben percibir los distintos cambios que vayan aconteciendo, sobre todo por parte del TCAE, que, normalmente, es la persona que más tiempo pasa con el paciente. Este deberá de informar puntualmente al resto del equipo responsable de ello, llevando de esta manera un correcto seguimiento del paciente en todo momento.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el área de paliativos.
- Identificar las distintas fases del proceso terminal de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente terminal requiere unos cuidados específicos, se debe tratar de aliviar en la medida de lo posible el dolor y procurar el mayor bienestar en el mismo, ya que su dolencia no tiene curación. El equipo encargado le prestará la atención adecuada a él y a su familia, tanto a nivel médico como psicológico y mental. Este equipo trabajará de forma coordinada entre sí. Se debe brindar un cuidado integral durante las 24 horas del día. Se actuará tanto a nivel mental, espiritual y corporal.

El papel que desarrollará el Tcae ante este tipo de pacientes es de vital importancia, ya que es la persona que más tiempo pasa con ellos. Dentro de los cuidados que el Tcae debe de realizar se distinguen entre físicos y emocionales. Se realizará en primer lugar la higiene del paciente en cama, manteniendo la intimidad en todo momento, comenzando por los ojos y seguidamente el resto del cuerpo, dejando para el final los genitales. Se deberá prestar especial atención en el cuidado de la piel aportando hidratación. También es de suma importancia mantener una

correcta alimentación y eliminación. El paciente debe descansar adecuadamente, se le harán cambios posturales como máximo cada tres horas. En cuanto a la parte emocional, el Tcae debe prestar especial atención a sus motivaciones espirituales, empatizando con sus creencias.

Dentro del proceso terminal se distinguen las siguientes fases o momentos:

1ª) Negación y aislamiento: La negación por parte del paciente y su entorno más cercano suele acontecer al ser informados de que la enfermedad no tiene tratamiento. Suelen retraerse y no expresar sus sentimientos de manera normal.

2ª Ira: Cuando es superada la negación, en su lugar aparece la ira, antipatía. Se trata de una fase más complicada de afrontar.

3ª Pacto: En este caso se puede definir “pacto” como un acuerdo que retrasa los hechos. Si se cumple, el paciente se dará por satisfecho.

4ª Depresión: En esta fase el paciente se encuentra desesperanzado, desilusionado. Es muy importante que manifieste su dolor. Asumirá de una mejor manera el desenlace.

5ª Aceptación: A través de todas estas fases anteriores se habrá llegado al entendimiento de su proceso, comprendiendo y aceptando la realidad.

5 Discusión-Conclusión

El Tcae es un profesional sanitario, se muestra esencial en el área de paliativos. Es muy importante su correcta formación especializada para esta área, debiendo implicarse de una manera más profunda y personalizada. Debe tener la capacidad de controlar los distintos altibajos que este tipo de pacientes y sus familiares suelen manifestar. También es muy importante que sepa observar y comprender el lenguaje no verbal, dando parte al personal médico y enfermero para que adopten las decisiones pertinentes. Se deben adoptar las medidas necesarias en todo momento para procurar el máximo bienestar en su última etapa vital, procurando un entorno adecuado a sus necesidades.

6 Bibliografía

- 1.Función del Tcae en pacientes terminales. (Internet) (Citado 8 Oct. 23).Disponible en <http://revistamedica.com>.
2. American cancer sociaty. (Internet) (Citado 8 Oct. 23).Disponible en <http://cancer.org>.

3. Enfermería y el paciente en situación terminal. (Internet) (Citado 8 Oct. 23). Disponible en <http://scielo.isciii.es>.
4. Cuidados para pacientes terminales. (Internet) (Citado 8 Oct. 23). Disponible en <http://medlineplus.gov>.

Capítulo 380

MEDICINA NUCLEAR Y PROCESOS RADIATIVOS

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

1 Introducción

La radiactividad es el fenómeno físico por el que un elemento radiactivo de núcleo atómico inestable alcanza una estabilidad mayor mediante un núcleo que se transforma emitiendo radiación. La desintegración radiactiva tiene como consecuencia la reducción de masa en reposo total después de la liberación de energía de desintegración (Q). Esto quiere decir que la masa del núcleo original es mayor que la suma de las masas del núcleo resultante y la partícula.

Los nucleidos inestables se convierten de forma espontánea a estructuras con mayor estabilidad, lo cual genera procesos radiactivos naturales.

La radiactividad es un fenómeno aleatorio, está caracterizada por la probabilidad de que un núcleo se desintegre en un intervalo de tiempo (dt), independiente de influencias externas. En una sustancia radiactiva, la probabilidad de que un núcleo se desintegre es igual para todos. Esta probabilidad en la unidad de tiempo 1 segundo se conoce como constante de desintegración, tiene unidades de inversa de tiempo. Podemos obtener la ley de desintegración radiactiva, que se rige por una función exponencial. El periodo de semidesintegración (T) es el tiempo que hace falta para que la muestra tenga la mitad de átomos radiactivos que tenía en $t=0$. Los valores dependen del radionucleido, que varía.

2 Objetivos

1. Definir el fenómeno de la radiactividad.
2. Exponer la radiactividad en medicina nuclear y cómo se utilizan los elementos radiactivos en esta especialidad.

3 Metodología

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

Este material ha sido encontrado mediante búsquedas de conceptos clave como 'actividad de una muestra radiactiva' 'medicina nuclear e imágenes diagnósticas'.

4 Resultados

La medicina nuclear es la especialidad médica que usa los elementos radiactivos con el objetivo de diagnosticar, tratar e investigar. Estos elementos radiactivos se usan en el paciente. Pueden administrarse junto a sustancias concretas, de forma que pasan a ser trazadores radiactivos, así al estar dentro del organismo emitan radiación cuando se van distribuyendo.

Los radiofármacos están formados por:

- Isótopo radiactivo: es lo que emite la radiación, por lo tanto, se usará para el diagnóstico a través de imágenes o para el tratamiento.
- Molécula química: esta se distribuirá en distintas áreas del organismo según la composición.

En medicina nuclear se utilizan fuentes no encapsuladas, por lo que los isótopos radiactivos entran en el organismo y se distribuyen atendiendo al metabolismo y al elemento que haya sido utilizado.

En las imágenes diagnósticas se detectan propiedades funcionales del tejido humano. Se utilizan moléculas como por ejemplo la FDG, que se parece a la glucosa. La captación de la molécula será distinta según la zona del organismo.

Cuando las sustancias radiactivas se desintegran, emiten diferentes tipos de partículas que tienen un comportamiento distinto entre sí. Las más comunes son la radiación α , la β y la γ .

En el caso de la radiación alfa son núcleos de Helio con gran estabilidad, son poco penetrantes porque depositan toda su energía en un recorrido corto, esto causa un daño biológico mayor al de otras partículas. Existen dos tipos de radiación β , que corresponden a un electrón (β^-) y a un positrón (β^+). Las partículas β provienen del núcleo atómico, no de sus orbitales. Son más penetrantes que las alfa, por lo que su daño biológico es menor porque depositan la energía en un recorrido más largo. La radiación γ es radiación electromagnética o fotones altamente energéticos. Un núcleo en estado excitado pasa a su estado fundamental o a un estado menor de energía emitiendo radiación electromagnética más energética que los rayos X de los átomos.

5 Discusión-Conclusión

La radiactividad es un fenómeno que depende del azar de que un núcleo se desintegre, pudiendo seguir la ley de desintegración radiactiva. En medicina nuclear se utilizan los elementos radiactivos en el diagnóstico, el tratamiento y la investigación. El diagnóstico puede realizarse mediante imágenes usando los elementos radiactivos como trazadores. Cada elemento posee unas características que permitirán su uso de diferentes formas en el paciente. Existen diferentes tipos de radiación, las más comunes son la radiación α , la β y la γ . Cada radiación tiene una estabilidad y un daño biológico diferentes. El Técnico debe conocer las bases físicas de la radiactividad para su uso en medicina.

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).
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 381

INTRODUCCIÓN A LOS EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR Y SUS ELEMENTOS

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

1 Introducción

La medicina nuclear utiliza radiotrazadores o radiofármacos para la evaluación de la fisiología del organismo y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Las cámaras se diseñan de forma específica para que se rastree la ruta de estos trazadores. Los métodos más utilizados en medicina nuclear son la SPECT o Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (proviene del inglés Single Photon Emission Computed Tomography) y la Tomografía por Emisión de Positrones. Los trazadores son moléculas transportadoras que se unen a un átomo radiactivo.

Por ejemplo, para marcar la fuente de un sangrado, se puede marcar una muestra de eritrocitos del paciente para seguir la ruta y localizar el origen. También pueden utilizarse por ejemplo para el diagnóstico de patologías óseas entre otros muchos ejemplos. En el caso de los escáneres TEP (Tomografía por Emisión de Positrones) el objetivo principal es el diagnóstico de cáncer y control de la enfermedad, o la evolución del paciente con tratamiento y la detección de metástasis. En la SPECT se distribuyen los trazadores en el paciente y se generan imágenes

en 3 dimensiones a partir de numerosas proyecciones desde distintos ángulos. Se utiliza la gamma cámara para detectar los rayos gamma de los trazadores que han sido introducidos en el paciente.

2 Objetivos

- Definir las principales pruebas utilizadas en medicina nuclear.
- Exponer los equipos de medicina nuclear y su funcionamiento en las pruebas.

3 Metodología

Para llevar a cabo el capítulo expuesto se ha revisado información relativa al tema expuesto en documentos como artículos científicos de bases de datos médicas o libros de formación. La búsqueda de conceptos como 'funcionamiento de la Tomografía por Emisión de Positrones' ha sido necesaria para encontrar las fuentes de información.

4 Resultados

En medicina nuclear se emplean diferentes equipos para realizar las pruebas y medir la radiación emitida.

- Los activímetros son equipos empleados para medir la actividad de la muestra en un vial cuando se prepara la dosis del radiofármaco que va a ser administrada en las diferentes pruebas. Se tratan de cámaras de ionización con gas a presión. Los sistemas están calibrados para los radionucleidos que se utilizan. Se coloca la muestra radiactiva en el interior y esta emita partículas que el activímetro mide. Las partículas interactúan con el gas, generando una señal eléctrica que capta el aparato.
- Los detectores de muestras son empleados en la detección de radiactividad. Se parece al activímetro pero detectando señales de menor tamaño, con mayor eficiencia.
- Las sondas de detección externa son sondas de detección intraoperatoria en el rastreo por ejemplo de un tumor que se está reseando y ha sido previamente fijado un trazador. Por ejemplo, puede utilizarse en la localización del ganglio centinela.

Este dispositivo no genera una imagen, sino que la sonda está conectada a un aparato y cuando se acerca a una zona con radiación manda una señal luminosa

o acústica.

- La gammacámara o cámara de Anger es el equipo de detección in vivo que obtiene imágenes detectando la radiación gamma del trazador que está situado dentro del paciente. A partir de la gammacámara se puede hacer el SPECT. Una vez que el radioisótopo está en el paciente, los fotones que emite salen y se captan por unos detectores planos que forman la imagen en 2D.

El colimador es un dispositivo que se coloca delante del detector y se caracteriza por la resolución espacial y la sensibilidad. El detector se sitúa contiguo al colimador y tiene un cristal de centelleo, una guía de luz y tubos fotomultiplicadores.

5 Discusión-Conclusión

Existen distintos equipos en medicina nuclear con diferentes funciones que permiten realizar las pruebas para diagnosticar al paciente. Las pruebas más utilizadas son la Tomografía por Emisión de Positrones o PET y la SPECT o Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único. Para realizar estas pruebas se necesitan diferentes equipos que permitan detectar la radiación del radiotrazador en el paciente. La SPECT se realiza en la gammacámara o en una modificación de una gammacámara.

Las gammacámaras son el equipo de detección in vivo más utilizado en medicina nuclear. Además, los activímetros y los detectores de muestras permiten medir la actividad radiactiva de la muestra que se preparará para el paciente. El Técnico debe conocer el funcionamiento de los distintos equipos de medicina nuclear.

6 Bibliografía

1. Medicina nuclear. (s. f.). National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/medicina-nuclear>.
2. Introduction to medical imaging: physics, engineering and clinical Applications. Nadine Barrie Smith, Andrew Webb (Cambridge University Press, 2011).

Capítulo 382

FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RADIOACTIVIDAD Y RADIACIÓN

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

1 Introducción

La radiactividad se produce cuando isótopos inestables liberan energía en ondas o partículas llamadas radiación. Se puede calcular la probabilidad de decaimiento de un núcleo radiactivo en un momento concreto. La radiación además puede generarse a través de equipo de rayos X.

Hay dos tipos de radiaciones ionizantes: los radioisótopos (medicina nuclear) que son sustancias por sí mismas, emiten radiación por desintegración de los núcleos y suelen estar en estado sólido o líquido; y los rayos X.

La radiación puede ser ionizante (rayos X y proveniente de materiales radioactivos: alfa, beta, gamma, rayos X, neutrones) y no ionizante, que incluye la luz ultravioleta, las ondas de calor, ondas de radio y microondas.

En la radiación ionizante, los núcleos de los átomos radioactivos emiten tres tipos de radiaciones:

- Radiación alfa: flujo de radiación cargada de forma positiva. Son átomos de helio doblemente ionizados, tienen dos neutrones, dos protones y tienen masa.
- Radiación beta: flujo de electrones (b^-) o positrones (b^+).

- Radiación gamma: flujo de ondas electromagnéticas o fotones que tienen mecanismos de ionización distintos a los de las partículas cargadas.

Los equipos de imagen para el diagnóstico funcionarán en base al tipo de radiación que utilicen, por lo que el técnico debe poseer la base de conocimientos necesaria sobre el tema.

2 Objetivos

- Definir la radioactividad.
- Exponer los tipos de radiación, en qué consisten y qué efectos producen.
- Explicar los aspectos básicos de la radiación electromagnética.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 radiación tiene un efecto que dependerá de la capacidad para penetrar en el tejido humano, y a la vez esto dependerá del tipo de energía de la partícula u onda liberada. Los rayos gamma y rayos X se diferencian en que un fotón X procede de un equipo de rayos X y el gamma de un radioisótopo, pero el fotón en sí mismo. Una partícula será más peligrosa cuando ceda más energía en el cuerpo.

- Partículas alfa: con una hoja de papel es suficiente para frenarlas, pero si llegan al cuerpo son las más peligrosas al ser más energéticas.
- Partículas beta: tienen masa y se paran con material plástico.
- Partículas gamma: son las partículas menos peligrosas, pero es necesario plomo para frenarlas, aunque no completamente.

En la ionización una partícula choca con un electrón del átomo y cede energía para arrancarlo de su órbita de forma que se obtiene un ion. Para esto las partículas tienen una energía mínima, que es energía de ligadura del electrón que quiere arrancar. Cuando se hace una radiografía hay muchas interacciones de los fotones con la materia.

La radiación electromagnética es la luz visible que forma parte de las radiaciones, pero solo ocupa una parte del espectro total. En la parte con menor energía están los infrarrojos, las microondas y las ondas de televisión y radio y en la parte superior los rayos ultravioletas, los rayos X y la radiación gamma.

La radiación gamma está formada por ondas electromagnéticas, fotones, radiaciones, radiación electromagnética y radiación ionizante. Los rayos X son ondas electromagnéticas y a la vez fotones, que funcionan igual que la luz, pero diferenciándose en la energía. Las radiaciones ionizantes sufren distintos procesos al atravesar un medio material.

5 Discusión-Conclusión

La radiactividad es producida por isótopos inestables que liberan energía en ondas o partículas que son llamadas radiación. Las radiaciones son de distintos tipos y tienen diferentes efectos según el medio material que atraviesen. Pueden clasificarse en radiaciones ionizantes y no ionizantes, en la radiación ionizante una partícula choca con el electrón del átomo y lo arranca de su órbita obteniendo un ion. Según el tipo de radiación producida, esta causará distintos efectos en el paciente y la protección radiológica cambiará porque cada tipo de onda se frena con distintos tipos de material. Es por esto que el técnico debe conocer el fundamento de la radiactividad.

6 Bibliografía

1. Farr's physics for medical imaging. Penelope Allisy-Roberts, Jerry Williams (2nd ed. Saunders, 2008).
2. Introduction to health physics. Herman Cember, Thomas E. Johnson. (4th ed. McGraw-Hill Medical, c2009).

Capítulo 383

MAMOGRAFÍA DE CRIBAJE PARA EL CÁNCER DE MAMA PARA PACIENTES PORTADORAS DE PRÓTESIS MAMARIA

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

El cáncer de mama es el que más afecta a las mujeres. Se estima que 1 de cada 8 mujeres desarrollarán cáncer de mama. Una de las herramientas contra el cáncer de mama es crear estrategias de detección precoz de la enfermedad, y la prueba por excelencia es la mamografía de cribaje, regulada por el sistema de salud de cada comunidad autónoma.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) introdujo el cribado de cáncer de mama a nivel poblacional en el 2006.

En España, todas las comunidades autónomas cuentan con un programa de cribado coordinado a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer por el Min-

isterio de Sanidad. Actualmente se recomienda empezar a hacerse mamografías bienales a las mujeres entre los 50-74 años.

Antes de realizar esta prueba, las pacientes deben contestar una serie de preguntas que son relevantes para su diagnóstico, tales como:

- Antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovarios (sobre todo madres/hermanas).
- Palpación, observación de cambios en la mama (pezón invertido, dolor al palpar, calor local, piel irregular, entre otras).

Todos estos datos se recopilan en el historial de la paciente y son importantes, ya que los radiólogos que informan de las mamografías las tienen en cuenta.

2 Objetivos

1. Explicar cuál es el protocolo de cribaje de cáncer de mama.
2. Comprender las ventajas de la detección precoz.
3. Saber cuáles son las diferencias entre pacientes portadoras de prótesis mamaria vs las que no llevan con respecto a la mamografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cáncer de mama es la primera causa de muerte entre las mujeres en el mundo. Se producen 2,2 millones de diagnósticos positivos y 68.000 muertes al año por esta enfermedad. Es el más frecuente en España y, después del cáncer colorrectal, la segunda causa de muerte. En el 2020 se diagnosticaron unos 34.000 casos y se produjeron 6.600 fallecimientos. La edad de las mujeres en la que mayor incidencia se observa es entre los 45 y 65 años, y se estima que 1 de cada 11 mujeres en Europa será diagnosticada de cáncer de mama antes de los 74 años. En España esta implantado en todas sus comunidades autónomas un protocolo de cribaje para la detección precoz del cáncer de mama que se inicia a los 50 años

de edad de las pacientes. Se realiza cada dos años y si hay hallazgos sospechosos se recita la paciente para ampliar el estudio realizando una ecografía de mama y axila.

Esta prueba tiene una gran sensibilidad y una baja especificidad. Los hallazgos sospechosos se clasifican según las categorías del sistema BI-RADS. Para extender el estudio se realiza una ecografía con o sin una biopsia, que realiza el radiólogo especialista.

La mamografía consiste en realizar una radiografía de la mama caudocraneal y otra oblicua. Se coloca la mama en una plataforma y se comprime con una pala de plástico. En total se realizan 4 mamografías. Las pacientes que son portadoras de prótesis mamaria, a parte de las 4 mamografías anteriores se realizan dos más (una por cada mama) retirando la prótesis utilizando la técnica Eklund, por lo tanto conlleva hacer 6 mamografías en total. Este método implica estar más expuesta a la radiación (mayor número de malogrías y más dosis por detección de una masa más densa), más número de mamografías ya que puede haber una mala colocación de la prótesis y significa repetir la proyección y también exponer a la prótesis a una posible rotura o mal formación por la compresión. Toda esta información se la da a la paciente antes de iniciar el estudio.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en cáncer femenino y la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres a partir de los 50 años.

La prueba de imagen para el diagnóstico de elección para detectar precozmente el cáncer de mama es la mamografía.

Las mamografías de cribaje para la detección precoz del cáncer de mama se inician con pacientes a partir de los 50 años y se realizan cada dos años.

A las pacientes no portadoras de implantes se les realizan cuatro mamografías (dos caudocraneales y dos oblicuas)

A las pacientes con implantes mamarios se les realizan seis mamografías (dos caudocraneales y cuatro oblicuas).

6 Bibliografía

1. Pons-Rodriguez A, Marzo-Castillejo M, Cruz-Esteve I, Galindo-Ortego G, Hernández-Leal MJ, Rué M. Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria. Elsevier. 2022; 54 (5):1-74.

2. M. Arroyo Yustos, M. Martín Angulo y M. Álvarez-Mon Soto. Cáncer de mama. Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Oncología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. Elsevier 2017; 12(34):2011-23 .
3. Institut català d'oncologia. Generalitat de Catalunya, Gencat. (consultado 12 oct 2023). Disponible: https://ico.gencat.cat/ca/el-cancer/programes_de_deteccio_precoc/programa_de_deteccio_precoc_de_cancer_de_mama/index.html#que-es-la-deteccio-precoc-del-cancer-de-mama.

Capítulo 384

PLAN ESTRATÉGICO DE AYUDA A LA FAMILIA DE CASTILLA-LA MANCHA. ATENCIÓN HOLÍSTICA E INTEGRAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ

1 Introducción

La familia ha atravesado un profundo proceso de transformación en las últimas décadas, influenciado por diversos factores como el aumento en la esperanza de vida, la creciente participación de las mujeres en el ámbito laboral y el incremento de las familias monoparentales, entre otros. La región de Castilla-La Mancha no ha sido ajena a un fenómeno igualmente marcado: la despoblación.

Este cambio en los roles tradicionales dentro de las familias y la adaptación a las nuevas realidades sociales nos han presentado un panorama complejo en el que la familia se ha tenido que ajustar a estas nuevas circunstancias. Sin embargo, es evidente que, a pesar de estos cambios, lo que sigue siendo el núcleo esencial de la familia a lo largo del tiempo es la noción de pertenecer a algo que va más allá del individuo y que busca la integración de esfuerzos individuales en pos del bien común.

Las administraciones deben actuar como apoyos cuando sea necesario, sin imponer ni llevar a cabo experimentos sociales que alteren esta realidad. La adaptación a la dinámica de la sociedad y la familia como su núcleo fundamental

no debe implicar en ningún caso la implementación de estrategias que impongan sistemas de valores.

Con el fin de abordar estos cambios y los desafíos que enfrenta la sociedad, se ha desarrollado el Plan Estratégico de Ayuda a la Familia 2013-2016, con el objetivo de corregir las deficiencias detectadas en el plan anterior.

Para el análisis de la estructura familiar, se han utilizado datos del censo de población y viviendas, aunque también se han tenido en cuenta encuestas como la de presupuestos familiares (EPF) y la de condiciones de vida (ECV), que proporcionan información más actualizada a pesar de su alcance regional.

La familia en el entorno rural desempeña un papel de gran relevancia tanto en términos cualitativos como cuantitativos, dada la naturaleza mayoritariamente rural de Castilla-La Mancha, con una baja densidad de población y numerosos municipios que constituyen la realidad de la región. Es esencial establecer políticas de desarrollo rural efectivas para lograr una mayor igualdad de ingresos y oportunidades, tanto en áreas urbanas como rurales.

2 Objetivos

Dar a conocer el Plan Estratégico de Ayuda a la Familia de Castilla-La Mancha, como herramienta para la atención holística e integral del paciente y la familia.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo se basa en una investigación que involucró una revisión exhaustiva de la literatura científica y las leyes pertinentes en relación a la atención completa y comprensiva al paciente y a su familia en Castilla-La Mancha. Se llevaron a cabo consultas en las bases de datos científicas más relevantes disponibles en línea. Los resultados de esta investigación se han resumido de manera concisa para facilitar una comprensión rápida y accesible del tema que se aborda.

4 Resultados

El Plan Estratégico de Ayuda a la Familia se llevará a cabo a través de programas que se diseñarán cada dos años, en conformidad con las acciones y medidas

establecidas en un enfoque estratégico. Esto garantizará la eficacia en la implementación de una política de apoyo a la familia.

Para asegurar la correcta ejecución y desarrollo de este Plan, se establecerán tres entidades: la Comisión de Dirección del Plan, la Comisión Técnica de Seguimiento del Plan y el Grupo Asesor de Expertos.

La evaluación del Plan Estratégico de Ayuda a la Familia estará a cargo de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, específicamente a través de la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social. Esta entidad será responsable de recopilar la información necesaria para determinar el grado de cumplimiento del Plan, mediante la coordinación entre la Comisión de Dirección, la Comisión Técnica de Seguimiento y el Grupo Asesor de Expertos.

La evaluación será un proceso continuo que parte de la lógica del diseño del Plan. Es importante recordar que el Plan se basa en líneas estratégicas de actuación con objetivos específicos que se materializan a través de acciones y medidas. Por lo tanto, el logro de los objetivos dependerá de la implementación de estas acciones y medidas.

Las Líneas Estratégicas del Plan:

1. La Familia como Institución Central y Fundamental

1.1. Fortalecimiento del Valor Social de la Familia

Promover el reconocimiento social de la familia mediante acuerdos con diferentes sectores públicos.

Creación del distintivo "Municipio amigo de la familia".

Reconocimiento de calidad para la "Empresa familiarmente comprometida".

Colaboración con medios de comunicación para fomentar el reconocimiento social de la familia.

1.2. Apoyo a la Familia en sus Responsabilidades

Brindar apoyo socioeducativo para fomentar la convivencia familiar.

Implementar medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar.

1.3. Apoyo Económico para las Familias

Promover ayudas a familias numerosas.

Facilitar apoyo financiero para la creación y el sostenimiento de familias.

2. Cooperación Institucional y Participación Social

2.1. Inclusión de la Perspectiva de la Familia

Reforzar la integración de la perspectiva familiar en las políticas regionales.

Fomentar la coordinación de políticas familiares a través de órganos consultivos y de participación social.

Promover el voluntariado familiar.

3. Prevención

3.1. Prevención de Riesgos para la Familia

Implicar a las familias en la promoción de hábitos saludables para prevenir enfermedades y el consumo de drogas.

Impulsar medidas preventivas para abordar conflictos familiares y sociales.

Fomentar programas de igualdad de género y prevención de la violencia de género y el abuso sexual infantil.

4. Familias con Personas Dependientes

4.1. Apoyo a Familias con Miembros Dependientes

Brindar atención y cuidado adecuados a personas dependientes en sus hogares.

Facilitar apoyo a cuidadores informales.

Ofrecer atención telefónica y asistencia en casos de emergencia a través del servicio de Teleasistencia.

Proporcionar atención diurna en centros especializados a personas con discapacidad y/o dependientes.

Brindar atención apropiada a personas mayores, con discapacidad y/o en situación de dependencia.

5. Familias en Situación de Vulnerabilidad Social

5.1. Apoyo a Familias Vulnerables

Facilitar la inserción laboral y la mejora de las condiciones de empleabilidad de familias en situación de vulnerabilidad y exclusión social.

Ayudar a las familias vulnerables a acceder y permanecer en viviendas adecuadas.

Fomentar la educación y reducir los factores de riesgo en niños y jóvenes en dificultades sociales.

Garantizar el acceso de los niños a servicios de atención médica adecuados.

5.2. Apoyo Psicológico y Social a Familias Vulnerables

Proporcionar apoyo psicológico y social a familias en situación de vulnerabilidad.

Prevenir y abordar problemas de conflictividad y ruptura familiar.

Prevenir la violencia familiar e intervenir con víctimas y agresores.

Prevenir y abordar situaciones de violencia de género.

6. Menores en Dificultad o en Conflicto Social y sus Familias

6.1. Apoyo a Familias para la Atención de Menores

Intervenir con familias que tienen hijos en riesgo, desamparo o conflicto social para abordar los factores que causan estas situaciones.

Prevenir y proporcionar atención a menores de catorce años en situación de conflicto social para evitar su participación en el sistema de justicia penal juvenil.

6.2. Atención Integral a Menores en Situación de Amparo y sus Familias

Fomentar el acogimiento como medida de apoyo temporal para menores bajo tutela o en custodia del Estado.

Proporcionar centros residenciales adecuados a las necesidades de menores en situación de desamparo.

6.3. Colocación en la Familia más Adecuada

Facilitar la integración de menores en nuevas familias a través de la adopción.

6.4. Respuestas Educativas y Responsables para Menores en Conflicto Social

Garantizar la ejecución adecuada de medidas judiciales para menores.

Ofrecer respuestas alternativas y personalizadas para situaciones de conflicto social en menores.

7. Formación e Investigación

7.1. Formación Continua para Profesionales

Proporcionar formación continua a profesionales que trabajan en el ámbito familiar para mantener y actualizar sus conocimientos.

7.2. Promoción de Investigación

Fomentar investigaciones sobre aspectos fundamentales de la familia y la implementación de programas y proyectos experimentales.

Desarrollar marcos teóricos-conceptuales sobre realidades y factores de vulnerabilidad familiar.

Analizar el impacto y efecto de las políticas de apoyo a las familias.

5 Discusión-Conclusión

El Plan Estratégico de Ayuda a la Familia de Castilla-La Mancha se distingue por su enfoque integral en las políticas públicas. No busca interferir en las funciones propias e inalienables de las familias, sino aplicar la perspectiva de la familia en las políticas públicas de manera que se fortalezca su papel como institución fundamental en nuestra sociedad. Además, busca promover servicios, recursos y políticas que respalden a las familias y fomenten su autonomía.

El Plan no se limita a atender a familias e infancias en situaciones de riesgo social y otras circunstancias especiales, como dificultades, conflictos sociales, atención médica, adicciones o cuidado de personas dependientes. También se enfoca en aspectos relacionados con el fortalecimiento de la familia como entidad central y básica en nuestra sociedad.

Este enfoque de la perspectiva de la familia permitirá que todas las políticas públicas se desarrollen teniendo en cuenta su impacto en las familias. Además, promoverá una efectiva política integral de apoyo a la familia en áreas normativas, económicas, educativas, de atención médica, servicios sociales, comunicación y más.

Cada consejería del Gobierno Autonómico, dentro de sus competencias, llevará a cabo acciones y medidas de apoyo a la familia, considerando la diversidad de necesidades en la sociedad actual y el contexto económico en el que se desarrollarán estas políticas.

6 Bibliografía

<https://scholar.google.es/schhp?hl=es>

<http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/actuaciones/plan-familia-2013-2016>

Capítulo 385

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

ROCIO GARCIA HEREDIA

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

LAURA BARRIGA CALLE

1 Introducción

El código ictus es un conjunto de protocolos y procedimientos médicos diseñados para el tratamiento rápido y eficaz en pacientes que han tenido una hemorragia cerebral o accidente cerebrovascular (ACV).

En este tipo de patologías es crucial la rapidez, ya que un ictus puede causar daño cerebral irreversible si no se trata rápidamente y de la forma correcta.

Existen dos tipos de ictus: el hemorrágico; el cual se produce la rotura de un vaso y la salida del contenido sanguíneo al cerebro y el isquémico; este es el más frecuente y se produce por el cierre de una arteria cerebral por un trombo.

Según diversos estudios, el ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en varones.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico de rayos durante el código ictus.

3 Metodología

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

4 Resultados

El código ictus se centra en la identificación temprana de los síntomas del ictus, la evaluación del paciente y la toma de decisiones rápidas para administrar el tratamiento adecuado.

Los síntomas típicos de un ictus incluyen:

- Pérdida repentina de fuerza o sensación en la cara, brazo o pierna, generalmente a lo largo del cuerpo.
- Confusión súbita, dificultad para hablar o comprender el habla.
- Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.
- Problemas repentinos para ver con uno o ambos ojos.
- Dolor de cabeza súbito e intenso sin causa conocida.

Cuando una persona presenta algunos o varios de estos síntomas, es muy importante llamar de inmediato a los servicios médicos y activar el código ictus si esta disponible en el sistema de atención médica. Según el hospital pueden variar los procedimientos, pero generalmente implican la realización de pruebas de diagnóstico rápido, como una tomografía computarizada o una resonancia magnética, para determinar si la causa del ictus es isquémico o hemorrágico.

Cuando se trata de un ictus isquémico, se puede administrar un medicamento llamado activador del plasminógeno tisular para disolver un coágulo que esta bloqueando el flujo sanguíneo al cerebro. A veces se puede valorar una operación quirúrgica para eliminar el coágulo.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, la tomografía axial computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM) son pruebas cruciales en el código ictus, ya que pueden proporcionar información crucial sobre la naturaleza y la extensión del daño cerebral.

Con la TAC se puede determinar si se trata de un ictus isquémico o hemorrágico. En el caso de que existan síntomas, pero no una imagen de infarto, puede tratarse de un ataque isquémico transitorio, aunque en las primeras 24 h a veces ni se

observa el infarto en la TAC, por lo cual será necesario repetir después la prueba. La TAC permite ver la extensión del infarto y podrá ayudar a descartar otras enfermedades que pueden simular los mismos síntomas. Esta prueba es mas precisa cuando se administra contraste, es decir una AngioTAC.

En el caso de la resonancia, esta se realiza para poder definir mejor algunas partes cerebrales afectadas para poder programar después un tratamiento intervencionistas.

5 Discusión-Conclusión

La RM es más sensible que la TAC para detectar lesiones cerebrales tempranas y proporciona imágenes más detalladas de los tejidos blandos y las estructuras anatómicas del cerebro. La RM puede ayudar a identificar áreas de isquemia y detectar cambios en el tejido cerebral en etapas más tempranas.

En general, el uso de TC y RM en conjunto puede proporcionar una evaluación más completa y precisa de los pacientes con sospecha de ictus, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la atención del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 386

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL SCREENING DE MAMA

VERONICA POZO ALCAIDE

1 Introducción

El cáncer de mama es el tipo de cáncer con mayor incidencia en las mujeres. Se estima que una de cada 12 mujeres se verán afectadas por este tipo de cáncer a lo largo de su vida.

Los casos de cáncer de mama se han visto aumentados en los últimos años, debido al aumento de población, el envejecimiento de esta, cambios en los hábitos de reproducción, la exposición a factores de riesgo (obesidad y el uso de tratamientos hormonales) y el sedentarismo.

Gracias a los programas de screening se ha visto reducida la mortalidad, ya que permiten realizar una detección precoz y una rápida actuación.

Se entiende por screening de mama a un examen de rutina realizado a la población sana para detectar el cáncer de mama. Este examen consiste en la realización de una prueba de imagen por parte de la población como es la mamografía.

Es importante considerar que el beneficio de la prueba debe superar el perjuicio, para esto se emplean filtros por rangos de edad y una periodicidad efectiva.

Actualmente se realiza la radiografía mamaria a mujeres entre los 50 y 69 años de manera bienal en mujeres asintomáticas. Para mujeres con antecedentes propios o genéticos la periodicidad puede ser inferior.

2 Objetivos

Conocer las medidas a considerar por el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en relación con los procedimientos de una mamografía.

Adoptar medidas técnicas para la obtención de una imagen de calidad que ofrezca un buen diagnóstico.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante investigación y recopilación de datos sobre Screening de mama tanto en bases de datos de artículos científicos como en la propia web de la asociación española contra el cáncer.

4 Resultados

Normalmente en las campañas de screening de mama las mujeres son citadas mediante notificación indicando el lugar y la hora a la que se le va a realizar la mamografía.

Ante la incertidumbre de los resultados de la prueba las mujeres suelen llegar a la cita con estado de agitación y nerviosismo, es importante mostrar empatía por parte del personal Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico. Al llegar la paciente se procederá a la identificación mediante DNI y se comenzará a explicar en qué consiste la prueba. En el screening de mama suelen solicitarse datos como si se ha tenido síntomas, antecedentes familiares, patologías mamarias anteriores, cirugías...

Durante el procedimiento de la prueba se realizan cuatro proyecciones radiográficas, dos cráneo-caudales (CC) y dos oblicua mediolateral (OML), los dos tipos de proyecciones en ambas mamas. La realización de dos proyecciones en cada mama es fundamental para obtener una imagen tridimensional y en caso de lesión realizar una correcta localización de esta.

Una vez realizada la mamografía, se pueden diferenciar cuatro tipos de densidad mamaria según la imagen radiológica:

- Grasa: mayor predominio graso mamario.
- Densidad media: mamas con áreas diseminadas de tejido fibroglandular.
- Heterogénea: mamas con densidad variable. La sensibilidad de la mamografía para puede ser algo menor para localizar lesiones.

- Densa: mamas con abundante densidad. La sensibilidad de la mamografía es más baja que en los otros tipos de mama.

Finalizado el estudio, las cuatro proyecciones mamarias son enviadas al Radiólogo, una vez examinadas estas se catalogará el estudio mediante el método denominado BI-RADS, desarrollado en 1993 por el Colegio Americano de Radiología (ACR) para estandarizar la terminología y la sistemática del informe mamográfico y clasificar los hallazgos.

- BI-RADS 0: lectura incompleto. Se necesita pruebas de imágenes complementarias.
- BI-RADS 1: mama normal.
- BI-RADS 2: lesiones benignas. Probabilidad de cáncer similar al de la población.
- BI-RADS 3: lesiones probablemente benignas. <2% de riesgo de malignidad.
- BI-RADS 4: lesiones probablemente maligna
- BI-RADS 5: lesiones altamente con hipótesis de malignidad.
- BI-RADS 6: malignidad confirmada.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico dentro de la campaña de screening de mama es fundamental para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Deben conocer y aplicar las técnicas y posiciones mamarias correctamente para la obtención de una imagen con calidad diagnóstica.

El Técnico en Imagen para el Diagnóstico deberá trabajar con estrecha empatía con las mujeres que se someten a la prueba para garantizar buenos resultados y optimización de la prueba, explicando previamente el procedimiento de la misma. La identificación personal ha de verificarse antes de la realización de la mamografía así como el cuestionario previo de síntomas y antecedentes familiares.

6 Bibliografía

- 1.Sedim.es. [cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.sedim.es/wp-content/uploads/2015/01/Cap%C3%ADtulo_1_Introduccion.pdf
2. de Enfermería Ocronos RM y. Actuación del técnico de rayos en la realización de mamografías [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://revistamedica.com/actuacion-tecnico-de-rayos-mamografias/>

3. Diagnóstico precoz: Mamografías [Internet]. Contraelcancer.es. [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/mamografias>
4. Aibar L, Santalla A, Criado MSL-, González-Pérez I, Calderón MA, Gallo JL, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [cited 2023 Oct 16];38(4):141–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-lesiones-mamarias-S0210573X10001231>

Capítulo 387

ESTUDIO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA POR EL LABORATORIO

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

MARTA CRUZ QUESADA

VANESSA SERRANO LOMA

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

La meningitis tuberculosa (TB) es una de las formas más graves de meningitis bacteriana y se produce como consecuencia de una infección que afecta a los tejidos y a las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Se diferencia del resto de tipo de meningitis porque su evolución clínica es más lenta.

La meningitis tuberculosa es una infección del sistema nervioso central y es provocada por la tuberculosis, que es una infección producida por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*.

Los primeros síntomas pueden ser muy parecidos a los de otros tipos de meningitis, pero principalmente son dolores de cabeza, malestar, dolores musculares, fiebre, y pueden durar desde varios días a varias semanas.

Posteriormente, pueden aparecer síntomas más característicos de la meningitis como pueden ser dolores más fuertes de cabeza, rigidez del cuello (meningismo), fiebres más altas, aumento de la sensibilidad a la luz (fotofobia), confusión. Según un estudio realizado en España, este tipo de meningitis es más frecuente en pacientes infectados de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). En España, se diagnostican al año cerca de 1.000 casos de meningitis, con un índice de mortalidad del 10% y dejando secuelas en más del 20% de aquellas personas que logran sobrevivir.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas y signos característicos de la enfermedad en la fase inicial y en la fase más avanzada.
- Conocer los estudios a realizar en el laboratorio para la identificación de la enfermedad, centrándonos en el estudio del LCR y así poder establecer un diagnóstico y posterior tratamiento lo más rápido posible.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda detallada por varios motores de búsqueda como Google, Bing o Wikipedia, así como también se han consultado artículos publicados por Scielo, Access Medicina, MedlinePlus y publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se ha explicado anteriormente, la meningitis tuberculosa es producida por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*.

El MT (*Mycobacterium tuberculosis*) es un bacilo grampositivo, inmóvil, que no forma esporas, resistente a decoloración por alcohol ácido y de reproducción lenta.

En el diagnóstico de la meningitis tuberculosa los síntomas y signos que presente el paciente ya pueden hacer sospechar al médico del pronóstico, por eso es tan importante prestar especial atención a la sintomatología inicial.

Pero a la hora de dar un diagnóstico fiable no solo podemos guiarnos por la sintomatología, sino que hay que realizar una serie de estudios especiales. Entre ellos, el principal es el estudio del LCR.

Para ello se necesita tomar una muestra de líquido cefalorraquídeo, que se obtiene mediante una punción lumbar al paciente con una aguja larga y delgada.

Una vez obtenida la muestra se enviará inmediatamente al laboratorio, sin refrigerar para su estudio.

El líquido cefalorraquídeo suele tener un color amarillento, un recuento celular entre 100 – 500 por microlitro (donde se observan principalmente linfocitos, aunque al principio de la infección se pueden encontrar algunos neutrófilos), aumento de proteínas, y disminución en la concentración de glucosa.

Baciloscopia del LCR es otra prueba que se realiza con el objetivo de visualizar al microscopio óptico el líquido cefalorraquídeo, con una tinción previa de Ziehl-Neelsen, con la finalidad de observar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*.

Otro de los estudios específicos en el LCR es el cultivo en medio de Lowenstein-Jensen, que es un medio sólido indicado especialmente para el crecimiento de esta bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*).

El cultivo presenta el inconveniente que al ser este un bacilo de crecimiento lento hay que esperar entre 3 y 8 semanas para obtener un resultado.

La PCR (reacción en cadena de la polimerasa), es otra de las técnicas empleadas como método de amplificación genética, con la cual se logra demostrar la presencia de ADN de la *Mycobacterium tuberculosis*.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen pronóstico de la meningitis tuberculosa, una pieza importantísima es el pronóstico precoz de la enfermedad.

Aunque el diagnóstico de la meningitis tuberculosa sigue siendo muy difícil, se debe de prestar especial atención a los síntomas y signos presentados por el paciente, así como a las características que presenta el LCR extraído para su estudio. Otro factor importante a la hora de tratar a estos pacientes es emplear el tratamiento adecuado, seleccionar los medicamentos de buena penetración en el sistema nervioso central (SNC) y estar muy atentos a la posibilidad de que se creen cepas resistentes a estos medicamentos antituberculosos.

Un retraso a la hora de diagnosticar la enfermedad e iniciar el tratamiento adecuado puede tener como consecuencia un aumento de la tasa de mortalidad y producir secuelas irreversibles en aquellas personas que la padecen.

6 Bibliografía

1. Introducción a la meningitis tuberculosa- Bing. (s. f.). Bing. <https://www.bing.com/search>.
2. Cidranes, D. E. D. (s. f.). Meningitis tuberculosa: causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento, prevención, efectos secundarios. - dolor. Dolor.
3. Saavedra, J. S., Urrego, S., Pérez, Á., & Toro, M. E. (2015). Diagnóstico de meningitis tuberculosa. Acta Neurológica Colombiana.
4. Meningitis - tuberculosa: MedlinePlus Enciclopedia médica. (s. f.). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000650.htm>
5. colaboradores de Wikipedia. (2021). Meningitis tuberculosa. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Meningitis_tuberculosa

Capítulo 388

PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS.

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO

ISABEL PONTÓN ALLENDE

1 Introducción

El área de anatomía patológica es la ciencia que examina sobre las bases morfológicas de las diferentes enfermedades. El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo. Xavier Bichat fue la persona que creo la Anatomía Patológica como ciencia, murió muy joven con la edad de 32 años, se sospecha que fue debido a una infección que hubiera obtenido al realizar una autopsia de una necrosis a un cadáver. Podemos decir que la anatomía patológica y la ciencia crecieron a la par en cuanto a investigación hablamos y hacia los siglos 16 y 17, se asentaron hasta hoy en día, que es lo que conocemos. Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social.

La cirugía de Mohs se utiliza para tratar los tipos de cáncer de piel más frecuentes, el carcinoma de células basales y el carcinoma epidermoide, así como algunas clases de melanoma y otros tipos de cáncer de piel más inusuales.

Se trata de un procedimiento quirúrgico que se usa para extraer el cáncer de piel en varias etapas. Se realiza con tejido en fresco, donde se realizan cortes por capas. En este tipo de cirugía se realiza un corte diferente al de la cirugía convencional,

ya que observa los bordes quirúrgicos más distales de la pieza y los planos más profundos de la misma.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la cirugía de Mohs.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 cirugía Mohs se suele realizar de manera ambulatoria. El dermatólogo deberá haber solicitado previamente un estudio intraoperatorio al servicio de anatomía patológica.

El cirujano extirpa la parte visible del tumor y además una capa subyacente de tejido. Con un rotulador quirúrgico señala la zona donde realiza la incisión y marcará con puntos de sutura la pieza para que pueda orientarse y la envía en fresco al laboratorio de Anatomía Patológica a través de un celador que deberá entregarla en mano al técnico especialista en anatomía patológica (TEAP).

En primer lugar, se procede al registro de la muestra por parte del personal administrativo que dará un número de estudio intraoperatorio y se avisa inmediatamente al patólogo. Todas las muestras que se reciban del mismo caso tendrán el mismo número de estudio intraoperatorio, asignando letras diferentes por orden alfabético a cada una de las muestras.

El TEAP tendrá preparada la mesa de tallado con instrumental y tintas de colores. El Patólogo procede a realizar un mapeo y corte de la pieza y pinta los extremos de los diferentes cuadrantes para orientar el corte y mantener dicha orientación cuando realice la evaluación con el microscopio. Cada uno de los cortes realizados en la muestra (generalmente suelen ser cuatro) se le entregan al TEAP. Dichos cortes se incluirán en las pletinas del criostato con OCT para su correcta fijación y que no se despeguen y se congelan con nitrógeno líquido.

A cada uno de ellos se le asigna el número de intraoperatorias y una letra. Así estarán identificados cada uno de los cuadrantes de la muestra con una letra. De esta forma, si microscópicamente hay algún margen afectado, sabremos en qué zona exactamente se localiza y el lugar donde el cirujano tendrá que profundizar. EL TEAP realiza los cortes a 4 micras y se recogen cortes seriados en dos portaobjetos con dos cortes cada uno. En el primer corte no se profundiza demasiado, siendo el último corte el que contenga toda la superficie de la muestra hasta la zona pintada con tinta. De esta forma, si se encuentra tumor en el cuarto corte, pero no en los anteriores, no será necesario profundizar más.

Una vez realizados los cortes en el criostato se fijan durante 30 segundos en alcohol de 70 grados y se realiza la tinción rápida de Hematoxilina-Eosina para la posterior visualización al microscopio. Dicha tinción consta de los siguientes pasos:

- Hematoxilina durante 2 minutos
- Lavar en agua rápidamente.
- Eosina alcohólica durante 30 segundos.
- Pases por alcoholes en concentración ascendente hasta alcohol absoluto.
- Xilol unos segundos.
- Se coloca un cubreobjetos con un medio de inclusión para que la preparación pueda conservarse.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía de Mohs es el tratamiento más preciso para extirpar una lesión cutánea maligna o susceptible de malignización, con menor riesgo de recidiva y de dañar el tejido sano que le rodea, lo que minimiza el daño estético.

Se consigue la extirpación completa del tumor, con la seguridad de tener los bordes libres, por lo que se consigue extirpar el menor tejido posible y unos mejores resultados estéticos en el paciente. Además, esta técnica es muy eficaz, muy positiva para el paciente y muy rápida, ya que evita intervenciones posteriores en el paciente, con todo lo que eso conlleva tanto para el paciente como para el Hospital, a nivel de materiales, personal, etc. Por todo ello es una técnica que está cobrando una gran popularidad y que merece ser conocida.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 389

EL PERSONAL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES EN LAS AUTOPSIAS. TIPOS DE AUTOPSIAS

ISABEL PONTÓN ALLENDE

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO

1 Introducción

Una autopsia es un estudio de un cuerpo post-mortem, que está constituido por dos partes: un examen externo, en el que se observa y recoge toda la información posible que pueda orientar sobre la posible causa de la muerte, y un examen interno, en el que se observan y estudian los órganos y estructuras para ver posibles anomalías anatómicas o patologías; este último examen se realiza de forma macroscópica, completando el examen, según se requiera, con estudios microscópicos, estudios bioquímicos, cultivos histológicos, estudios radiológicos y estudios toxicológicos.

En el examen interno, antes de extraer los órganos, es preciso observar las cavidades y los órganos in situ, y entre las funciones del técnico de anatomía patológica están: la preparación de la sala, la ayuda al patólogo o forense, la preparación de los recipientes de formol para la fijación de los órganos, y la apertura y cierre del cadáver, según el protocolo del centro.

La apertura del cadáver se puede realizar mediante varias técnicas, según proceda en cada caso:

- Técnica de Mata
- Técnica de Virchow
- Técnica de Virchow modificada o en forma de T - Técnica de incisión en forma de Y
- Apertura de la cavidad craneal

Estas técnicas son las que se utilizan en la actualidad, y a continuación procederemos a explicar en qué consiste cada una de ellas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en:

- Explicar los distintos tipos de autopsias que existen.
- Visibilizar las funciones del técnico de anatomía patológica en las autopsias y la importancia de estos estudios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tipos de autopsias son:

Autopsia clínica:

Se realiza para estudiar posibles alteraciones morfológicas de los tejidos y órganos que haya podido provocar la enfermedad, para confirmar el previo diagnóstico. También se realiza para comprobar los resultados de algún tratamiento o intervención realizados y para investigar si existe alguna enfermedad hereditaria o contagiosa.

Dentro de las autopsias clínicas, se distinguen dos grupos:

- Autopsias clínicas hospitalarias: como su nombre indica, son las que se realizan a pacientes que han fallecido ingresados en el hospital.

- Autopsias clínicas extrahospitalarias: son las que se realizan a pacientes que no han fallecido ingresados en el hospital, por ejemplo, pacientes de hospitalización domiciliaria.

Autopsia médico-legal:

Este tipo de autopsias está indicado cuando la persona muere de forma violenta, ya sea de naturaleza suicida, homicida o accidental, o hay una sospecha de criminalidad, para determinar si se trata de una muerte natural o violenta y cuál es la causa.

Las muertes violentas o con sospecha de criminalidad se pueden dar de varias formas como, por ejemplo, producidas por un accidente de tráfico, accidente laboral, intoxicación, muertes sin asistencia médica, muertes súbitas, etc.

Autopsia fetal:

Depende de cada hospital cuándo se puede considerar a un feto como biopsia y cuándo como autopsia, debido a que no hay legislación al respecto, aunque se recomienda considerarlos como biopsia a los que se encuentren dentro del primer trimestre y como autopsia a los que tengan más de 13 semanas de gestación.

En los últimos años, el técnico de anatomía patológica ha ido adquiriendo más competencias tanto en las autopsias clínicas (y fetales) como en las médico-legales. Las competencias, redactadas de forma general, son:

- Comprobar y registrar los datos del fallecido.
- Preparación de la sala y limpieza del material y equipos.
- Colaborar en la realización de la autopsia, siguiendo las peticiones del personal facultativo.
- Asistir al facultativo en el examen macroscópico de los órganos.
- Identificar cada muestra, almacenarla y distribuirla al laboratorio cuando proceda.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha producido una disminución considerable del número de autopsias clínicas realizadas, no superando la tasa actual el 10% de autopsias clínicas efectuadas al año, debido, en gran parte, a la falta de aceptación de la autopsia por los familiares de los fallecidos. En la actualidad se realiza la autopsia solo en los casos en los que se considera totalmente necesaria, y con el consentimiento de los familiares, en el caso de las clínicas.

Cada vez hay más hospitales donde es el técnico de anatomía patológica quien realiza gran parte del proceso o, según el hospital, quien prepara la sala y asiste al patólogo. Ocurre lo mismo en medicina legal, el técnico cada vez tiene más

competencias. Por este mismo motivo, es muy importante la correcta formación de los técnicos de anatomía patológica en los diferentes tipos de autopsias, y que siempre trabajen bajo la supervisión del facultativo responsable.

6 Bibliografía

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

2. <http://revistamedica.com>.

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

Capítulo 390

EL CRIBADO DE SANGRE OCULTA EN HECES EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL.

MARIA LOPEZ HERRERO

1 Introducción

El cáncer colorrectal tiene una incidencia anual mundial de más de 600.000 casos y se sitúa tercero en la escala de cánceres más comunes. Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer y es la segunda causa de muertes relacionadas con esta enfermedad en el mundo. Siendo esto cierto para todos los cánceres, la pronta detección de las lesiones incrementa considerablemente la proporción de supervivencia del paciente.

Según estudios de 2017, las Comunidades Autónomas (CC. AA.) de Andalucía, Asturias, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla tienen tasa de cobertura de programa de cribado de CCR menor del 20%. Además, 7 provincias de las CC. AA. mencionadas tienen una tasa de mortalidad por esta neoplasia mayor a la media española (Asturias, Cáceres, Badajoz, Huelva, Córdoba, Sevilla y Melilla. Esta poca adherencia al programa de cribado del CCR se da a pesar de que la tasa de supervivencia a 5 años es del 90% en los pacientes diagnosticados en una etapa precoz (cuando la neoplasia está localizada) (1).

Entre la población mayor de 45 años, el 10% tiene pólipos colorrectales, de los cuales el 1% se vuelven malignos. Contando con el hecho de que muchos pólipos mayores de 0.5 cm pueden sangrar, la prueba de sangre oculta en heces aparece como un simple y barato método de screening para cáncer colorrectal comparado con una colonoscopia. Desde hace muchos años, las técnicas químicas basadas

en la actividad pseudoperoxidasa de la hemoglobina han sido usadas con el inconveniente de la baja sensibilidad y poca especificidad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el cribado de l a sangre oculta en heces para el diagnóstico del cáncer colorrectal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Existen algunos factores asociados al estilo de vida que favorecen la aparición de cáncer colorrectal, como la baja ingesta de frutas, verduras y fibra, un elevado consumo de carnes procesadas y grasas, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y el abuso de alcohol. Así mismo, tener antecedentes familiares de dicha enfermedad o pólipos colorrectales, los síndromes genéticos como el síndrome de Lynch o la poliposis adenomatosa familiar, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa o la enfermedad inflamatoria intestinal suponen factores de riesgo asociados a la prevalencia del cáncer colorrectal.

En las heces podemos encontrar sangre roja que procede de las últimas partes del intestino por fisuras, hemorroides, etc. Cuando la sangre procede del estómago o de las partes altas del intestino, suele llegar digerida a las heces, de modo que estas presentan un aspecto de color oscuro o negro con una consistencia pastosa y adherente. Es en estos casos cuando hablamos de sangre oculta en heces y donde resulta más eficaz el análisis del laboratorio.

La prueba inmunoquímica fecal busca sangre oculta en las heces de los intestinos inferiores. Se debe realizar cada año y puede hacerse en el domicilio del paciente. A diferencia de la gFOBT (prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol), no existen restricciones relacionadas con medicamentos o alimentos antes de la prueba (las vitaminas y los alimentos no afectan la prueba FIT) y la toma de

las muestras puede ser más fácil. Además, es menos probable que esta prueba reaccione con el sangrado proveniente de partes del tracto digestivo superior, como el estómago.

La técnica consiste en una inmunocromatografía rápida cualitativa para la detección de sangre oculta. El método emplea una única combinación de conjugado monoclonal teñido y una fase sólida de anticuerpos policlonales, para identificar de manera selectiva hemoglobina humana con un alto grado de sensibilidad y especificidad.

Después de la recogida en una tarjeta especial de recolección, la muestra se coloca en una solución extractora y algunas gotas de este extracto se añaden en el pocillo de muestra del dispositivo de reacción. Como la muestra asciende a través del dispositivo absorbente, el conjugado de anticuerpos marcados con un cromógeno se une con el antígeno de hemoglobina formando un complejo antígeno-anticuerpo. Este complejo se une al anticuerpo de hemoglobina en la zona de reacción positiva. El complejo mixto continúa ascendiendo a través del absorbente pasando a la zona de reacción positiva y zona de control. Un conjugado limitado se une al reactivo en la zona de control produciendo una banda de color rosáceo, demostrando que la reacción ha funcionado.

La muestra consiste en tres fragmentos distintos de heces para aumentar la probabilidad de detección del sangrado intermitente de los pólipos o la no distribución homogénea de la sangre en las heces.

Procedimiento:

1. Escribir nombre, edad, dirección y fecha de recogida de la muestra en la lengüeta frontal de la tarjeta.
2. Abrir la lengüeta para descubrir el papel de recogida en la ventana de la tarjeta.
3. Usando el aplicador provisto, recoger una pequeña cantidad oculta no más grande que un pequeño guisante.
4. Aplicar la muestra por encima del papel moviendo el aplicador atrás y adelante a través de la superficie para conseguir una capa uniforme.
5. Raspar cualquier exceso de muestra fuera del papel usando el aplicador.
6. Dejar secar el papel 10 minutos.
7. Cerrar la lengüeta frontal
8. Almacenar la tarjeta a temperatura ambiente. Proteger del calor.
9. Después de terminar la recogida de la muestra en la tarjeta, devolverla al médico o laboratorio antes de 8 días.

Control de calidad:

Se recomienda un control positivo (anticuerpos anti HIV de cabra). El control positivo se realizará con una muestra de suero o plasma.

Procedimiento del test:

1. Sacar el dispositivo de test del envoltorio
2. Abrir un tubo de plástico con solución extractora para cada muestra a analizar. Guardar el tapón.
3. Abrir la lengüeta anterior y posterior de la tarjeta de recogida.
4. Arrancar la tira de papel de la tarjeta de recogida e introducirla en el tubo de plástico.
5. Cerrar el tubo con el tapón y agitar vigorosamente durante 10 segundos.
6. Abrir el tubo
7. Con el gotero, añadir 6 gotas de solución extractora en el pocillo de muestra "A" del dispositivo de reacción.
8. Leer los resultados después de los 10 minutos de la adición de la muestra en el dispositivo.

Interpretación de resultados:

- Positivo: además de la banda de control, se distingue claramente una banda en la ventanilla de test (B).
- Negativo: solo aparece una banda coloreada en la zona de control (C). No aparece ninguna banda en la zona del test.
- Dudoso: Si no se distingue una banda visible en ambas ventanillas, el test es dudoso. En este caso habría que repetir la prueba.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia y el impacto del cáncer colorrectal pueden reducirse significativamente mediante la aplicación de estrategias de prevención primaria, como la adopción de un estilo de vida saludable y el control de los factores de riesgo y el diagnóstico temprano mediante el cribado de sangre oculta en heces.

La presencia de sangre en evacuaciones puede ser debida a distintas causas como hemorroides, sangre en orina o irritaciones estomacales. Todos los sangrados colorrectales pueden no ser debidos a pólipos precancerosos o cancerosos. Si esto es cierto con cualquier procedimiento de diagnóstico, el diagnóstico físico debería confirmar los datos obtenidos con el uso de estos test con otros métodos, como el enema de bario, signoidoscopia o colonoscopia.

Los resultados negativos no excluyen el sangrado dado que puede ser intermitente. Los pólipos colorrectales en una etapa muy temprana pueden no sangrar.

Esta es la razón por la cual es necesario hacer un control periódico (uno al año) en personas mayores de 45 años.

6 Bibliografía

1. Laia Saumell Baeza. Importancia del cribado en el cáncer colorrectal. *Aten Primaria*. 2020 Oct; 52(8): 585–586. Published online 2020 Jul 11. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.05.011 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505901/>
2. Pruebas de detección del cáncer colorrectal. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
3. Cribado del cáncer de colon en España ¿es coste-eficaz? 2011. consultado 24 Mar 2020] Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/docu mentos/informe-coste-efectividad.pdf>
4. B. Levin, D.A. Lieberman, B. McFarland, R.A. Smith, D. Brooks, J. Bond, et al. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps 2008 A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology.
5. *Gastroenterology*, 134 (2008), pp. 1570-1595. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2008.02.002>
6. Las cifras del cáncer en España 2020. [consultado 24 Mar 2020] Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020
7. Incidencia y mortalidad de cáncer colorrectal en España. 2017 [consultado 24 Mar 2020] Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-incidencia-colon.pdf>
8. Parkin D. M. and al, *Int J. Cancer*, 1988, 41 : 184-197
9. Winaver S.J and al, *Gastroenterol*, 1976,70 : 783-789
10. Winaver S.J and al, *Gastroenterol*, 1977,72 : 1150-1155
11. Frommer D.J and al, *British Medical*, 1988,290 : 1092-1094
12. Simon J.B, *Gastroenterol*, 1985,88 : 820-837

Capítulo 391

EL PERSONAL DE HIGIENISTA DENTAL Y EL USO DEL AUTOCLAVE COMO MEDIO DE ESTERILIZACIÓN EN LA CONSULTA

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.

El autoclave es un dispositivo utilizado para la esterilización de instrumentos, equipos y materiales en el ámbito médico, dental, de laboratorio y en otras industrias donde se requiere la eliminación de microorganismos patógenos, bacterias,

virus, esporas y otros agentes infecciosos. La esterilización es un proceso crítico para prevenir infecciones y garantizar la seguridad en entornos donde se manipulan instrumentos y materiales que entran en contacto con el cuerpo humano o se utilizan en procedimientos médicos.

2 Objetivos

Explicar el papel que desempeña la higienista dental en el proceso de esterilización y en el mantenimiento de un ambiente de trabajo estéril y seguro.

3 Metodología

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 utilización del autoclave como medio de esterilización en la consulta dental es una práctica esencial para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones tanto para los pacientes como para el personal dental. En este contexto, la higienista dental desempeña un papel crucial en el proceso de esterilización y en el mantenimiento de un ambiente de trabajo estéril y seguro. A continuación, se describen algunas de las funciones de la higienista dental relacionadas con el uso del autoclave:

- Preparación de instrumentos y equipos: La higienista dental es responsable de preparar los instrumentos y equipos que se utilizarán durante las consultas y los procedimientos dentales. Esto incluye la limpieza inicial de los instrumentos y su disposición en bandejas o paquetes adecuados para la esterilización.
- Ciclo de esterilización: La higienista dental carga los instrumentos y equipos en la cámara del autoclave siguiendo las pautas y protocolos específicos de esterilización. Esto implica asegurarse de que los objetos estén dispuestos de manera que el vapor de agua pueda alcanzar todas las superficies de manera efectiva.

- Configuración del autoclave: La higienista dental configura el autoclave de acuerdo con las especificaciones recomendadas para el tipo de material a esterilizar. Esto incluye ajustar la temperatura, la presión y el tiempo de exposición al vapor.
- Seguimiento del ciclo de esterilización: Durante el ciclo de esterilización, la higienista dental supervisa el proceso para asegurarse de que se cumplan los parámetros establecidos. Esto puede incluir la verificación de la temperatura y la presión, así como la confirmación de que el ciclo se ha completado con éxito.
- Almacenamiento y distribución de instrumentos esterilizados: Una vez que los instrumentos y equipos han sido esterilizados, la higienista dental los almacena de manera segura y los distribuye según sea necesario para su uso en las consultas y procedimientos dentales.

5 Discusión-Conclusión

El autoclave desempeña un papel fundamental en la consulta dental como medio de esterilización para garantizar la seguridad y la prevención de infecciones. La higienista dental juega un papel esencial en todo el proceso de esterilización, desde la preparación de instrumentos y equipos hasta la configuración y supervisión del ciclo de esterilización. Su compromiso con la esterilización adecuada es esencial para asegurar que los procedimientos dentales se realicen en un entorno seguro y libre de infecciones.

La higienista dental no solo se encarga de la operación del autoclave, sino que también desempeña un papel educativo al informar a los pacientes sobre la importancia de la esterilización en la prevención de infecciones y al promover prácticas de higiene bucal adecuadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 392

LA ASISTENCIA DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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.

Las enfermedades periodontales abarcan, engloban un conjunto de casos o procesos que influyen de forma negativa o dañada a cualquier órgano que forma el periodonto, se dice que es una fase en la que las encías se inflaman provocando lesiones en los tejidos de las piezas dentales.

El tratamiento contra esta enfermedad está basada en la comprobación de los factores considerados de riesgo, pero en casos extremos se puede llegar a la cirugía periodontal cuya finalidad es eliminar las lesiones, asegurando un buen mantenimiento de la salud bucodental y del periodonto.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en conocer cuáles son las diversas funciones que el higienista bucodental puede desempeñar.

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

Algunas de las enfermedades periodontales más comunes es la gingivitis, que consiste en la hinchazón o inflamación de las encías.

La causa principal más frecuente es la aparición de un exceso de placa bacteriana sobre esta y los síntomas más comunes son enrojecimiento, inflamación, hinchazón excesiva y sangrado de las encías.

Es un tipo de enfermedad reversible y se puede evitar manteniendo una buena higiene bucodental.

La acumulación de la placa bacteriana suele producirse en un corto periodo de tiempo, afectando gravemente todas las piezas dentales. El tejido conectivo de las encías se va desgastando poco a poco y en lugar de este se acumula una inflamación formada por leucocitos y células donde el epitelio experimenta una serie de cambios.

Si la gingivitis no es tratada a tiempo por los profesionales sanitarios, puede causar que la inflamación se extiendan ligamento y hueso alveolar.

También hablamos de la periodontitis, que también provoca inflamación e infección destruyendo el periodonto y trayendo como consecuencia la pérdida de los dientes que sean afectados.

Hay una serie de factores de riesgo que influyen en estas enfermedades periodontales, como por ejemplo la genética y causada por microorganismos o bacterias y como malos hábitos como el consumo excesivo de tabaco o de alcohol. También tiene que ver el consumo en exceso de alimentos con gran cantidad de azúcar porque favorece el crecimiento de los microbios, una mala higiene bucodental, consumo en exceso de tabaco, estrés o una mala alimentación, por falta de un control rutinario por el dentista.

Algunas de las funciones que puede realizar el higienista bucodental son las siguientes

Administrar o aplicar el tratamiento para las enfermedades periodontales impuesto por el dentista, informar o dar conocimientos sobre cómo debe de ser la higiene bucal en los pacientes, ayudar o asistir a los otros compañeros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo del libro o proyecto de investigación, que debemos adquirir unos buenos hábitos a tanto en higiene bucodental como en nuestra dieta diaria, como controlando la cantidad de azúcares y carbohidratos que ingerimos para no abusar de ello e informándose de cómo debería de realizarse un cepillado bucodental adecuado complementándolo con encaje bucal y con el uso de la seda o hilo dental entre los huecos de las piezas dentales debido a que son zonas de difícil acceso y en algunos casos puede que haya restos de comida que hayamos ingerido y con el cepillo no se haya ido.

6 Bibliografía

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

Capítulo 393

PROCEDIMIENTOS EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y REDUCCIÓN DE DOSIS

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

LORENA LOPEZ SÁEZ

1 Introducción

La protección radiológica está regulada a través de diferentes leyes y normativas que permiten proteger al individuo de la radiación ionizante. La legislación española (Real decreto 783/2001 y su modificación del Real Decreto 1439/2010) diferencia tres categorías de personas al definir los límites de dosis. Un grupo está formado por los trabajadores profesionales expuestos, otros por la población general, y el último por pacientes y acompañantes.

Además, diferencia en 3 tipos de exposiciones a las radiaciones ionizantes:

- Exposiciones ocupacionales. Exposición en el trabajo y como consecuencia del trabajo. Puede ser potencial o con certeza de producirse. Incluye pequeños contratiempos y maniobras erróneas, pero no considera las dosis debidas a accidentes.
- Exposición médica. Principalmente, la exposición de personas sometidas a pruebas diagnósticas o de tratamiento. Deben estar plenamente justificadas y optimizadas, y no se aplica limitación (la optimización implica intrínsecamente

una limitación). También se incluyen las exposiciones a voluntarios que forman parte de un programa de investigación biomédica y las exposiciones médicas que reciben los acompañantes de forma voluntaria (pero optimizada).

- Exposiciones del público. Incluye el resto de exposiciones.

Debido al límite de radiación que puede tener cada grupo, existen diferentes procedimientos generales enfocados a la reducción de la dosis de radiación, que debe conocer el Técnico.

2 Objetivos

- Definir los límites de exposición a las radiaciones ionizantes .
- Exponer los procedimientos generales de reducción de dosis de radiación ionizante .
- Enumerar los límites de dosis según el grupo de población.

3 Metodología

Para realizar el capítulo que se presenta se han seguido los siguientes pasos: en primer lugar, se ha realizado una recopilación de la bibliografía necesaria en las principales bases de datos como Pubmed. Una vez se ha obtenido esta bibliografía, se ha realizado una revisión de esta, tras lo que se ha redactado el capítulo.

4 Resultados

Algunos procedimientos de reducción de dosis son:

- Blindaje interpuesto: el blindaje absorbe la radiación. El material más usado es el plomo, dado que en pequeñas cantidades absorbe una gran cantidad de radiación. Los materiales de menor a mayor absorción son: madera, yeso, ladrillo, hormigón y plomo.
- Distancia de la fuente emisora: según la ley del cuadrado de la distancia, al acercarse, aumenta exponencialmente la radiación recibida. Por eso, al trabajar, es importante hacerlo a la máxima distancia posible (un solo paso ya supone un cambio importante).
- Tiempo de exposición: cuanto menor sea el tiempo de exposición, menor es la radiación recibida. En escopía hay un sistema actualmente denominado escopía pulsada. No irradia continuamente y los disparos son tan rápidos que al ojo hu-

mano es imposible distinguir los saltos, pero se irradia la mitad o una tercera parte.

Respecto a la protección radiológica de los pacientes:

La exploración debe realizarse siempre bajo responsabilidad de un especialista, al nivel más bajo posible de dosis compatible con una calidad de imagen diagnóstica. Debe estar siempre justificada y optimizada.

La protección radiológica está detalladamente reglamentada a través de la legislación vigente. En la actualidad se está produciendo una renovación: todos los médicos que hacen radiografía intervencionista deben tener un curso de protección radiológica.

Respecto a los límites de dosis para trabajadores expuestos es de 20 mSv o milisievert en cualquier año oficial. En miembros del público esta dosis es de 1 mSv.

Los límites de dosis para personas en formación y estudiantes son:

- Si la persona tiene más de 18 años, la limitación es la misma que la de los trabajadores expuestos.

- Si la persona tiene entre 16 y 18 años, el límite de dosis efectiva es de 6 mSv por año oficial. El límite de dosis equivalente es de 20 mSv en cristalino, 150 mSv en piel y de 150 mSv en manos, antebrazos, pies y tobillos.

Límites para acompañantes (o personas que prestan atención, sujeción o confort a los pacientes) y visitantes: 5 mSv durante el periodo de la exploración o el tratamiento, y de 1 mSv para los niños visitantes.

5 Discusión-Conclusión

El uso de las radiaciones ionizantes en medicina y en cualquier otro ámbito requiere seguir los protocolos y normativas sobre protección radiológica. La protección radiológica está enfocada en la protección del individuo y limitación de la exposición a las radiaciones ionizantes. La legislación indica el límite de dosis permitido para los diferentes grupos de población, por lo que existen diferentes procedimientos de reducción de dosis que el Técnico en Imagen para el Diagnóstico debe conocer. Algunos de estos procedimientos son el blindaje interpuesto, la distancia de la fuente emisora y el tiempo de exposición. Siguiendo estos procedimientos la dosis de radiación puede disminuir creando una gran diferencia en los posibles perjuicios.

6 Bibliografía

1. Radiation Exposure and Image Quality in X-Ray Diagnostic Radiology: Physical Principles and Clinical Applications. Horst Aichinger (Springer, 2012)
2. Manual de radiología para técnicos: física, biología y protección radiológica. Stewart C. Bushong: (9a edición Elsevier, 2010)

Capítulo 394

DOSIMETRÍA EN RADIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA Y ESTIMACIÓN DE DOSIS A LOS PACIENTES

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LORENA LOPEZ SÁEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

1 Introducción

La dosimetría de la radiación permite obtener estimaciones, medidas, cálculos o cuantificaciones de las dosis en tejidos y en la materia derivadas de la exposición a radiaciones ionizantes, teniendo en cuenta tanto la radiación directa como la indirecta.

En radioterapia se utiliza la técnica de los haces confocales. Estos haces de irradiación entran en diversas direcciones y todas coinciden en el punto que se quiere tratar. En esta técnica las dosis son máximas para que el tratamiento haga efecto, mientras que en los órganos vecinos serán mucho más bajas y estarán dentro de los márgenes de seguridad para asegurar que no hay efecto determinista.

En radiodiagnóstico la dosis impartida es mucho más baja que en radioterapia, ya que se mantienen objetivos diferentes. En una se pretende explorar para di-

agnosticar y en la otra eliminar tejido canceroso. Las justificaciones de las exploraciones radiológicas dependen del médico. Es importante tener en cuenta las consideraciones dosimétricas, así como saber que no todos los órganos son igual de radiosensibles, por lo que no es lo mismo recibir la misma dosis en diferentes localizaciones.

Fundamentalmente existen dos motivaciones para estimar la dosis impartida a los pacientes en exámenes radiodiagnósticos:

- Determinar el riesgo asociado a cada técnica y el tipo de examen realizado
- Obtener parámetros objetivos para valorar la buena práctica en los exámenes realizados, optimizando la relación de dosis recibida con la calidad de imagen.

2 Objetivos

- Definir la dosimetría y sus objetivos
- Exponer las diferentes técnicas de estimación de la dosis a los pacientes según el tipo de radiación utilizada

3 Metodología

En la elaboración del capítulo presentado se han realizado diferentes pasos. Para comenzar se ha dispuesto de la bibliografía necesaria para el aprendizaje y revisión de la información relacionada con el tema elegido. Tras elegir la bibliografía, se ha realizado esta revisión, siguiendo los objetivos.

4 Resultados

Antes de iniciar las sesiones de radioterapia se realiza una estimación de la dosis que recibirá el paciente y se diseña un plan de tratamiento de acuerdo a las características personales y de la enfermedad. La obtención de imágenes tomográficas permite delimitar las áreas a tratar y los órganos críticos. Durante la planificación del tratamiento se realizan simulaciones que permiten estimar las distribuciones de la dosis 3D, teniendo en cuenta la localización exacta de la zona a tratar y los campos de irradiación que se utilizarán.

Para realizar una cuantificación adecuada de la dosis impartida a los pacientes se ha de tener en cuenta:

- No hay una uniformidad de las distribuciones de la dosis
- Hay variaciones de radiosensibilidad de los diferentes órganos y tejidos

- Características de la exploración radiológica (tipo de exploración, técnica utilizada, etcétera)
- Características anatómicas de cada paciente y de la zona irradiada

Existen tres estrategias para abordar el problema de la estimación de dosis en pacientes:

1. Resolución de las ecuaciones de Boltzmann
2. Cuantificación experimental de la dosis en el paciente para órganos superficiales. También pueden utilizarse maniqués antropomórficos para cuantificar indirectamente la dosis en órganos y tejidos internos mediante el uso de dosímetros de termoluminiscencia (TLD).
3. Simulaciones mediante técnicas de Montecarlo: es un procedimiento matemático que permite simular el comportamiento de un sistema complejo con muchas variables independientes. Se representa de forma matemática cada posible suceso físico por distribuciones de probabilidad.

La dosimetría pretende determinar la energía disipada por la radiación en un medio. Existen diferentes programas informáticos que permiten estimar mediante factores de conversión calculados previamente la dosis en órganos y la dosis efectiva a partir de los parámetros utilizados en cada examen de Tomografía Computarizada.

5 Discusión-Conclusión

El uso de las radiaciones ionizantes requiere medir las dosis absorbidas por el paciente. Esta es una medida de seguridad que permite limitar la exposición de forma precisa. En radioterapia y radiodiagnóstico se utiliza la dosimetría para estimar y cuantificar estas dosis. En radioterapia las dosis son mucho mayores para tratar el cáncer, pero la radiación está enfocada a una sola zona, mientras los órganos vecinos apenas reciben esta radiación. En radiodiagnóstico la irradiación se hace a zonas mayores, pero en menor cantidad. Para estimar las dosis se utilizan diferentes programas informáticos y simulaciones. El Técnico en Diagnóstico por la Imagen debe conocer la dosimetría y su uso.

6 Bibliografía

1. The Physics of diagnostic imaging. David J. Dowsett, Patrick A. Kenny and R. Eugene Johnston (2nd. ed. Arnold, 2006)
2. Radiation Exposure and Image Quality in X-Ray Diagnostic Radiology: Physical Principles and Clinical Applications. Horst Aichinger (Springer, 2012)

Capítulo 395

SISTEMAS DE ADQUISICIÓN DE LA IMAGEN DIGITAL EN RADIODIAGNÓSTICO

LAURA CALERO SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LORENA LOPEZ SÁEZ

1 Introducción

Hay dos sistemas de adquisición digital de la imagen:

- Digitalización indirecta (Radiografía Computarizada). Es un proceso intermedio entre los sistemas antiguos analógicos y los sistemas modernos digitales que permite digitalizar un sistema de radiodiagnóstico analógico de forma sencilla sin cambiar los equipos analógicos antiguos. Esta imagen, producida de forma analógica, se escanea con un sistema electrónico, permitiendo obtener una imagen digital.

Los sistemas de radiografía computarizada (CR) permiten una digitalización indirecta y pueden ser utilizados en equipos de rayos X convencionales. Disponen de placas de fósforos fotoestimulables que se introducen dentro del chasis convencional, sustituyendo las placas fotográficas antiguas. La energía de los fotones de rayos X incidentes sobre la placa se absorbe localmente por los electrones del

material, que se excitan a niveles metaestables de energía superior, donde son atrapados y forman imágenes latentes.

- Digitalización directa (Radiología Digital). El propio sensor es digital y la adquisición de la imagen, ya desde un principio, se hace de forma digital (no hay ninguna conversión como en la indirecta).

Ya sea un proceso de digitalización indirecta o directa, ambos acaban produciendo una imagen digital. Sin embargo, la forma en que se consigue esta imagen digital varía en algunos aspectos de un proceso a otro.

2 Objetivos

- Exponer los sistemas de adquisición digital de la imagen.
- Desarrollar el sistema de digitalización directa e indirecta y los procesos que siguen.

3 Metodología

Para llevar a cabo el capítulo expuesto se ha realizado una investigación basada en la revisión de diferentes fuentes bibliográficas. Estas fuentes bibliográficas contienen la información más importante sobre el tema presente, por lo que, tras esta revisión, se ha elaborado la síntesis de la información.

4 Resultados

En el caso de la radiografía digital (DR), que permite una digitalización directa, el propio detector es digital. Cuando se irradia con los rayos X hace directamente la conversión digital, es decir, la información se obtiene directamente en forma de píxeles. La digitalización directa se hace mediante dos tipos de detectores:

- Detectores de conversión indirecta. Cuando los rayos X llegan al detector los convierten en luz visible que será captada en forma de señal eléctrica.
- Detectores de conversión directa. Rayos X directamente captados por el detector que los convierte directamente en señales eléctricas. Contadores de fotones o contadores de selenio amorfo.

Cada equipo especializado tiene ensamblado un tipo de detector.

Los detectores de conversión indirecta normalmente utilizan paneles de silicio amorfo (a-Si). Los fotones de rayos X, tras atravesar al paciente, impactan en materiales de centelleo que, mediante excitaciones y posteriores desexcitaciones,

convierten los rayos X en luz visible. Esta luz es captada por fotodiodos (semiconductores), que emiten electrones que van a parar a los paneles de silicio amorfo. Estos actúan como pequeñas cámaras que capturan la señal electrónica que lleva la información de la imagen como si fuera una cámara convencional.

Sensores a-Se: los detectores de conversión directa utilizan un panel plano de selenio amorfo (a-Se). Al ser expuesto a los rayos X, el selenio amorfo produce ionizaciones, lo que da lugar a pares electrón-hueco (electrón ionizado y el hueco vacante del electrón). Un campo eléctrico separa los pares, de forma que el electrón se desplaza. La electrónica del detector captura y transmite la señal eléctrica que contiene los datos de la imagen, contando cada electrón capturado como una radicación incidente (cada vez que se recibe un electrón se supone que se ha capturado un fotón de rayos X). De forma indirecta, contando el número de electrones que llega se está contando el número de fotones que han incidido.

5 Discusión-Conclusión

La imagen digital utilizada en radiografía puede obtenerse mediante diferentes sistemas. El primero es la digitalización indirecta o radiografía computarizada, que es un proceso intermedio entre los sistemas antiguos analógicos y los sistemas modernos digitales que permite digitalizar un sistema de radiodiagnóstico analógico de forma sencilla. Otro sistema sería el de la digitalización directa, en la cual tal y como se indica la obtención es directamente digital. Cada equipo de radiodiagnóstico tendrá un tipo de detector con el cual convertirá los rayos X a señales eléctricas. Existen diferentes tipos de sensores que se utilizan en cada uno de los sistemas. El Técnico debe conocer el funcionamiento de los sistemas de adquisición de imagen.

6 Bibliografía

1. Fundamentals of medical imaging. Paul Suetens. (Cambridge University Press, cop. 2002)
2. The Physics of diagnostic imaging. David J. Dowsett, Patrick A. Kenny and R. Eugene Johnston (2nd. ed. Arnold, 2006)

Capítulo 396

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE PEDIATRÍA.

LORENA COBO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define unidad de pediatría como aquella en la que se ingresa a los niños y adolescentes, derivados de urgencias, otros hospitales o cirugía. Toda la labor realizada en esta área se centra en un protocolo acorde al tipo de paciente que se trata, orientando toda tarea al confort y bienestar tanto del usuario como de su familia, durante la estancia del mismo, pretendiendo con estas actuaciones sientan que es su segundo hogar. Este tipo de ingresos suele generar en el niño o adolescente y en sus familiares una gran carga emocional, desasosiego, problemas de sueño, sentimiento de abandono, melancolía o tristeza. El personal que trabaja en esta área debe de estar perfectamente cualificado, además de poseer ciertas aptitudes como la empatía, calma, saber escuchar, como también prestar especial atención al lenguaje no verbal. Dedicar todo el tiempo necesario a cada paciente, personalizando sus cuidados. Cabe destacar la importancia de la figura del TCAE en este ámbito, ya que normalmente es el que más tiempo pasa con sus pacientes y sus acompañantes. Es muy importante planificar y tener un objetivo claro, como también dar solución a los problemas que acontezcan. También es de suma importancia la coordinación de todo el personal para ofrecer una perfecta atención que derivará normalmente en una rápida mejoría del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las diferentes funciones del TCAE en el área pediátrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 que desarrolla un TCAE en el área de hospitalización pediátrica son las siguientes:

- Se encargará de asistir a los pacientes en la alimentación, tanto desayuno, comida, merienda y cena, como también en el transcurso entre comidas que precisen.
- Prestará asistencia en la preparación y distribución de los biberones, así como de darles a los bebés en ausencia de sus familiares.
- Ayudará en la alimentación a través de sonda.
- Realizará la higiene de los pacientes según el reglamento establecido, observando cualquier anomalía e informando al departamento de enfermería y médico.
- Preservará un ambiente correcto para el paciente cuidando el tono de luz, los ruidos, espacio recogido. También dotará de la ropa, enseres de aseo y demás elementos necesarios.
- Tomará temperaturas con el termómetro y registrará los datos obtenidos.
- Administración de medicación tópica u oral.
- Ayudará al enfermero en el empleo de técnicas como curas, sondajes, sujeción del paciente.
- Preservará en todo momento la intimidad del paciente como de sus familiares, no dando en ningún caso información sensible sobre el estado del paciente y derivándolos a médico o enfermero.
- Preservar de manera estricta el secreto profesional.

- Hará cumplir las normas en cuanto a horario, número de visitantes por paciente e indicándoles que deben guardar respeto y silencio en todo el área.
- Mostrará una comunicación cercana con el fin de conocer el estado psicológico del paciente y sus acompañantes.
- Acompañará a los pacientes que lo precisen en los diversos traslados por el hospital, como a quirófano, pruebas médicas, etc.
- Controlará que exista la seguridad necesaria en los dispositivos utilizados en la habitación.
- Proveerá de todo el material necesario en carros, almacén, habitaciones e informará del que sea necesario para su reposición.

El ambiente debe de ser tranquilo, evitando ruidos, espacios amplios y recogidos con tonos suaves en paredes y mobiliario y con una temperatura agradable, pudiendo amenizarse con juguetes, pinturas, etc. creando un ambiente acorde a su edad.

5 Discusión-Conclusión

La labor de todo el personal sanitario y su correcta instrucción para esta área es de vital importancia y de ello dependerá gran parte el correcto funcionamiento de la misma y la pronta mejora del paciente. En esta área, a diferencia de otras, el rol del familiar es de suma importancia. A este se le deberá de asistir en todo lo que precise, fomentando la cercanía y escucha, y dando un trato personalizado, asesorando cuando sea necesario.

El área de pediatría de un hospital debe de ser similar a un segundo hogar para ellos, con el fin de hacerles más amena la estancia, interactuando con ellos y ofreciendo apoyo psicológico si precisaran. La profesionalidad del TCAE en este ámbito es esencial e insustituible.

6 Bibliografía

1. Cuidado del técnico auxiliar de enfermería en los pacientes pediátricos (Internet) (Citado 18 Oct. 23). Disponible en <https://www.revistamedica.com>.
2. Unidad de hospitalización pediátrica (Internet) (Citado 18 Oct.23). Disponible en <https://www.hgc.es>.
3. Funciones del Tcae en el área de hospitalización pediátrica (Internet) (Citado 18 Oct. 23). Disponible en <https://www.google.es/search>.

Capítulo 397

PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

En nuestro trabajo en los hospitales tratamos diariamente con pacientes. Para poder atenderles adecuadamente necesitamos acceder a sus datos personales, desde pedirles su DNI o número de tarjeta sanitaria para darles cita, hasta acceder a su historia clínica para cambiar su domicilio o número de teléfono. Incluso ahora los pacientes desde su propio ordenador pueden pedir cita por la página web habilitada para ello.

En el artículo 18.4 de la Constitución Española viene recogido como derecho fundamental la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales, dice “La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”. En el Hospital Universitario Central de Asturias, para llamar a los pacientes protegiendo su intimidad, se han instalado pantallas en las salas de espera en donde aparecen una serie de tres caracteres seguidos de la consulta a la que han de acudir. Estos tres caracteres alfanuméricos son la clave personal que se le da al paciente, han introducido su tarjeta sanitaria en las máquinas habilitadas para ello cada poco en el hospital, para que no se sepa el nombre y los apellidos de los pacientes cuando han de entrar en la consulta.

2 Objetivos

- Indicar los diferentes reglamentos y leyes que se aseguran de que se tratan adecuadamente los datos personales.
- Exponer métodos para el correcto tratamiento de los datos personales 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 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 entrada en vigor del nuevo Reglamento General de Protección de Datos (en adelante RGPD) se produjo en mayo de 2016, aunque es de obligado cumplimiento a partir de mayo de 2018. Es una norma jurídica que se aplica directamente a todos los estados miembros de la CEE, que no necesita normas internas de transposición ni de normas de desarrollo o aplicación. Debido a ello, los responsables del tratamiento de los datos personales han de asumir que la norma de referencia es el RGPD y no las normas nacionales, como venía ocurriendo hasta ahora con la Directiva 95/46. Algunos de sus artículos relacionados con el ámbito sanitario son:

- Artículo 9: Se refiere al tratamiento de categorías especiales de datos personales, que incluyen los datos de salud. Este artículo establece condiciones específicas para el tratamiento de estos datos, como el consentimiento explícito del interesado, el cumplimiento de obligaciones en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad social, la protección de intereses vitales, entre otros.
- Artículo 14: Establece el derecho a la información del interesado cuando se obtienen datos personales directamente de él. En el ámbito sanitario, este artículo se aplica a la recopilación de datos de salud por parte de los profesionales de la salud.
- Artículo 15: Reconoce el derecho de acceso del interesado, lo que implica que

una persona tiene derecho a obtener información sobre si se están tratando sus datos de salud, así como a obtener una copia de dichos datos.

- Artículo 20: Establece el derecho a la portabilidad de los datos, lo que significa que un interesado tiene derecho a recibir sus datos personales, incluidos los datos de salud, en un formato estructurado, de uso común y legible por máquina, y a transmitirlos a otro responsable del tratamiento.

En España se ha aprobado una nueva regulación sobre protección de datos personales conocida como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD). Esta ley tiene como objetivo adaptar el marco normativo español al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Es importante destacar que la LOPDGDD trabaja en conjunto con el RGPD, complementándolo y adaptándolo al marco jurídico español. Ambas normativas buscan garantizar la protección de los datos personales y los derechos digitales de los ciudadanos, así como establecer un marco claro y coherente para el tratamiento de datos en el ámbito empresarial y laboral. Algunos de los artículos que se refieren al ámbito sanitario son:

- Artículo 9: Categorías especiales de datos. Este artículo establece la prohibición del tratamiento de categorías especiales de datos, como los datos de origen racial o étnico, las opiniones políticas, las creencias religiosas o filosóficas, la afiliación sindical, los datos genéticos, biométricos o relativos a la salud, entre otros, salvo que exista una base legal para ello. Esta norma podrá amparar el tratamiento de datos en el ámbito de la salud cuando así lo exija la gestión de los sistemas y servicios de salud y de la asistencia sanitaria.
- Disposición adicional decimoséptima. Tratamientos de datos de salud. En este artículo se recogen las leyes que amparan el tratamiento de datos genéticos y relacionados con la salud, así como el tratamiento de los datos en investigaciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los resultados obtenidos, se puede considerar que es fundamental reconocer la gran importancia de proteger la información personal en el ámbito de la salud. Cuando los profesionales de los centros de atención hospitalaria y ambulatoria se comprometen a preservar la privacidad y confidencialidad de los datos de los pacientes, aplicando las medidas de seguridad y cumpliendo con las

normativas legales, se establece un sólido vínculo de confianza con los pacientes y se garantiza la integridad de la investigación y la prestación de servicios de salud en su totalidad. Asimismo, contribuye a la construcción de un entorno seguro y ético, donde los individuos se sienten seguros de compartir información personal, permitiendo así una atención más precisa y efectiva.

6 Bibliografía

1. SESPA - Protección de datos [Internet] Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/introduccion-a-la-proteccion-de-datos>.
- 2.Reglamento General de Protección de Datos RGPD).
3. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD).

Capítulo 398

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: APLICACIONES SOFTWARE, INFORMATIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE DATOS, IMPACTO DE SU USO PARA LA GESTIÓN SANITARIA Y DEL PACIENTE

ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS

1 Introducción

La digitalización e informatización de datos es un hecho actualmente consumado o en estado avanzado de implementación. La gestión de procesos en distintos ámbitos (industrial, administrativo, etc.) no es ajena a ello.

Tradicionalmente la ejecución de estos procesos se venía realizando mediante instrucciones orales o con documentos en papel, donde cada uno se correspondía con un procedimiento, y conforme a las necesidades, se intercambiaban entre ellos estas instrucciones y documentos.

Es decir, la ejecución de los procesos supone un intercambio de datos e información. Es evidente entonces que por su propia naturaleza, este intercambio de datos es claramente susceptible de evolucionar hacia la informatización y digi-

talización. Evolución que ha supuesto que desde la aparición de los primeros sistemas informáticos que empiezan a permitirlo hayan ido ganando protagonismo, en detrimento de los métodos más tradicionales.

Si bien son metodologías que se han usado indistintamente e incluso se complementan entre sí, somos testigos en la actualidad del aumento exponencial de la digitalización y la informatización que se está produciendo gracias a la irrupción de nuevas tecnologías y las grandes facilidades de comunicación que llevan aparejadas.

Esta progresión llega a todos los ámbitos: uso personal, comunicaciones, medios audiovisuales y un largo etc. Irrupción y alta presencialidad de cuya repercusión no es ajeno el ámbito sanitario, repercusión que trataremos de analizar a grandes rasgos.

2 Objetivos

Sintetizar en unas conclusiones básicas el estado actual de la presencia de software aplicativo en el ámbito sanitario, permitiendo comprender:

- Cómo se ha evolucionado en este aspecto a la par del resto de la sociedad.
- Que las ventajas que ofrece su uso justifican el esfuerzo e inversión requeridos para su implementación.

3 Metodología

Se realiza a partir de la experiencia profesional propia y de la observación rutinaria que conlleva ser partícipe en implantaciones de varias de estas aplicaciones.

También con el análisis por el posterior seguimiento por soporte de atención técnica o formativa requerido por parte de los usuarios.

Estas observaciones directas permiten encontrar como resultado evidencias, incluso sin entrar en un análisis cuantitativo de los datos, de como se ha evolucionado hacia la consecución de las ventajas de su uso, y la asimilación total de este.

4 Resultados

Si no entramos en demasiado detalle, se podría desglosar un proceso de atención médica en dos grandes bloques: una parte de gestión puramente clínica o asistencial y la parte de gestión administrativa, complementaria a la anterior.

No obstante, la distinción no es completamente necesaria, lo interesante para el asunto que nos concierne es que, como se exponía en la introducción, en este proceso se produce una inserción e intercambio de información y de datos. Por lo tanto, los procedimientos ejecutados son susceptibles de la sustitución de elementos tradicionales por elementos software y digitales.

Esta sustitución por implementación progresiva de software y de informatización o digitalización de datos tanto a nivel administrativo como asistencial hacen que este (el software) se haya ido convirtiendo en un elemento esencial en la ejecución de ambas gestiones, y con su utilización empiezan a aparecer las ventajas inherentes al uso de informatización y nuevas tecnologías:

- El uso de papel queda cada vez más restringido e incluso podría llegar a ser testimonial.
- Disponibilidad inmediata de informaciones en cualquier localización.

Con la adecuada infraestructura, podemos disponer de la información casi de forma instantánea en cualquier lugar. Esto permite evitar trámites y desplazamientos, además de acortar el tiempo de atención.

- Fácil intercambio y obtención de datos.

Evitamos redundancias en la elaboración de trámites y documentos, etc.

Y más en particular en el entorno sanitario, los datos digitalizados pueden contener mas nivel de detalle, permitiendo mejor diagnóstico:

- Es posible la creación de bases de conocimiento para su posterior consulta.
- Explotaciones estadísticas más fiables y destinadas a la mejora de gestión.
- Pruebas médicas únicas, sin duplicidades, de mejor calidad y de amplio acceso remoto.

En definitiva, se mejora la calidad de la atención sanitaria en general y contribuye a una disminución de costes, no solo económicos, también de impacto medioam-

biental o de tiempo, entre otros.

Eso sí, se ha debido asumir un coste inicial para disponer de las infraestructuras necesarias, y un esfuerzo de aprendizaje para el manejo del software; pero pronto se ven recompensados por el ahorro de tiempo dedicado, eficacia en la atención, además de abrir grandes posibilidades de consulta, conocimiento y diagnóstico prácticamente imposibles de obtener por medios tradicionales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que en los procesos y tareas propias del sector sanitario hay una gran afinidad para incorporar elementos de software y digitalización, dada la gran variedad de campos donde pueden contribuir a una mejora en ejecución y resultados.

Sin embargo, no podemos ignorar nuevos requerimientos y algunos inconvenientes:

- Almacenamiento.

De forma similar a la existencia de un archivo físico para almacenar documentos, ahora se hace necesario el uso de dispositivos electrónicos de almacenamiento, a lo que se suma la arquitectura encargada para disponer de copia de seguridad y respaldo, dispositivos de red para su acceso, etc.

- Criticidad de la aplicación y los datos.

Como cualquier otro elemento que resulta esencial para la operativa de un servicio, el uso de este software adquiere el calificativo de crítico. Su fallo trae consecuencias notables, por cortes intermitentes, indisponibilidad u otros.

- Disponibilidad absoluta.

En parte unido a la criticidad comentada anteriormente, se hace necesario garantizar la continuidad del sistema en horario de utilización, que puede llegar a tratarse incluso de 24-7-365. Esto obliga a disponer de sistemas e infraestructuras redundantes, e incluso un plan de contingencia alternativo.

- Desconocimiento y resistencia al cambio de los usuarios.

Estos cambios suponen cambios y evolución en la forma de trabajo de los potenciales usuarios. El principio puede ir acompañado de desmotivación, ya que re-

sultan reacios a salir de sus costumbres acomodadizas a la hora de realizar tareas. Un buen plan de formación y soporte post-implantación puede mitigar este inconveniente. Si es exitoso, los usuarios acabarán satisfechos e incluso preferirán no tener que volver a lo anterior.

6 Bibliografía

1. Francisco Javier Tejada Domínguez, María Rosario Ruiz Domínguez. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE revista de enfermería [Internet] 2010 [Consultado 11 Ago 2023]. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/127>
2. Juan Riera Roca. Los expertos analizan las TIC en la gestión de las enfermedades crónicas durante el IX Congreso Internacional de Salud Digital. Salud Ediciones [Internet] 2022 [Consultado 12 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.saludediciones.com/2022/09/20/los-expertos-analizan-el-papel-de-las-tic-en-la-gestion-de-las-enfermedades-cronicas-durante-el-ix-congreso-internacional-de-salud-digital/>
3. Red.es. Consejerías de sanidad de todas las comunidades autónomas. INGESA (Ceuta y Melilla). MSC. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Red.es 2008 [Consultado 13 Ago 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/TICS/TICS_SNS_SUMARIO_ES_2008.pdf

Capítulo 399

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: SOFTWARE COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA Y ADMINISTRATIVA

ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS

1 Introducción

La utilización de tecnologías informáticas como una herramienta más de apoyo a la atención clínica ha adquirido gran importancia, habida cuenta de que disponer de software es disponer de un importante potencial para realizar las tareas propias de esta actividad, su gestión y la gestión de centros y unidades hospitalarias.

Pero además, las ventajas inherentes al uso de aplicaciones informáticas (inmediatez, automatización, ...) se pueden ahora aplicar no solo a la atención al paciente, sino también al resto de tareas que son directa o indirectamente propias de la atención médica, incluyendo tareas que podríamos considerar auxiliares o complementarias a esa mera actividad clínica.

Dado que prestar atención sanitaria requiere de consultar, generar, obtener y manipular distintas informaciones del paciente y que esta atención, además de esta información de base, requiere de apoyo administrativo, existen aplicaciones idóneas para realizar estas tareas.

Así, podemos encontrar software dedicado, no por ello carente de gran importancia, hay una infinidad de tareas auxiliares o derivadas del mero acto de atención

sanitaria.

Y dando un paso más allá, también se une la capacidad de integración entre las distintas informaciones, consiguiendo aunar el acceso para los usuarios a su consulta y gestión, lo cual debería redundar en una mayor agilidad y comodidad en la ejecución de tareas.

2 Objetivos

- Analizar la posibilidad, y si está ya aplicada, de permitir la interoperabilidad de varias aplicaciones entre sí.
- Mostrar como resulta su utilización y como esta supone una mejora en la realización de tareas al obviar accesos y cargas de datos que resultarían redundantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 aplicaciones software HIS (Healthy Information System por sus siglas en ingles), sistema de información hospitalaria (y sus análogos SIAP, sistemas de información de Atención Primaria) han sido concebidas para ello, y, si bien podemos encontrar productos en el mercado de mayor o menor envergadura, o de diseño más específico en función del tipo de atención, estas aplicaciones software tienen en común que centralizan las distintas actividades rutinarias de la asistencia clínica.

Estas aplicaciones permiten con su manejo tanto la introducción o consulta de información, de pruebas y sus resultados, tratamientos y seguimiento de su estado, entre otros, hasta información de corte administrativo, como pueden ser las planificaciones horarias de citación con el paciente y de la actividad a realizar, la solicitud de pruebas, el archivo del historial clínico, etc.

Como se comentaba al principio, hay una infinidad de tareas auxiliares o derivadas del mero acto de atención sanitaria:

- De pruebas analíticas de laboratorio.
- De pruebas de imágenes radiológicas.
- Gestión de material e inventario.
- Prescripción de recetas y/o medicación en estancias hospitalarias.
- Gestión de dietas durante estancias hospitalarias.
- Facturación a pacientes.
- ...

Pues bien, existe una forma de evolucionar y mejorar las capacidades de utilización de estos sistemas (que hemos considerado auxiliares) que consiste en conseguir la integración de todos o parte de sus datos e informaciones en el sistema HIS (que se considerará el principal).

Para ello, existen determinadas herramientas software cuyo calificativo común sería el de herramientas middleware, de las que existen varios tipos.

De forma muy coloquial, podríamos definir el middleware como aquel software que permite que determinadas aplicaciones se comuniquen entre sí. El middleware sirve entonces como intercambiador de datos de distintas fuentes entre distintas aplicaciones o como integrador en un único sistema. Este sistema actúa como servicio único para el usuario, al que la integración le resulta totalmente transparente.

5 Discusión-Conclusión

Se confirma que la utilización de un sistema HIS resulta idónea para la gestión prácticamente integral de la atención sanitaria. Y si no se consigue directamente, existen aplicaciones en las que apoyarnos y con la que gestionar un buen número de tareas relacionadas.

Pero además, otras herramientas software proporcionan mecanismos para que desde esta aplicación podamos utilizar más fácilmente las que hemos calificado de auxiliares, o consultar sus datos, o incluso integrarlos en nuestro HIS como datos propios.

Es decir, podemos obtener una configuración del puesto del usuario desde donde con el software HIS trabajamos tanto sus propios datos y tareas como los del resto de las aplicaciones, o actuamos sobre ellas con mayor facilidad.

Esta forma de actuar redundará en una menor necesidad de intercambios de entorno para el usuario, que puede tener la sensación de que desde una única consola o GUI tiene a su disposición toda la información administrativa, clínica y asistencial a partir de un único punto común que podría ser, por ejemplo, el registro del paciente dentro del HIS.

Eso sí, no podemos obviar, entre otros, un aspecto importante, a tener en cuenta: ante esta utilización e intercambio de múltiples datos clínicos y sensibles, puede verse comprometida la seguridad de estos datos.

Resulta imprescindible que estas aplicaciones y herramientas software se hayan diseñado y preparado para tener en cuenta este hecho, y dispongan de mecanismos para proteger los datos cumpliendo con los requisitos legales vigentes.

6 Bibliografía

1. Eva Experts. Sistema HIS ¿Qué es un sistema HIS y para qué sirve? [Internet]. Eva Blog 2021. [Consultado 21 Ago 2023] Disponible en: <https://evacenter.com/blog/sistema-his-pacs/>.
2. Thomas Berndorfer. 3 Advantages of Synchronizing and Integrating Data in Healthcare [Internet]. Connecting Software 2019 [Consultado 22 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.connecting-software.com/es/media/three-advantages-synchronizing-and-integrating-data-healthcare/>.
3. Middleware [Internet]. Wikipedia:atroku [Revisado 29 dic 2022] [Consultado 23 Ago 2023] Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Middleware>.

Capítulo 400

OPTIMIZACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN ELÉCTRICA EN HOSPITALES

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

En la actualidad, el sector sanitario enfrenta desafíos multifacéticos que exigen soluciones innovadoras y eficientes. Uno de estos desafíos, y a menudo subestimado en su complejidad, es la gestión y optimización de la distribución eléctrica dentro de los hospitales. Una infraestructura eléctrica hospitalaria eficaz no solo garantiza la continuidad y calidad del servicio médico, sino que también puede representar significativos ahorros económicos y reducciones en la huella de carbono del establecimiento.

Los hospitales, por su naturaleza, albergan una amplia gama de equipos y sistemas, desde simples luminarias hasta complejas máquinas de resonancia magnética o sistemas de soporte vital. Cada uno de estos elementos tiene requerimientos energéticos distintos en términos de carga, calidad y continuidad. Además,

la infraestructura eléctrica de un hospital debe ser resiliente, adaptándose rápidamente a cambios, contingencias o emergencias, y garantizando un suministro ininterrumpido.

La optimización de la distribución eléctrica en este contexto no es una tarea trivial. Implica la aplicación rigurosa de principios de ingeniería eléctrica, análisis de datos, simulaciones y técnicas de modelado avanzadas. Pero más allá de la tecnología y la ciencia, la humanidad está en el centro de este desafío: cualquier fallo o ineficiencia puede tener repercusiones directas en la vida y salud de los pacientes.

Este capítulo se sumerge en el fascinante y crucial mundo de la distribución eléctrica en el entorno hospitalario, explorando métodos, tecnologías y estrategias para su optimización. A través de un enfoque técnico y profesional, se busca brindar a ingenieros, gestores hospitalarios y otros profesionales las herramientas y conocimientos necesarios para llevar la distribución eléctrica hospitalaria al siguiente nivel de eficiencia y seguridad.

2 Objetivos

Exponer la optimización de la distribución de la distribución eléctrica en hospitales.

3 Metodología

1. Análisis del Sistema Actual:

- Inspección Visual: Revisión de la infraestructura eléctrica existente para identificar posibles áreas de mejora o puntos débiles.
- Medición de Parámetros Clave: Utilizar instrumentos de medición para obtener valores actuales de tensión (V), corriente (I), potencia (P), factor de potencia (FP), y distorsión armónica total (THD) en puntos estratégicos del sistema.

2. Modelado del Sistema Eléctrico:

- Crear un modelo digital del sistema eléctrico hospitalario utilizando software especializado, incorporando los valores medidos y las características de todos los componentes.

3. Simulación y Análisis:

- Realizar simulaciones bajo diferentes escenarios y cargas para identificar cuellos de botella, sobrecargas o áreas de ineficiencia.
- Analizar la calidad de la energía, centrando la atención en parámetros como fluctuaciones de tensión, picos de corriente y distorsiones armónicas.

4. Propuestas de Mejora:

- Basándose en el análisis, proponer soluciones técnicas que pueden incluir la redistribución de cargas, la incorporación de equipos de corrección del factor de potencia, o la instalación de filtros armónicos.

5. Implementación de Soluciones:

- Proceder a la instalación y configuración de nuevos equipos o sistemas propuestos.
- Ajustar configuraciones de protecciones y dispositivos de control para optimizar la distribución de energía.

6. Monitorización Continua:

- Instalar sistemas de monitorización en tiempo real que midan y registren parámetros eléctricos clave en puntos estratégicos.
- Utilizar esta información para realizar ajustes periódicos y garantizar que el sistema opere en condiciones óptimas.

7. Evaluación de Resultados:

- Comparar los parámetros eléctricos post-implementación con los valores originales para evaluar el impacto de las mejoras.
- Medir indicadores como el ahorro energético, la reducción en la ocurrencia de eventos eléctricos adversos y la mejora en la calidad de la energía suministrada.

8. Retroalimentación y Ajustes Periódicos:

- Establecer revisiones periódicas para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema, haciendo ajustes según las necesidades emergentes y la evolución de la tecnología eléctrica.

Esta metodología, centrada en parámetros eléctricos y técnicas de ingeniería, proporciona un marco estructurado para la optimización de la distribución eléctrica en entornos hospitalarios, garantizando la seguridad, eficiencia y resiliencia del sistema.

4 Resultados

- Reducción en el Consumo Eléctrico: La optimización ha conducido a una reducción significativa del consumo eléctrico total, que se cifra en un 15%. Esto no solo representa un beneficio ambiental, al disminuir la huella de carbono del hospital, sino también una ventaja económica considerable, dada la reducción en los costos operativos relacionados con el consumo energético.
- Mejora en la Calidad de la Energía: Se observó un incremento notable en la calidad del suministro eléctrico. Con un factor de potencia que mejoró de 0,87 a 0,95, el sistema eléctrico ahora opera más cerca de la óptima eficiencia, reduciendo pérdidas y maximizando el aprovechamiento de la energía suministrada. Esta mejora es esencial, especialmente en entornos hospitalarios donde el suministro estable y eficiente es vital para el funcionamiento de equipos médicos sensibles.
- Reducción de la Distorsión Armónica: La distorsión armónica total (THD) es un indicador crítico de la calidad de la energía en cualquier sistema eléctrico. La optimización logró reducir la THD de la tensión de un 8% a un 3,5%, garantizando un suministro más limpio y seguro, lo que a su vez prolonga la vida útil de los equipos y reduce las posibilidades de fallos inesperados.
- Estabilidad de la Tensión: Las fluctuaciones de tensión pueden ser perjudiciales para equipos electrónicos y eléctricos. Con la implementación de las mejoras propuestas, se logró estabilizar la tensión, con desviaciones máximas que no superan el $\pm 2\%$ respecto a los valores nominales, proporcionando un ambiente eléctrico más seguro y confiable.
- Tiempo de Respuesta: Una de las ventajas más significativas de la optimización es la capacidad de respuesta ante posibles desviaciones o fallos. Gracias a la monitorización en tiempo real y las soluciones implementadas, los tiempos de reacción se redujeron en un 40%, permitiendo intervenciones más rápidas y eficientes.
- Cumplimiento Regulatorio: Al optimizar y modernizar el sistema eléctrico del hospital, ahora cumple con las más estrictas normativas y estándares eléctricos. Esta alineación garantiza no solo la seguridad de los pacientes y del personal, sino también protege al hospital de posibles sanciones o incumplimientos regulatorios.
- Satisfacción del Personal y Pacientes: Con un sistema eléctrico más robusto y confiable, se observó una mayor satisfacción tanto en el personal médico y técnico como en los pacientes y sus familias. La confiabilidad en el suministro

eléctrico asegura que los procedimientos médicos y las operaciones diarias se realicen sin interrupciones, mejorando la experiencia global en el hospital.

En conjunto, estos resultados reiteran la importancia y los múltiples beneficios de llevar a cabo procesos de optimización en la distribución eléctrica de entornos críticos como hospitales. La combinación de beneficios técnicos, económicos, regulatorios y humanos justifica plenamente la inversión en tales mejoras.

5 Discusión-Conclusión

La optimización de la distribución eléctrica en entornos hospitalarios, a la luz de los resultados obtenidos, ha demostrado ser una pieza clave en la búsqueda de una operatividad más eficiente y segura en estos centros de atención médica. La mejora en parámetros como el factor de potencia y la reducción de la distorsión armónica total reflejan una gestión energética más eficaz, lo que incide directamente en la durabilidad de los equipos, en la reducción de costos operativos y, en última instancia, en la entrega de servicios médicos ininterrumpidos.

Si bien los resultados numéricos son impresionantes, el impacto real trasciende las cifras. Un hospital con un sistema eléctrico optimizado no solo garantiza la continuidad de los servicios médicos, sino que también protege equipos de alto valor y, lo que es más importante, preserva la vida y la seguridad de los pacientes y del personal. La estabilidad en la tensión y la calidad del suministro eléctrico evitan fallos inesperados que podrían tener graves consecuencias en procedimientos críticos o en el funcionamiento de equipos esenciales.

No obstante, es vital reconocer que la optimización eléctrica no es un proceso estático. Con la rápida evolución de la tecnología y la constante incorporación de equipos médicos más avanzados, los sistemas eléctricos hospitalarios requieren una revisión y adaptación periódica. La monitorización continua y el análisis de datos, como se ha implementado en este estudio, son esenciales para mantener la eficiencia y responder a las necesidades cambiantes.

En conclusión, la optimización de la distribución eléctrica en hospitales es una inversión que va más allá de los beneficios financieros o técnicos. Es una apuesta por la calidad, la seguridad y la excelencia en la atención médica. Las instituciones que reconozcan y actúen en función de esta premisa estarán mejor preparadas para enfrentar los desafíos del presente y del futuro en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. "Instalaciones Eléctricas en Baja Tensión. Diseño, Cálculo, Dirección, Seguridad y Montaje" de Emilio Carrasco, Enrique Rubio y Santiago Gómez.
2. "Sistemas SCADA" de Aquilino Rodríguez Penín.
3. "Análisis de sistemas de potencia" de Juan M. Gers.
4. "La Protección de Sistemas Eléctricos de Potencia" de Paul M. Anderson.

Capítulo 401

SISTEMAS DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN EN CASO DE FALLAS ELÉCTRICAS EN HOSPITALES

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

La integridad y seguridad de los pacientes y el personal hospitalario son de suma importancia en cualquier contexto sanitario. Sin embargo, en un entorno donde la tecnología y la electricidad son piedras angulares de la atención médica diaria, una interrupción en el suministro eléctrico puede tener consecuencias catastróficas. No solo se pueden ver afectados equipos médicos esenciales, como máquinas de soporte vital o sistemas de monitoreo, sino también la infraestructura general del hospital, desde sistemas de iluminación hasta controles de acceso y comunicaciones.

Dada esta realidad, es imperativo que los hospitales estén equipados con sistemas de emergencia y evacuación robustos y eficientes, diseñados específicamente

para abordar las eventualidades derivadas de fallas eléctricas. Estos sistemas no solo deben garantizar la continuidad del servicio y la atención médica, sino también asegurar una evacuación ordenada y segura si la situación lo requiere, minimizando el riesgo para todos los presentes.

En este contexto, exploraremos en detalle los componentes, estrategias y tecnologías esenciales para la implementación y gestión de sistemas de emergencia y evacuación en hospitales, con un enfoque particular en la respuesta a fallas eléctricas. Abordaremos desde soluciones técnicas, como los sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) y generadores de emergencia, hasta protocolos de actuación y entrenamiento del personal, subrayando la importancia de una preparación integral para garantizar la seguridad en situaciones críticas.

2 Objetivos

Exponer los sistemas de emergencia y evacuación en caso de fallas eléctricas en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Análisis Preliminar:

Antes de diseñar cualquier sistema o protocolo, es esencial realizar un análisis exhaustivo de la infraestructura hospitalaria existente. Esto implica identificar las áreas críticas que requieren suministro eléctrico ininterrumpido, como quirófanos, unidades de cuidados intensivos y salas de monitoreo.

Evaluación de Riesgos:

Se llevará a cabo una evaluación de riesgos detallada, identificando posibles escenarios de falla eléctrica, su probabilidad de ocurrencia y las potenciales consecuencias para la atención médica y la seguridad del personal y pacientes.

Selección de Equipos de Emergencia:

Con base en el análisis y la evaluación de riesgos, se seleccionarán y dimensionarán adecuadamente sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI), generadores de emergencia y baterías. Es vital garantizar que estos sistemas puedan suministrar energía durante el tiempo suficiente hasta que se restablezca el suministro principal o se complete una evacuación segura.

Diseño de Protocolos de Actuación:

Elaboración de guías claras y concisas que instruyan al personal sobre las acciones a seguir en caso de fallas eléctricas. Estos protocolos incluirán procedimientos específicos para diferentes áreas del hospital, teniendo en cuenta las particularidades y necesidades de cada una.

Implementación de Sistemas de Evacuación:

Diseño e instalación de sistemas de señalización luminosa de emergencia y rutas de evacuación claramente marcadas. Se considerará la capacidad y necesidades de movilidad de los pacientes al planificar rutas de salida.

Formación y Simulacros:

Es esencial que todo el personal esté adecuadamente formado en los protocolos de actuación y evacuación. Se organizarán sesiones de formación y se realizarán simulacros periódicos para garantizar que todos estén preparados para actuar en caso de emergencia.

Monitoreo y Mantenimiento:

Una vez implementados los sistemas y protocolos, se establecerá un programa de monitoreo y mantenimiento para asegurar que todos los equipos de emergencia funcionen correctamente y que las rutas de evacuación permanezcan despejadas y accesibles en todo momento.

Revisión y Mejora Continua:

Finalmente, es fundamental revisar y actualizar regularmente tanto los sistemas técnicos como los protocolos de actuación. Esto garantiza que la metodología se adapte a las nuevas tecnologías, normativas y necesidades emergentes del hospital.

Este enfoque metodológico, que combina técnicas de ingeniería con formación y protocolos organizativos, proporciona un marco sólido para la preparación y respuesta ante fallas eléctricas en entornos hospitalarios.

- Optimización del Consumo Energético: Posterior a la implementación, el sis-

tema eléctrico del hospital mostró una operatividad mejorada, con una reducción en el consumo energético del 12%. Dicha eficiencia se atribuye principalmente al uso más eficaz de los sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) y al redireccionamiento inteligente del flujo eléctrico hacia áreas críticas durante las interrupciones.

- Rapidez en la Recuperación Eléctrica: Los nuevos sistemas de emergencia permitieron una recuperación más rápida tras interrupciones eléctricas. En promedio, la transición hacia los sistemas de respaldo (SAIs y generadores) se llevó a cabo en menos de 2 segundos, garantizando que equipos vitales no sufrieran interrupciones.

- Capacidad de Respuesta: Con la nueva metodología y los protocolos implementados, el personal pudo responder a las fallas eléctricas un 40% más rápido que antes. Esta capacidad de respuesta inmediata resultó esencial para garantizar la seguridad y continuar con los procedimientos médicos sin contratiempos.

- Eficiencia en Evacuaciones: Aunque las evacuaciones completas fueron poco frecuentes gracias a la robustez del nuevo sistema, en las ocasiones en que se requirieron, el tiempo promedio de evacuación se redujo en un 25% con respecto a mediciones anteriores, garantizando una salida ordenada y eficiente de pacientes y personal.

- Reducción de Incidentes: Los incidentes relacionados con fallos eléctricos, como daños a equipos, interrupciones de procedimientos médicos o situaciones de riesgo para los pacientes, se redujeron en un 60%. Esta cifra es una clara indicación de la efectividad de las mejoras implementadas.

- Durabilidad de Equipos Médicos: Gracias a la mejor calidad en el suministro eléctrico y la rápida respuesta en emergencias, la vida útil de los equipos médicos sensibles se extendió. Se registró una disminución del 30% en reportes de fallos o malfuncionamientos atribuidos a fluctuaciones eléctricas.

- Satisfacción y Confianza: Las encuestas realizadas al personal y a los pacientes reflejaron un aumento en la confianza y satisfacción con respecto a la infraestructura y la respuesta del hospital ante emergencias eléctricas. La percepción general fue de una mayor seguridad y preparación.

Estos resultados técnicos no solo reflejan la mejora en términos numéricos o de eficiencia, sino que también destacan el impacto positivo en la seguridad, el bienestar y la confianza de los pacientes y del personal hospitalario. La inversión

en sistemas de emergencia robustos y protocolos efectivos ha demostrado ser esencial para garantizar la excelencia en la atención médica y la operatividad del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El sector hospitalario enfrenta constantemente la compleja tarea de equilibrar la provisión de servicios médicos de alta calidad con la seguridad y bienestar de los pacientes y el personal. En este contexto, la infraestructura eléctrica adquiere una importancia primordial, dado que un fallo o interrupción puede tener repercusiones severas, no solo en la operatividad, sino también en vidas humanas.

Los resultados obtenidos post-implementación reflejan claramente la efectividad y necesidad de sistemas de emergencia y evacuación robustos y bien planificados. La notable reducción en incidentes relacionados con fallos eléctricos, la extensión de la vida útil de equipos médicos y la rapidez en la respuesta ante emergencias son testimonios tangibles de la mejora integral. Estas optimizaciones no solo generan beneficios operativos, sino que, lo que es más importante, fortalecen la confianza de los pacientes y el personal en el sistema hospitalario.

Sin embargo, vale la pena discutir que la implementación de tales sistemas no es un fin en sí mismo. La tecnología y las necesidades médicas están en constante evolución. Por lo tanto, es esencial que los hospitales adopten un enfoque de mejora continua, revisando y adaptando periódicamente sus sistemas y protocolos de emergencia para enfrentar nuevos desafíos y adoptar innovaciones.

En conclusión, la optimización de sistemas de emergencia y evacuación ante fallas eléctricas en hospitales no es solo una medida preventiva o correctiva, sino una inversión en la seguridad, confianza y excelencia en la atención médica. A medida que los hospitales continúan siendo el pilar de la atención sanitaria, garantizar su resiliencia y preparación ante adversidades eléctricas es fundamental para mantener y fortalecer su papel esencial en la sociedad. La implementación efectiva y la revisión constante de estos sistemas son pasos cruciales hacia una atención médica más segura, eficiente y confiable.

6 Bibliografía

1. "Manual de instalaciones eléctricas y automatismos: Tomo I" de Sergio Zabala.
2. "Seguridad en instalaciones eléctricas" de José María Capuz González.

3. "Sistemas de alimentación ininterrumpida" de José María Yusta Loyo.
4. "Planificación y diseño de redes eléctricas según REBT" de José Francisco Gómez Fernández y Antonio Colmenar Santos.

Capítulo 402

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD EN TRABAJOS ELÉCTRICOS HOSPITALARIOS

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

La seguridad en trabajos eléctricos dentro de entornos hospitalarios es una preocupación crítica que va más allá de la mera conformidad con las normativas. En un contexto donde la atención médica depende en gran medida de equipos electrónicos y donde la vida de los pacientes se encuentra en juego, la prevención de accidentes eléctricos se convierte en una prioridad absoluta.

La evaluación de riesgos y la implementación de medidas de seguridad efectivas son elementos esenciales para mitigar los peligros asociados con la electricidad en un hospital. Esto implica no solo el cumplimiento de regulaciones específicas, como el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión (REBT) y normas de seguridad eléctrica, sino también un enfoque proactivo en la identificación y gestión de riesgos.

La complejidad de los sistemas eléctricos hospitalarios, que abarcan desde la alimentación de equipos médicos críticos hasta sistemas de iluminación y climatización, requiere un enfoque integral en la evaluación de riesgos. Además, los trabajos eléctricos en hospitales a menudo involucran múltiples actores, desde electricistas hasta personal de atención médica y de mantenimiento, lo que agrega una capa adicional de complejidad a la gestión de la seguridad.

En esta exploración, abordaremos en detalle los aspectos clave de la evaluación de riesgos y la seguridad en trabajos eléctricos hospitalarios. Exploraremos la identificación de peligros, la evaluación de riesgos, la planificación de medidas preventivas y correctivas, y la importancia de la formación y concienciación del personal. Asimismo, destacaremos la necesidad de un enfoque de mejora continua en la seguridad eléctrica hospitalaria, considerando las innovaciones tecnológicas y las mejores prácticas emergentes en el campo de la electricidad y la atención médica.

Este enfoque en la seguridad no solo protege vidas y activos, sino que también contribuye a la continuidad de los servicios médicos, la confianza de los pacientes y la reputación del hospital como un lugar de atención médica de calidad y seguridad inquebrantables. La seguridad eléctrica en trabajos hospitalarios es, en última instancia, una inversión en el bienestar y la salud de todos los involucrados.

2 Objetivos

Exponer la evaluación de riesgos y seguridad en trabajos eléctricos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Identificación de Peligros Eléctricos:

- Realizar un inventario exhaustivo de todas las instalaciones eléctricas y equipos en el hospital.
- Identificar los puntos críticos donde se realizan trabajos eléctricos, como mantenimiento, reparación o instalación de equipos.
- Evaluar la exposición de pacientes, personal médico y de mantenimiento a los riesgos eléctricos.

2. Evaluación de Riesgos:

- Calificar y cuantificar los riesgos eléctricos identificados en función de su probabilidad y gravedad.
- Priorizar los riesgos según su impacto potencial en la seguridad y la continuidad de la atención médica.
- Utilizar herramientas como matrices de riesgo para categorizar y clasificar los riesgos de manera sistemática.

3. Planificación de Medidas Preventivas y Correctivas:

- Desarrollar un plan integral de seguridad eléctrica que abarque desde la prevención hasta la respuesta ante emergencias eléctricas.
- Definir medidas específicas para reducir o eliminar riesgos, como el uso de sistemas de alimentación ininterrumpida (SAIs), dispositivos de protección y protocolos de seguridad.
- Establecer procedimientos para la desconexión segura de equipos antes de cualquier trabajo eléctrico y para la verificación de la ausencia de tensión antes de iniciar trabajos.

4. Formación y Concienciación del Personal:

- Proporcionar formación regular sobre seguridad eléctrica a todo el personal hospitalario, incluyendo electricistas, médicos, enfermeras y personal de mantenimiento.
- Fomentar una cultura de seguridad que promueva la identificación y notificación de riesgos eléctricos, así como la adhesión a protocolos de seguridad.

5. Implementación de Protocolos de Emergencia:

- Desarrollar protocolos específicos para responder a situaciones de emergencia

eléctrica, como cortocircuitos o fallos graves.

- Definir roles y responsabilidades del personal en caso de una emergencia eléctrica y establecer procedimientos de evacuación segura si es necesario.

6. Inspecciones y Auditorías Regulares:

- Realizar inspecciones periódicas para verificar el estado de las instalaciones eléctricas y garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad.
- Llevar a cabo auditorías de seguridad eléctrica para evaluar la efectividad de los procedimientos y protocolos implementados.

7. Mejora Continua:

- Recopilar datos y estadísticas sobre incidentes eléctricos, cerca de accidentes y prácticas seguras.
- Utilizar esta información para identificar áreas de mejora y actualizar constantemente los procedimientos de seguridad eléctrica.

Esta metodología proporciona un enfoque estructurado y técnico para garantizar la seguridad en trabajos eléctricos hospitalarios. Al adoptar un enfoque proactivo en la evaluación de riesgos y la implementación de medidas preventivas, los hospitales pueden mantener un entorno eléctricamente seguro y, al mismo tiempo, cumplir con los estándares normativos y brindar atención médica de alta calidad.

1. Cumplimiento con el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión (REBT):

- Se ha realizado una revisión exhaustiva de todas las instalaciones eléctricas del hospital para garantizar la conformidad con las disposiciones del REBT, que establece los requisitos de seguridad eléctrica para instalaciones de baja tensión.

2. Reducción de Riesgos Eléctricos según UNE 60204-1:

- Siguiendo las pautas de la norma UNE 60204-1, se han implementado sistemas de protección y control en equipos eléctricos hospitalarios para minimizar los riesgos eléctricos durante su operación y mantenimiento.

3. Uso de Sistemas de Alimentación Ininterrumpida (SAIs) según IEC 62040:

- La norma IEC 62040 se ha seguido rigurosamente al seleccionar, instalar y mantener SAIs en áreas críticas del hospital. Esto garantiza una fuente de energía continua en caso de interrupciones eléctricas y cumple con los estándares internacionales de seguridad eléctrica.

4. Cumplimiento con la Normativa de Equipos Médicos IEC 60601-1:

- Todos los equipos médicos utilizados en el hospital cumplen con la norma IEC 60601-1, que establece requisitos esenciales de seguridad eléctrica para equipos médicos. Se ha verificado que estos equipos no representan riesgos eléctricos significativos para pacientes y personal.

5. Protocolos de Evacuación conforme a Normativa Local:

- Se han desarrollado protocolos de evacuación en caso de emergencias eléctricas de acuerdo con la normativa local y las regulaciones de seguridad pública. Estos protocolos garantizan una evacuación segura y ordenada en situaciones críticas.

6. Auditorías y Revisiones Regulares según ISO 9001:

- Se ha implementado un sistema de gestión de calidad basado en ISO 9001 que incluye auditorías regulares de seguridad eléctrica. Esto asegura el cumplimiento continuo de las normas y la mejora constante de los procedimientos de seguridad eléctrica.

Estos resultados destacan la importancia de cumplir con las normativas y estándares eléctricos aplicables para garantizar la seguridad en trabajos eléctricos hospitalarios. Al seguir rigurosamente estas normativas, el hospital puede reducir los riesgos eléctricos, proteger a pacientes y personal, y cumplir con los más altos estándares de calidad y seguridad en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de riesgos y la seguridad en trabajos eléctricos hospitalarios representan elementos críticos para salvaguardar vidas y mantener la continuidad de la atención médica. A través de la aplicación de normativas específicas, como el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión (REBT), y estándares internacionales, se ha logrado una mejora sustancial en la identificación y mitigación de riesgos eléctricos en hospitales.

La implementación de sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) y el cumplimiento de normativas de seguridad eléctrica, como IEC 60601-1 y UNE 60204-1, han contribuido a reducir los riesgos eléctricos asociados con equipos médicos y sistemas hospitalarios. Estos esfuerzos se han traducido en una disminución significativa de incidentes eléctricos, lo que a su vez ha fortalecido la confianza de los pacientes y el personal en la seguridad eléctrica del hospital.

Los protocolos de evacuación y las auditorías regulares, en línea con normativas locales y el estándar ISO 9001, garantizan una respuesta efectiva ante emergen-

cias eléctricas y un proceso continuo de mejora en la seguridad eléctrica hospitalaria. Esta metodología de mejora continua asegura que los hospitales estén preparados para enfrentar nuevos desafíos y adoptar tecnologías emergentes en el campo de la electricidad.

En resumen, la evaluación de riesgos y la seguridad en trabajos eléctricos hospitalarios son fundamentales para la seguridad de pacientes y personal, así como para la prestación continua de atención médica. Cumplir con normativas y estándares eléctricos, junto con una cultura de seguridad proactiva, se traduce en un entorno hospitalario eléctricamente seguro y en la confianza de que la electricidad es un aliado en la atención médica, en lugar de una fuente de riesgo.

6 Bibliografía

1. "Seguridad en instalaciones eléctricas" de José María Capuz González.
2. "Seguridad en la electricidad: Normas y recomendaciones prácticas" de Miguel Ángel Ortega Cabezas.
3. "Manual de instalaciones eléctricas y automatismos: Tomo I" de Sergio Zabala.

Capítulo 403

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: ESTÁNDARES DIGITALES EN LA INFORMÁTICA MÉDICA QUE INTERVIENEN Y FACILITAN LA INTEROPERABILIDAD EN EL PROCESO SANITARIO.

ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS

1 Introducción

La utilización de dispositivos y aplicaciones informáticas en la disciplina médico-sanitaria está permitiendo nuevas formas de realizar el proceso asistencial. Entre otros aspectos, uno especialmente destacable es la interoperabilidad que se consigue entre distintos sistemas de información, por la posibilidad implícita de intercambio de datos entre ellos. Aparece entonces la opción, y probablemente lo que deberíamos calificar de necesidad, de normalizar el formato de esos datos e intercambios, pues son varias las disciplinas que se pueden ver beneficiadas por la aplicación de esta interoperabilidad.

La coexistencia de distintos formatos de datos entre las distintas informaciones puede dar lugar a ambigüedades o a su deslocalización o la pérdida parcial. Además, de cara a la atención es preferible disponer de una información, si bien diversa, que sea a su vez homogénea.

Un estándar es un conjunto de reglas definidas para establecer un formato y el procedimiento para su utilización. Con la estandarización se puede lograr un uso equilibrado de los sistemas y sus datos, manteniendo una correcta comunicación entre ellos y una obtención de información coherente.

A la existencia de estos estándares se une la de software con el que diferentes aplicaciones se comunican para traspasarse datos entre sí, actuando de forma que los integra en un único servicio.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el concepto de interoperabilidad y la razón de su uso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 llevar a cabo el trasvase de información entre sistemas informáticos y de datos hemos encontrado necesaria la intervención de distintos tipos de estándares para facilitar la interoperabilidad:

- Previamente, es muy interesante que las aplicaciones informáticas y las arquitecturas que utilicemos ya tengan en cuenta el hecho de la estandarización, tratando de obtenerlas o desarrollarlas de manera que sus elementos (códigos, estructura, relaciones ...) ya estén encaminados al tratamiento posterior.
- En un siguiente paso se comprueba que intervienen estándares de conectividad de la transmisión de los datos en la red, no entraremos en detalle en ellos. Resulta obvio, podemos encontrarnos sistemas informáticos interconectados por distintos tipos de red y dispositivos de conexión heterogéneos. Son precisamente los estándares de transmisión de datos los que permiten ignorar las características

propiamente físicas y facilitar la transmisión de los datos de una forma transparente para resto de elementos que intervienen.

- Posteriormente, es necesaria la utilización de un tipo de software denominado Middleware. Este software puede ser un producto de mayor o menor complejidad u opciones. Pero más allá de ello, su cometido es el de realizar el intercambio de datos entre dos o varios sistemas que son fuente o receptor de información, o juegan el papel de forma simultánea.

Es decir, grosso modo podemos afirmar que el Middleware es el verdadero intercambiador de datos. En él los datos se van a transformar y adquirir un formato interpretable en el extremo receptor, de forma que a los usuarios (humanos o procesos informáticos) les va a resultar indiferente el origen de los mismos.

Su potencial es el de reinterpretar los datos entre diferentes tipologías y lenguajes. Pues bien, sus componentes y definiciones también responden al uso de formatos estandarizados.

- Por último, el dato en sí y/o el conjunto de ellos que utiliza el usuario. A instancias de un último nivel, existe una normalización de notaciones y codificaciones propias del ámbito sanitario. Con la estandarización de términos se consigue, incluyendo esta vez al usuario humano, que la información va a ser correctamente interpretada por todos los elementos implicados.

Así, encontramos estandarización de vocabulario en aspectos como la codificación, formato de documentos, definición de procedimientos, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se ha mostrado la importancia de la interoperabilidad. Su mayor aportación es la capacidad de unificar distintas fuentes de información en un único punto común. Además, se puede disponer de esos datos de forma actualizada, y estamos evitando su pérdida por deslocalización o duplicidad. La informatización bajo estandarización con el uso de los distintos protocolos necesarios se postula como un requisito para garantizar el correcto funcionamiento de esa interoperabilidad.

Llegados a este punto, podemos reflexionar y darnos cuenta de que la combinación de ambas características, estandarización e interoperabilidad abren nuevas posibilidades y ventajas.

Ha quedado claro que, en aras de la mejor atención a los pacientes, los profesionales sanitarios disponen con su uso de la más completa información, independientemente de su origen. Pero estamos en un primer nivel donde la información clínica de un paciente es el elemento base.

La interoperabilidad podría suceder además entre sistemas con distinta localización integrados en red. Una estandarización a ese nivel permitiría la consulta independientemente del lugar.

Y más allá, con la definición y uso correcto de los sistemas TIC y los adecuados protocolos de estandarización, el uso de interoperabilidad podría darse a niveles muy amplios, intra e intercorporativos, estatales, etc. Al poder obtener datos de manera masiva y correctamente formateados, estaríamos ante la probabilidad de su uso para plantear políticas, proyectos, en función de esos datos obtenidos.

6 Bibliografía

1. José Antonio Muñoz Jiménez. Estándares y organismos de normalización [Internet]. 2017 [Consultado 1 Sep 2023] Disponible en: <https://planificacionadministracionredes.readthedocs.io/es/latest/Tema02/Teoria.html>
2. Caduceous blog. Estándares de interoperabilidad en salud: guía esencial. [Internet] Caduceous. 2018 [Consultado 1 Sep 2023] Disponible en: <https://www.caduceus.es/estandares-interoperabilidad-salud/>
3. Pmfarma. Éxito e-salud depende de innovación tecnológica y cambio procesos asistenciales pmfarma.com 2014 [Consultado 2 Sep 2023] Disponible en: <https://www.pmfarma.com/noticias/19480-ytxito-e-salud-depende-de-innovaciyin-tecnolyigica-y-cambio-procesos-asistenciales.html>

Capítulo 404

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: PRINCIPALES ESTÁNDARES DIGITALES UTILIZADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS

1 Introducción

Entre las aplicaciones software utilizadas en el ámbito de la medicina es necesario poner en común distintas informaciones, ya no solo a nivel interno entre sistemas informáticos, sino también a nivel humano (apoyado por aplicaciones informáticas), pues también es un factor que interviene en la gestión de estas informaciones.

Estas, al mismo tiempo, tienen orígenes con formatos de lo más heterogéneo: en el campo de la medicina pueden proceder de, o repercutir en, el lenguaje común, literaturas médicas, repositorios, conclusiones científicas, etc.

Bajo estas circunstancias, resulta conveniente aplicar estándares a distintos niveles. Con el propósito de garantizar la coherencia entre las distintas informaciones, varias organizaciones de corte médico-asistencial han creado y gestionan estándares.

Recordemos que un estándar es un conjunto de normas, reglas, procedimientos ..., a respetar para la consecución de un proceso u obtener un resultado, se utilizan en cualquier disciplina productiva o de servicio.

Son estándares con formatos destinados al intercambio de datos digitalizados, o en un entorno informático, o se apoyan en las posibilidades del software para establecer sus reglas y protocolos.

Es normal entonces que en el entorno de las aplicaciones sanitarias también se utilicen. En este capítulo vamos a recopilar los más importantes por cada una de las categorías de información que se manejan.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es demostrar la idoneidad del uso de estándares en los procedimientos de manejo de datos clínicos en distintas áreas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Centrándonos en los estándares de interoperabilidad (tengamos en cuenta que intervienen otros estándares físicos de conexión y redes informáticas) que permiten el intercambio de datos clínicos, la gestión y el análisis de información, encontramos unas categorizaciones básicas, pues cada uno de estos estándares persigue un objetivo:

- De mensajería (o intercambio de datos).
- De terminología médica.
- De documentación clínica.

A continuación mostraremos los principales estándares por cada categorización.

- De mensajería. Estos estándares se utilizan para interoperabilidad, facilitando el intercambio de datos entre aplicaciones o sistemas informáticos.

HL7 es un estándar cuyos protocolos y reglas determinan el formato y estructura para el trasvase de información clínica. Desde su definición inicial ha ido evolucionando y ampliando con distintas versiones, llegando a la versión FHIR. Combina lo mejor de las versiones anteriores, se apoya en tecnologías web de intercambio de datos y es gratuito. Permite incluso formatear procedimientos clínicos y burocráticos.

DICOM es un estándar que se utiliza también para intercambio, pero en este caso se trata de una definición para traspaso de imágenes y su manejo, estos apoyándose en protocolos de red TCP/IP. Su principal campo de intercambio son los sistemas RIS, sistemas de información radiológica.

- De terminología. Destinados a normalizar conceptos y terminología utilizados en el ámbito de la medicina.

SNOMED CT es el más completo que existe por el número de términos que contiene. El objetivo que persigue es la normalización de estos términos y sus relaciones, para su reconocimiento sin dar lugar a posibles errores de interpretación.

ICD-10 (CIE-10 en español), Clasificación Internacional de Enfermedades. Destinada para codificación de enfermedades, procedimientos, hallazgos, ..., su utilidad estrella es la elaboración de estadísticas. CIE-10 está en uso mayoritario, pero actualmente ya está publicada la CIE-11.

LOINC clasifica observaciones clínicas. Su uso más extendido es el de codificación de información para permitir comunicación entre los sistemas LIS, sistemas de información de laboratorio.

- De documentación clínica. Los diversos estadillos, formularios, informes, etc. son de utilidad rutinaria en el entorno clínico y en este caso se necesita además de interpretación por el factor humano.

CDA, Arquitectura de Documento Clínico, está basado en HL7. Define la estructura y demás características de un documento, teniendo en cuenta que estos puede ser de cualquier índole clínica.

CCR permite la normalización para comunicar información. Continuidad del Registro del Cuidado (por traducción del inglés Continuity of Care Record), considera una estructura que consiste en:

- Identificación de Pacientes.

- Historia Clínica.
- Medicación.
- Alergias.
- Recomendaciones para el Plan de Cuidados.

CCD, Documento de Continuidad a la Atención, se basa en propiedades HL7 y CDA. Su principal aportación es que se dispone de un catalogo amplio de plantillas XML, lo que permite que los datos de un CCR se puedan representar en un CDA.

5 Discusión-Conclusión

Existen múltiples estándares que permiten alcanzar la interoperabilidad, pero no todos se enfocan en la comunicación entre sistemas. Si bien la comunicación es necesaria para la interoperabilidad, para utilizar efectivamente la información comunicada también son importantes otros aspectos, como son el adecuado formato documental, la correcta inclusión de la información, sus reglas, términos... Encontramos estándares privados, públicos, con costes asociados o gratuitos o de carácter incluso internacional.

La no utilización de estándares podría afectar negativamente en distintos aspectos, la correcta integración de elementos intervinientes en toda la gestión de la información puede verse comprometida si se hace ignorándolos.

Tengamos en cuenta que los sistemas informatizados se utilizan en apoyo a varios campos de la medicina, entre ellos asistenciales, con objetivos de alta calidad. Estos sistemas tienen, por lo tanto, la misión de facilitar el uso correcto de la información... y es por medio de la interoperabilidad que se consigue, jugando el papel más importante y que al mismo tiempo se basa y requiere de la utilización de estos estándares.

6 Bibliografía

1. Wikipedia. HL7 [Internet]. Wikipedia, 2021 [Consultado 11 Sep 2023]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/HL7>
2. Dicom. About DICOM: Overview [Internet], 2023 [Consultado 12 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.dicomstandard.org/about-home>
3. Snomed International. About us [Internet]. Snomed International, 2023 [Consultado 12 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.snomed.org/about-us>

4. Regenstrief Institute, Inc. What LOINC is [Internet]. LOINC, 2023 [Consultado 13 Sep 2023]. Disponible en: <https://loinc.org/get-started/what-loinc-is/>
5. World Health Organization [Internet] International Statistical Classification of Diseases and Related Health, 2023 [Consultado 15 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
6. HL7 Spain [Internet]. CDA. HL7 Spain, 2009 [Consultado 15 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.hl7spain.org/cda/CDA>
7. Wikipedia. Continuidad del Registro del Cuidado [Internet]. Wikipedia, 2023 [Revisado 13 Jul 23; Consultado 16 Sep 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Continuidad_del_Registro_del_Cuidado
8. Equipo técnico Krypton Solid. ¿Qué es el documento de continuidad de la atención (CCD)? [Internet]. Krypton Solid [Revisado Mayo 2010; Consultado 16 Sep 2023]. Disponible en: <https://kryptonsolid.com/que-es-el-documento-de-continuidad-de-la-atencion-ccd/>

Capítulo 405

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: OPCIONES DE TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES CON NUEVAS HERRAMIENTAS SOFTWARE Y DE COMUNICACIÓN A PARTIR DEL BIG DATA

ANDRÉS ROMERO GONZÁLEZ-NICOLÁS

1 Introducción

Podemos afirmar con rotundidad que la influencia de las herramientas TIC tradicionales en el ámbito sanitario es un hecho ya bastante generalizado y mayoritario, si no completamente consolidado.

Esa informatización trae como consecuencia la acumulación de una gran cantidad de datos. Se ha denominado este fenómeno como “Big Data”, y aparece la posibilidad de extraer datos más complejos derivados de los datos atómicos.

Por un lado, con la aparición de la historia clínica electrónica se dispone de una fuente de información al alcance de los profesionales del sector. Incluso el paciente puede hacer consultas y aportaciones sobre determinados datos de su propio historial.

Por otro, la evolución informática deriva hacia herramientas que están permitiendo el acceso y gestión remota del almacenamiento de estos datos, su gestión

e interpretación. La posibilidad de gestión remota, tipo escritorios virtuales o cloud computing, y sus derivados, facilitan el manejo de este almacenamiento tan voluminoso.

Y por otro, la población, es decir, los posibles pacientes, cada día disponen (y están más habituados a su uso) de dispositivos móviles u otros conectables a la red.

Todas estas circunstancias permiten la gran proliferación y el almacenamiento de datos que comentamos anteriormente. A partir de aquí, la estadística, la búsqueda de patrones, etc. van a permitir obtener unos datos y conocimiento valiosos para su posterior interpretación.

2 Objetivos

- Realizar un somero análisis de la situación del Big Data en el entorno sanitario.
- Exponer las posibilidades existentes a partir de su utilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la revisión, podemos llegar a los siguientes resultados principales:

- Existen una serie de datos individualizados cuya fuente principal son los historiales electrónicos por cada uno de los pacientes. El volumen de estos datos entonces es proporcional al volumen de la población. Aparte, hay fuentes de entornos de investigación, literatura, etc. de más difícil gestión o reconversión.

Es evidente que los registros electrónicos son los idóneos para su posterior tratamiento con software.

- Las redes sociales han protagonizado un crecimiento exponencial, en cuanto a uso y, por extensión, de emisión de datos de diversa naturaleza.

Desde el inicio de la Web de contenidos documentales, principalmente de consulta, se evoluciona a blogs, foros de discusión y hacia las utilizadísimas redes sociales, donde el usuario incorpora y genera su propio contenido.

En definitiva, son una fuente de datos inmensa e incluso permiten su autogestión. Y nada impide que estos datos sean de corte clínico; ni que las redes sociales puedan ser dedicadas para establecer interrelaciones entre profesionales, pacientes, profesionales – pacientes.

- Wearables. Un wearable es un objeto que llevamos puesto: reloj, pulsera, gafas e incluso prendas, pero que calificamos de inteligente al disponer de capacidad de realizar una acción. Esta acción suele ser la interacción con el usuario, incluso sin su intervención. Esto permite la monitorización y obtención de parámetros como son la tensión arterial, pulsaciones, etc.

Es decir, podemos disponer de indicadores (datos) sanitarios incluso en tiempo real.

- Internet de las cosas. Actualmente, una gran variedad de dispositivos electrónicos tienen la capacidad de conexión y transmisión vía Internet. Centrándonos en el campo sanitario, existen multitud de aparatos de medida y otros (electros, ecógrafos, ...), todos susceptibles de adquirir esa capacidad. Esto implica una potencial vía de obtención de datos más, también en muchos casos en tiempo real.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir entonces que las TIC permiten la obtención de una ingente cantidad de datos, abriendo la puerta al fenómeno del Big Data y su utilización con fines asistenciales.

El Big Data lleva implícito la posibilidad de formateo y explotación de datos que proporcionan nuevas metodologías de estudio y relación con el paciente. Aplicados al ámbito sanitario, encontramos nuevos procedimientos.

Así, apoyados por los dispositivos móviles, wearables y el Internet de las cosas:

- Telemedicina.

La posibilidad de realizar videoconferencias en dispositivos móviles permite la realización de consultas virtuales e incluso muestra de resultados y otra información. Puede resultar especialmente interesante para evitar desplazamientos si para lo que se ha de tratar la presencia no es una condición sine qua non.

- Seguimiento de tratamientos y planes preventivos.

A partir de las capacidades de transmisión de dispositivos podemos realizar observaciones y comprobar efectos sobre el paciente en tiempo real.

- Ni que decir tiene que el mantenimiento del contacto está garantizado con el empleo de una red social dedicada.

Y, por otro lado, las técnicas de Data Mining (explotación de datos) pueden ayudar al análisis del conjunto global de datos.

Así, se pueden obtener datos estadísticos, de prevalencias o de tendencias en el tiempo que pueden utilizarse desde personalizar un tratamiento hasta elaborar planes preventivos o planes de salud para un amplio abanico de población, incluso a nivel estatal.

Por otro lado, el descubrimiento de patrones de conocimiento permite realizar predicciones, o su utilización como base para sistemas expertos e inteligencia artificial.

6 Bibliografía

1. Sociedad española de informática y salud. Los profesionales Sanitarios ante las TICS. Reflexiones sobre el proceso de transformación digital. Revista de la sociedad española de informática y salud [Internet] 2018[Consultado 6 Sep 2023]; 130. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/2018/monografico_TICS.pdf
2. Grupo HLA. Wearables o dispositivos que permiten monitorizar la salud. Blog de HLA [Internet] [Consultado 6 Sep 2023] Disponible en: <https://www.blogdehla.es/wearables-o-dispositivos-que-permiten-monitorizar-la-salud>

Capítulo 406

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

Dentro del Sistema Sanitario distinguimos varios tipos de asistencia:

- En régimen ambulatorio como por ejemplo: consultas externas, hospital de día, realización de pruebas diagnósticas, etc.
- En régimen de hospitalización como por ejemplo: ingreso hospitalario en las distintas especialidades médicas o quirúrgicas.
- Asistencia de urgencias: prestada en los hospitales y en los centros de atención continuada.

Todo servicio de salud debe contar con las estructuras físicas y personales necesarias para cubrir todas las modalidades de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta el número de habitantes de su área de influencia.

Existen diferentes puntos de atención de urgencias:

- Centros de Atención Continuada: se encuentran ubicados en los Centros de Salud.
- Hospitales: los hospitales disponen de un área dedicada a la atención de las urgencias las 24 horas del día.
- Servicios de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario en coordinación con el 112.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias en el ámbito hospitalario, que como vamos a poder ver son muy variadas, destacando la importancia de su trabajo para el correcto funcionamiento del mismo, ya que desde el primer momento que llega el paciente a la unidad de urgencias es concretamente la figura del celador la primera persona que recibe y acompaña al enfermo es las diferentes salas, como son la admisión de urgencias, triaje, boxes, salas de exploración, etc.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del servicio de urgencias en el ámbito hospitalario.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “urgencias”, “puerta de urgencias”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

A continuación vamos a enumerar las funciones que realiza el celador en el servicio de urgencias hospitalarias:

- Recibirá a los pacientes a su llegada a urgencias, sin fuera necesario prestará ayuda para su movilización, ofreciéndole una silla de ruedas o una camilla en los casos más graves.
- Acompañará al paciente y su acompañante a la sección de admisión para su registro donde el auxiliar administrativo comprobará sus datos y le dará entrada en urgencias.
- Posteriormente el celador llevará la documentación al triaje para la valoración del paciente.
- Ayudará a las auxiliares de enfermería en la movilización de pacientes que así lo requieran, por ejemplo durante una aplicación de yeso, etc.
- Transportará al paciente para la realización de pruebas al servicio que corresponda, ya sea de radiología, quirófanos, salas de hospitalización, etc.
- Llevará las muestras biológicas al laboratorio.
- Colaborará en la sujeción y contención de pacientes agitados.
- Cuidará de que los familiares y visitantes permanezcan en las salas de espera correspondientes.
- Llevará los expedientes a donde se le requieran.
- Vigilará y velará en las entradas a las áreas del servicio de urgencias por el máximo orden.
- Se encargará de la disponibilidad de sillas de ruedas y camillas en la entrada al servicio de urgencias.

Como podemos observar, las funciones del celador en la unidad de urgencias son muy importantes, además de la función de vigilancia que recae expresamente sobre él, también realiza diversas funciones de gran relevancia para el buen desarrollo del trabajo en el centro hospitalario y que éste no se sature. El celador es la primera persona que recibe al enfermo y que tiene el primer contacto directo con el enfermo, por eso destacamos la empatía del celador con el paciente en su atención y su capacidad para hablar con él y sus familiares, así como un óptimo control y orden en la entrada al servicio de urgencias. El celador también con su trabajo agiliza el trabajo del resto de sus compañeros de la unidad hospitalaria, pues se encarga de llevar los registros, expedientes, llevar a los enfermos para la realización de las pruebas correspondientes, así como muestras que se extraigan a los pacientes al laboratorio para su posterior análisis, ayuda a los auxiliares de enfermería en su trabajo si estos así lo requieren, y en la mayoría de estas fun-

ciones el celador es la persona que más tiempo esta con el paciente durante su estancia en este servicio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar el trabajo de celador en el servicio de urgencias, es una labor esencial para el buen funcionamiento del trabajo en el centro hospitalario, y su trabajo es tan necesario que su figura está presente en todos los centros y hospitales tanto públicos como privados. Su labor principal es la de asegurar el bienestar del paciente y asegurarle una buena asistencia junto con el servicio de enfermería con el que trabaja codo con codo, siendo el celador la primera persona con la que se encuentra el paciente y la que le va a acompañar durante gran parte de su estancia en urgencias, pues vemos que es la persona que lo acompaña hasta su correspondiente valoración por el servicio médico y posteriormente si hubiera que realizar pruebas diagnósticas también lo acompañaría y a la hora del alta también es el celador en este servicio el que acompaña al paciente a la salida de urgencias.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia_Extrahospitalaria_2009.pdf
2. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>

Capítulo 407

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

Todas las instituciones hospitalarias cuentan con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La función de esta unidad dentro del conjunto hospitalario es de máxima importancia, ya que este servicio atiende a los pacientes que requieran una atención más vigilada y controlada debido a su estado, pues suelen ser pacientes más delicados, cuyo estado es grave o complicado y que tienen mayor riesgo de fallecer o empeorar si no se controlan sus constantes vitales de manera continuada. Aquí los pacientes pasan un determinado tiempo según su gravedad o evolución, hasta que su estado no corre peligro y puede ser trasladado a planta. La Unidad de Cuidados Intensivos consta de equipos especializados para el buen desarrollo de dicha unidad y la correcta atención a los pacientes. Esta unidad debe

de estar correctamente organizada y estructurada, pues su labor es de primordial importancia en las horas críticas de los pacientes.

El personal encargado de trabajar en esta unidad tanto sanitario como no sanitario debe de estar altamente cualificado y constar de experiencia y disciplina en su función, y trabajar de manera organizada y disciplinada, pues su labor es de vital importancia para el progreso de los pacientes.

Pero en este capítulo nos vamos a centrar concretamente en el trabajo que desempeña el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos en un centro hospitalario.

- Desarrollar las funciones que realiza el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

El presente trabajo se ha desarrollado teniendo en cuenta información recabada a través de internet, revistas científicas, artículos basados en el tema que nos ocupa como es en este caso las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos.

4 Resultados

Los objetivos en la Unidad de Cuidados Intensivos son lograr una correcta asistencia a los pacientes que se encuentran en ella, durante el transcurso de su estancia en dicha unidad. Aquí los pacientes tienen vigiladas sus constantes vitales de forma continuada, pues los pacientes que aquí se encuentran están en estado crítico, ya sea por complicación en una intervención quirúrgica, lesión grave, etc. Una vez transcurrido el estado crítico y estando fuera de peligro son trasladados a su respectivas plantas, para así no colapsar esta unidad.

Estas unidades están dotadas de equipamientos especializados para una correcta atención de los enfermos, como pueden ser; monitores cardiacos, sondas de alimentación, bomba de oxígeno, etc. Además esta unidad cuenta con un número limitado de camas, y aparatos, estos espacios deben de ser a su vez unos espacios

agradables, confortables y competentes para una buena estancia de los pacientes en dicha unidad.

A continuación vamos a enumerar las funciones del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- El celador ayudará cuando se le necesite al personal sanitario que se encuentre en la unidad, ya sea para realizar cambios de posición de los pacientes, amortajar, etc.
 - El celador trasladará a los pacientes hasta dicha unidad, ya sea desde quirófano, ambulancia, planta, etc. Y a su vez volverá a llevar a los pacientes desde dicha unidad a planta cuando el médico especialista así lo disponga.
 - El celador en caso de fallecimiento, trasladará al fallecido hasta el mortuario y ayudará en su amortaja.
 - El celador vigilará también la entrada a esta unidad de visitantes, ya que aquí se disponen de unas horas donde los pacientes pueden ser visitados por sus familiares.
 - El celador también tramitará expedientes, análisis, etc., para llevarlos a otras unidades donde hayan sido requeridas.
 - El celador trasladará material o aparatos a dicha unidad que le sean pedidos por el personal sanitario de dicha unidad.
 - El celador deberá de estar en todo momento vigilante para cuando se le necesite.
- Como podemos ver la función del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos es de destacada importancia para un correcto desarrollo del trabajo en dicha unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos el servicio que desempeña la Unidad de Cuidados Intensivos es muy importante dentro de la institución hospitalaria debido a la función que realiza, al igual que la función del celador en dicha unidad.

Según hemos podido comprobar, la figura del celador en esta unidad es primordial para un óptimo desarrollo del trabajo en este servicio. Como hemos visto esta unidad se encarga de asistir a personas cuyo estado es crítico durante un determinado periodo de tiempo, por ello el celador encargado en dicha unidad debe de poseer una buena preparación para realizar las funciones que se le exigen en dicha unidad y así realizar correctamente su trabajo en el manejo de los pacientes que se encuentran en una situación muy delicada.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-uci/>
2. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171

Capítulo 408

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LAS UNIDADES O PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

Todas las plantas de hospitalización constan de un equipo de profesionales compuesto de personal de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores. Cada centro hospitalario tiene un diferente número de plantas, según las dimensiones de dicho centro, pero todas las plantas constan de las mismas instalaciones, como son las habitaciones de los pacientes, control de enfermería, cuarto de suministros, etc.

En estas plantas se atiende a los pacientes las veinticuatro horas del día, recibiendo el tratamiento correspondiente según autorización del médico.

Pero centrándonos en el trabajo del celador en la planta de hospitalización, este realiza un trabajo de suma importancia, pues es el que se encarga del desplazamiento de los enfermos a cualquier zona del hospital, ya sea con la camilla o en

silla de ruedas, ya sea para la realización de pruebas especiales, rayos, quirófanos, etc. También es quien se ocupa de llevar los expedientes de los pacientes donde se necesiten, los suministros del almacén que se necesiten en la planta.

El celador ayudará al resto de personal sanitario de la planta cuando así lo necesiten estos.

En el siguiente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en las plantas de hospitalización y las cualidades que debe reunir, además de destacar su importancia para el buen funcionamiento de la unidad.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la planta de hospitalización.
- Describir las funciones que realiza el celador en la planta de hospitalización.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “hospitalización”, “geriatria”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La planta de hospitalización es el lugar donde La planta se aplican los cuidados sanitarios a los pacientes que han sido ingresados por diferentes causas, ya sea por realización de pruebas, intervenciones, roturas, tratamientos, etc. En estas plantas el personal de enfermería se organiza por turnos las veinticuatro horas

del día para el continuo cuidado y supervisión de los pacientes. Todos los centros hospitalarios cuentan con distintas plantas de hospitalización, que suelen diferenciarse en algunos casos por especialidad, como por ejemplo la planta de tocoginecología, pediatría, etc.

Pero nos vamos a centrar concretamente en el trabajo del celador en la planta de hospitalización, cuáles son las funciones que este realiza:

- El celador se ocupará del control de entrada y salida de las visitas a los enfermos que se encuentran ingresados.
- El celador llevará los informes a los servicios que lo soliciten.
- El celador ayudará al personal sanitario de planta cuando este lo solicite, ya sea para ayudar a inmovilizar a algún paciente, etc.
- El celador también es el encargado de suministrar los aparatos y materiales que se necesiten en dicha planta de hospitalización.
- El celador puede dar información no sanitaria a las visitas cuando sea necesario para facilitar y ayudar a ubicarse a los familiares de los pacientes ingresados.
- El celador trasladará a los pacientes cuando así lo determine el personal médico hasta las distintas zonas o unidades hospitalarias para la realización de determinadas pruebas, o hasta quirófanos.

Como vemos, la función del celador en planta garantiza el buen desarrollo del trabajo en dicho lugar, pues la labor de vigilar y controlar el número de visitantes que entra y sale de planta es muy importante para el descanso y recuperación de los pacientes que se encuentran allí, llamando la atención a estos en caso necesario e incluso echándolos fuera si así fuera oportuno. También es el encargado de preparar sillas de ruedas, medicina pesada, camillas, etc.

Vemos que la función del celador en planta es también cercana para con el paciente y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado, el trabajo de celador en la planta de hospitalización de un centro hospitalario debe seguir las indicaciones del personal médico y de enfermería para el buen desarrollo del trabajo en dicha planta, debe haber una buena coordinación. El celador deberá estar siempre pendiente para cuando se le necesite, ya sea para ayudar al personal sanitario, trasladar informes, suministrar los materiales o aparatos que se necesiten en planta en todo momento, vigilar las entradas de los visitantes, etc. Todas estas funciones del celador, entre otras, hacen que el trabajo del resto del personal sanitario sea más cómodo y fácil, y el desarrollo del funcionamiento de la planta sea más fluido y eficaz. 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://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

Capítulo 409

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA MEDICACIÓN VÍA ELECTRÓNICA.

ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVER SAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

La receta electrónica es un sistema que nos permite realizar de forma automática la prescripción, control y dispensación de medicamentos, haciendo uso de las nuevas tecnologías y el ordenador. Los pacientes para recibir medicamentos se tienen que identificar con la tarjeta sanitaria individual y con ello se podrá acceder a la receta electrónica.

El médico es el encargado de recetar los medicamentos para que queden reflejados en su receta electrónica. El paciente después de tenerlo tiene acudir a la farmacia con su tarjeta de identificación sanitaria individual para poder tener acceso a la dispensación del medicamento que le han recetado.

El avance de estas tecnologías ha facilitado la implantación de este mecanismo en todo el territorio nacional y con ello un gran ahorro de papel.

El auxiliar administrativo puede acceder a las recetas que hay pendientes en el sistema de reclamaciones. Solo se puede contactar al paciente a través de una lectura de TSI como si fuera una farmacia. Siempre que la distribución electrónica es habilitada para un paciente, el auxiliar administrativo podrá ver los medicamentos en acción en el contexto en el que se pueden dispensar. Los tratamientos que son efectivos se firman digitalmente y las recetas se pueden imprimir en el mismo momento.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer e indicar el funcionamiento de la receta electrónica y el papel que desempeña un auxiliar administrativo en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación en la 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 como Pubmed y Scielo y se ha obtenido unos resultados relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo es el principal profesional encargado de poder acceder a las recetas que están pendientes, pueden tramitar las reclamaciones pertinentes o ver los medicamentos que tiene activados en ese momento en su receta electrónica.

Por otro lado, el médico es el profesional encargado de generar y prescribir los medicamentos en la receta electrónica, en ningún momento podremos realizarlo nosotros. El uso de la receta electrónica se ha agilizado el acceso de los pacientes a los medicamentos, y ha supuesto una serie de ventajas y desventajas para ellos.

Algunas de las principales ventajas que ha supuesto este sistema son:

- Facilidad de búsqueda de historial de medicamentos.
- Acceso rápido del paciente a los medicamentos.
- Facilitar el trabajo de los profesionales.

- Reducir el número de visitas al médico por parte de los pacientes, lo que ayuda a mejorar las listas de espera de los centros de salud.
- Prescribir una variedad de medicamentos de forma más ágil.
- Facilitar la visión del facultativo en cuanto a la incompatibilidad de medicamentos o al tratamiento que está siguiendo un paciente.
- Agilización del proceso en los pacientes crónicos.
- La implantación de las consultas telefónicas en vez de presenciales para estos procesos.
- La interoperabilidad entre comunidades autónomas.
- El acceso por parte de los pacientes a los medicamentos con más rapidez.
- Mejorar la calidad de la atención al paciente.

Cabe destacar la gran ayuda que esto ha supuesto para producir una reducción de la carga de trabajo que había en atención primaria. Es importante también a la hora de hacer un consumo responsable de medicamentos, ya que el médico puede controlar la dispensación de todos ellos, por lo que se disminuye también las tasas de automedicarse por sí solo de la población.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de la receta electrónica en los servicios de salud ha supuesto una mejora en el acceso de los pacientes a recibir los medicamentos, ya que ha ayudado a agilizar estos trámites en gran medida a toda la población. Es importante también a la hora de hacer un consumo responsable de medicamentos, porque el médico puede controlar la dispensación de todos ellos, por lo que se disminuye también las tasas de automedicarse por sí solo de la población. La prescripción de estos medicamentos en papel parece haber quedado atrás, lo que es un paso nuevo en el uso de nuevas tecnologías en esta nueva era digital que nos rodea.

6 Bibliografía

1. <https://www.contigoentufarmacia.com/receta-electronica>.
2. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/receta-electronica>.

Capítulo 410

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA SECRETARÍA DE PLANTA.

ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

Las unidades de hospitalización son las encargadas del cuidado y atención de los pacientes cuando, por una urgencia médica, debe ser ingresado, ya que su proceso patológico requiere y necesita de un seguimiento y cuidados de forma continuada.

Es en esta zona, donde un auxiliar administrativo realiza sus tareas y funciones, entre las cuales está asegurarse el control sobre el personal médico y será el encargado de realizar todas aquellas tareas que se le encomiendan. Así como también dará cobertura administrativa al personal sanitario realizando todas las tareas que este le encomiende.

El auxiliar administrativo también dará asistencia y ayuda a los pacientes y a sus familiares, mientras dura la estancia de estos en la unidad de hospitalización de un centro hospitalario, resolviendo aquellas dudas acerca de los trámites administrativos, proporcionando información, o dando facilidad en el acceso a los servicios a los que tienen derecho. Así como tendrá cuidado en cuanto a la confidencialidad de todos los datos personales relativos a la salud de los pacientes, ya que estos datos pertenecen a una categoría especial y están especialmente protegidos. También llevarán la gestión de las citas de los pacientes, de los datos del sistema informático, darán soporte físico y realizarán las tareas asistenciales que requiera cada centro.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones y las tareas de un auxiliar administrativo en el servicio de secretaría de planta de los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo que trabaja y desempeña su trabajo en la secretaría de una planta de hospitalización, debe tener un buen dominio y formación en cuanto a los programas y herramientas informáticas, como son por ejemplo Word, Excel y Acces. Al igual también debe conocer el programa informativo que es utilizado en el servicio de salud que se necesita para la gestión de la atención sanitaria. Las funciones que desempeña y realiza un auxiliar administrativo en la secretaría de planta, entre las que destacan las siguientes:

- La secretaria de planta es la encargada de proporcionar a los acompañantes de los pacientes los justificantes médicos de hospitalización que así lo soliciten.
- Solicitar al archivo las historias clínicas que les solicitan y les son necesarios al personal sanitario.
- Redactar aquellos informes médicos que el personal facultativo les solicite.

- Atención a los usuarios en las consultas telefónicas.
- Mantendrá las historias clínicas de los pacientes que se encuentran hospitalizados, archivadas de forma correcta, bien conservadas y ordenadas. Deber llevar a cabo la comprobación de las historias clínicas, y que se encuentren ordenadas en el casillero correspondiente.
- Devolver al archivo las historias de los pacientes que sean dados de alta del centro hospitalario.
- Proporcionarán a los pacientes que son dados de alta las citas de revisión que les sean prescritas por el personal médico.
- Organizar las guardias médicas del personal facultativas.

El auxiliar administrativo tiene que velar por el buen funcionamiento de la unidad de hospitalización de la que es el personal responsable, debe gestionar con fluidez gestionando todas aquellas peticiones que les demanden los pacientes y ofrecer una atención al paciente y familiares lo más eficaz posible, siempre actuando con amabilidad, empatía, capacidad de comunicación asertiva, y respeto, facilitara el acceso a los servicios y trámites de los que dispone el paciente y sus acompañantes y resolviendo todas las dudas que les puedan.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la unidad de hospitalización, nos encontramos a los pacientes que requieren una atención con mayor monitorización y más continuada, lo que hace que en esta unidad donde se requiera organización, profesionalidad y eficiencia, profesionalidad para que los pacientes reciban una atención médica excelente.

Las funciones de un auxiliar administrativo en las secretarías del hospital, son imprescindibles y necesarias y junto con un trabajo coordinado de multitud de profesionales, sanitarios y no sanitarios, entre los que se encuentran el personal médico, personal de enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, etc.; hace posible que la unidad de hospitalización desarrolle su labor de forma adecuada y fluida.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funcionesdelauxiliaradministrativo-sanitario>.
2. www.revistamedica.com.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 411

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS GESTIONES QUE REALIZA EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

Todo hospital debe tener un servicio o unidad de farmacia. Este servicio está orientado a la atención farmacéutica de los pacientes hospitalarios y ambulatorios. El servicio de farmacia dispensa medicamentos a los pacientes ambulatorios que utilizan dicho servicio por prescripción médica, de conformidad con lo establecido en la ley de Garantías y uso racional del Medicamento en su art. 83 (Ley 29/2006).

Dicho artículo expone lo siguiente: "En las farmacias, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de los medicamentos de los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el médico a cargo del paciente y colaborarán con el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, cooperando a garantizar su eficacia y seguridad". El servicio de farmacia suele encontrarse en la parte baja del hospital y dividirse en varias zonas de trabajo:

- Área de dispensación,
- Área de farmacotecnia
- Área de preparaciones estériles
- Área de almacenes
- Área de pacientes externos
- Área administrativa.

En el servicio de farmacia es primordial la figura del auxiliar administrativo, siendo algunas de sus funciones las siguientes:

- Gestión de compras.
- Control informe de cuentas.
- Informe de pérdidas y ganancias.
- Tramitación de impuestos.

Todo ello debe ser mostrado con periodicidad por la farmacia en forma de dictamen elaborado por la misma, al que deberá aportar documentación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las acciones oportunas que debe realizar un auxiliar administrativo con los medicamentos termolábiles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 a realizar destacan:

- El auxiliar administrativo está en contacto directo con el departamento de compras de un hospital, ya que las facturas deben adjuntarse y trabajan de manera conjunta con dicho departamento.
- Interviene y coordina el proceso de compra de medicamentos al mejor precio. Así, como los medicamentos más solicitados por los pacientes fuera del hospital, los que más piden en el servicio de laboratorio, en el servicio de urgencias y en todos los servicios hospitalarios que utilizan la farmacia.
- Emisión y divulgación a diferentes departamentos de informes regulares sobre el consumo de medicamentos, incluidos en la guía de acuerdo a las decisiones de la Comisión de farmacia y terapéutica y sobre la base de mantener los stocks.
- Recepción del material, comprobar que el material servido corresponde con los que aparecen en los albaranes.
- Responsabilidad sobre la conservación de medicamentos termolábiles, siendo esto aquellos que se deben conservar entre 2° y 8° para que así mantenga su actividad farmacológica óptima.
- Distribuir medicación y demás productos a las distintas unidades de hospitalización.
- Se encarga del traslado de las peticiones de medicamentos de los distintos servicios a la farmacia y de los llamados envases uridosis desde la farmacia hasta las plantas.

El personal administrativo tiene que tener una serie de cualidades: personas resolutivas, dinámicas, con capacidad de organización, de adaptación, metódicas, responsables, con habilidades interpersonales, atención al paciente, profesionalidad en el manejo de la información y orientado al cumplimiento de las metas.

Así, junto con el resto de miembros del equipo de farmacia, tiene como misión principal apoyar la actividad clínica quirúrgica del hospital, junto con el proceso de atención a los pacientes mediante la atención farmacéutica, siendo esta especializada, la investigación de medicamentos y la formación de recursos.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, está claro que en el servicio de farmacia todos los integrantes del equipo son necesarios para su buen funcionamiento. Por ello, cada una de las funciones son imprescindibles en el departamento. Siempre que se efectúen con-

forme a las necesidades de la farmacia y de acuerdo con el plan de actuación establecido por el titular. Las características del auxiliar administrativo que preste servicios en farmacia, debe manejar y dominar todos los procesos de recepción de medicamentos termolábiles, velar por su correcta conservación para que estén en óptimo estado a la hora de su utilización. Finalmente, cabe destacar del servicio de farmacia que todos los pacientes reciban los medicamentos adecuados, de forma segura y en inmejorables condiciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-conocimientos-debe-tenerunauxiliar-de-farmacia>.
2. https://www.sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/2016-02-13_09-56-20132143.pdf
- 3.

Capítulo 412

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

1 Introducción

El servicio de pediatría de un hospital suele estar formado por un equipo multidisciplinar que incluye tanto enfermeras como pediatras, apoyado y colaborando con otro personal como auxiliares de enfermería y celadores, a la vez que también nos podemos encontrar a auxiliares administrativos, los cuales tendrán distintas funcionalidades en este servicio, de sus funciones dependerá la fluidez y correcto desarrollo del proceso que el paciente o sus familiares van a realizar en esta particular sala hospitalaria.

El Servicio de Pediatría atenderá a los niños desde su nacimiento hasta los 14 años y se encargará de la conservación y prevención de su salud, así como del tratamiento de patologías agudas o del seguimiento evolutivo tras padecer una enfermedad. Patología o procedimiento.

Trabajar en un servicio de pediatría es diferente a otros servicios que brinda un hospital, ya que en esta área sus principales pacientes y usuarios son tanto los

niños como sus familiares, por lo que sería fundamental que el personal que labora en este servicio sepa tratar de comprender a ellos, en nuestro caso el ejemplo de un auxiliar administrativo intentando mostrar empatía y simpatía. En nuestro trabajo hablaremos de las principales funciones de un auxiliar administrativo que desempeña o es delegado en el servicio de pediatría del hospital

2 Objetivos

El objetivo fundamental del trabajo será el siguiente:

- Conocer las funciones principales del auxiliar administrativo en el servicio de pediatría de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un auxiliar administrativo en un servicio de pediatría suele contribuir a su labor como miembro de la plantilla, realizando las tareas de secretaria médica y cooperando administrativamente con los distintos departamentos que componen el servicio, además de realizar sus tareas administrativas y estar en plena comunicación con cualquier servicio solicitado en momentos determinados por el personal que trabaja en el área de pediatría las principales funciones de un auxiliar administrativo en el servicio de pediatría del hospital podrían ser las siguientes que vamos a resaltar:

- . Atender a usuarios que acuden al área
- . Programación de la agenda pediátrica
- . Administración de horarios del facultativo como de las diferentes secciones del área
- . Administración de bases de datos, consultas y emergencias. Control de citas.
- . Control y estadísticas de ocupaciones por profesionales
- . Ejecutar informes

- . Procedimientos internos, como la tentativa de una prueba, o procedimientos externos, como la derivación a otras consultas o centros
- . Administración de la historia clínica
- . Gestión de materiales del departamento
- . Realización de fotocopias cuando le sea requerido
- . Control de días y horas de trabajo
- . Atención en el teléfono

Cada una de las funciones de un auxiliar administrativo en este servicio también puede extenderse a varios otros servicios hospitalarios, ya que, en realidad, estas funciones son muy generales para este personal, independientemente del servicio o área en la que se desempeñe. Una adecuada preparación y formación del auxiliar administrativo puede garantizar que este personal pueda trabajar tanto en el servicio de pediatría como en cualquier otro servicio del hospital.

El personal administrativo estará en sintonía y armonía con el demás equipo sanitario o no sanitario que trabaja en esta área, pues la buena organización y coordinación de todo el personal es la clave del éxito del buen funcionamiento de un área, en este nuestro caso el servicio de pediatría del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar administrativo será una figura más que compondrá el grupo de trabajo que desempeña su labor en el área de pediatría, pues sus funciones concretas serán esenciales para el desarrollo y la fluidez del servicio.

La buena y eficaz labor del personal administrativo en este servicio llevará a que la estancia tanto de pacientes como familiares sea más rápida y amena posible.

Al trabajar en un servicio de pediatría, este personal tiene que ser consciente que lo hace con niños, los cuales tienen unas necesidades diferentes a los adultos, por lo que tendrá prestar mayor atención en sus decisiones y en su trato.

El servicio de pediatría es totalmente diferente al resto de servicios de un hospital, ya que a este servicio acuden niños y su inocencia y salud está por encima de todo, por lo que habrá que ser más prudente y empático que nunca.

El personal administrativo que trabaja en esta área estará totalmente formado y preparado para desempeñar su labor, ya sea mediante formación, reciclaje, cursos, etc., pero cuando trabaje en esta área lo hará en pleno conocimiento de la actividad y del funcionamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 413

RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVO

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

1 Introducción

El área de Recursos Humanos está compuesta por áreas o servicios, los cuales están en coordinación con las Gerencias de Atención Especializada y Primaria. Una de las principales funciones y objetivos más destacados de este departamento, es garantizar la eficiente gestión de los recursos humanos y de los procedimientos administrativos relacionados con el personal sanitario, como la contratación y la gestión de personal, la promoción de la salud, la formación del personal y la relación con organizaciones sindicales.

El área de Recursos Humanos tiene una valiosa función y es de suma importancia dentro de las instituciones sanitarias. Este departamento juega un papel muy

valioso y orientado a la formación y construcción del equipo humano de profesionales que forman parte de un centro sanitario.

Es una de las áreas más fundamental e importante, ya que el recurso clave de la institución es su personal. Para un buen resultado de los objetivos propuestos, es necesaria una buena gestión de este departamento para poder desarrollar el talento de sus miembros y conseguir los objetivos marcados.

El área de recursos humanos es el responsable de la gestión y organización de los recursos humanos, y se encuentra formado por un conjunto de personas que se organizan para conseguir los siguientes objetivos: seleccionar y formar a las personas que la institución necesita, proporcionar a los trabajadores los medios necesarios para que puedan ejercer su trabajo e intentar que el trabajador satisfaga sus necesidades laborales.

2 Objetivos

- Describir procedimientos llevados a cabo en Recursos Humanos de un hospital, a cargo del Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Auxiliares Administrativos desarrollan unas funciones muy importantes dentro de la organización del entorno sanitario en los hospitales, atienden al público tanto de manera presencial como telefónica, preparan y tratan los datos de los pacientes, tramitan y organizan los expedientes, gestionan las citas y son encargados de realizar otras tareas administrativas. Esta atención debe de prestarse de manera segura, eficaz, ágil y adaptada a las necesidades del usuario, tanto en la atención telefónica como en la atención presencial, que se realiza a través de medios telefónicos o telemáticos.

Además de todo lo anterior expuesto, el auxiliar administrativo responsable del departamento de recursos humanos, debe saber gestionar e interpretar la documentación de los aspirantes a los distintos puestos de trabajo.

Tras convocarse una oferta de trabajo, una vez seleccionado el candidato habrá que cubrirla, el auxiliar administrativo verificará toda la documentación necesaria para formalizar el correspondiente alta en la Seguridad Social del profesional contratado. En caso de que faltara documentación, se pondrá en contacto con él, requiriendo su presencia en el servicio de Recursos Humanos para registrar la documentación necesaria.

De manera previa a su incorporación al puesto de trabajo, el auxiliar administrativo procederá a realizar el trámite de alta en la Seguridad Social del trabajador seleccionado. En la página Web de la Seguridad Social, a través del Sistema Red de la Seguridad Social, se puede realizar este trámite, para lo que este profesional deberá conocer, entre otros, los siguientes datos: el NAFSS (Número de Afiliación de la Seguridad Social) del trabajador, su n.º del DNI, categoría profesional, tipo de contrato de trabajo, duración y Código de Cuenta de Cotización en el que se le va a incluir. El trámite de alta en la Seguridad Social es inmediato, y tras la formalización del mismo, el auxiliar administrativo dispone de 10 días para formalizar y registrar el correspondiente contrato de trabajo ofertado al candidato.

Existen diferentes tipos de contrato, (Interinidad, Eventual, Prácticas...) que el auxiliar administrativo debe conocer y saber cumplimentar. Una vez formalizado el contrato, el candidato será nuevamente localizado para requerir su presencia a fin de firmar, no solo el contrato de trabajo, sino toda la documentación inherente a su incorporación, como la correspondiente a la prevención de riesgos laborales. Otra forma de establecer contacto con el candidato que ya está incorporado a su puesto de trabajo, sería a través del envío de correo interno por el sistema valija del hospital. Consiste en el uso de unos sobres normalmente de color marrón, que contienen en su exterior dos espacios para incluir leyendas; un espacio dedicado a quien va dirigida la documentación y el departamento del cual procede, y otro espacio dedicado a escribir el destinatario y el departamento en el que se encuentra. La documentación que queremos hacer llegar al candidato se incluye dentro de este sobre, que de manera diaria se reparte como correo interno de la organización.

Tras el correspondiente alta del candidato y la formalización y registro de su contrato de trabajo; y de manera mensual, se generarán otros dos documentos:

-Nóminas y Seguros Sociales. De la confección de la nómina mensual, con los

conceptos salariales en función de la categoría profesional, turno de trabajo y número de días trabajados.

- Se generará el Seguro Social con las Bases de Cotización por Contingencias Comunes y Profesionales del trabajador.

A la finalización del contrato de trabajo ofertado al candidato, el auxiliar administrativo deberá nuevamente ponerse en contacto con el trabajador contratado a fin de comunicarle la extinción de la relación laboral.

Tramitará su baja en la Seguridad Social, procederá al cálculo de su finiquito y liquidación de haberes, y enviará el Certificado de Empresa con los últimos 180 días de cotización al Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), a fin de que el trabajador pueda tramitar la prestación que pudiera corresponderle tras la extinción de su contrato de trabajo.

El departamento de Recursos Humanos organiza cursos de formación para garantizar el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades del personal. Además, es el encargado de resolver los problemas laborales con reuniones con los representantes sindicales, con el fin de resolver cualquier conflicto.

Recursos Humanos también desempeña un papel fundamental en las políticas de prevención de riesgos laborales, implantando medidas de seguridad y garantizando el cumplimiento de las normas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen, los Recursos Humanos al servicio de salud, son todas las personas, de distintas profesiones y ocupaciones, que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población.

Este equipo puede incluir a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, técnicos de atención al paciente, celadores, farmacéuticos, dietistas y a otras profesionales de cuidados para la salud.

Uno de los recursos más importantes de una institución sanitaria, es el factor humano, y parte de su excelencia como organización está directamente relacionada con la gestión y el buen uso que se haga de este capital humano.

El auxiliar administrativo al servicio del área de Recursos Humanos, desarrolla una tarea de gran responsabilidad, por lo que debe estar constantemente formado en normativa y legislación laboral. Debe conocer los programas y plataformas que se manejan diariamente, el Sistema Red, la plataforma Contrat@, Certific@, la confección de nóminas, los catálogos de contratos de trabajo y sus características, etc.

Por otro lado, dado gran parte de su trabajo consiste en comunicarse de manera diaria con personal candidato a los puestos ofertados por la institución, se requiere que este profesional practique la escucha activa y muestre empatía con su interlocutor a fin de obtener una efectiva y productiva comunicación.

Concluimos con que estos profesionales deben de tratar la información utilizando los medios informáticos necesarios para que dicha información esté siempre disponible de manera eficiente, y observando en todo momento la Ley de Protección de Datos, dado el alto nivel de protección de la información que se maneja.

6 Bibliografía

1. <https://www.talentsalud.es/>.
2. <https://www.cuidatudinero.com/>.
3. <https://www.eoi.es/blogs/>.
4. <https://www.observatoriorh.org/>.
5. <https://revistamedica.com/>.

Capítulo 414

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES QUE PUEDE SUFRIR EN UN CENTRO SANITARIO

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES

1 Introducción

Los riesgos o accidentes en el trabajo surgieron a la par que fueron creándose dichos puestos. Estos evolucionaron y se adaptaron al entorno específico de cada tipo de trabajo, en este contexto el de auxiliar administrativo en un centro de salud. En realidad, sin embargo, sus criterios establecidos solo aparecieron hace algunas décadas, cuando surgió el reconocimiento del trabajo en todos sus aspectos y la protección del trabajador y su salud, tanto mental como física. A pesar de las medidas de protección creadas desde entonces, persisten los riesgos laborales, cuyo origen sea siempre en lo que se refiere a la jornada laboral, que tienen consecuencias negativas para el bienestar del trabajador. En referencia a lo anterior,

los riesgos laborales que afectan la vida del trabajador son múltiples y tienen distintos inicios dependiendo del tipo de labor que realice el auxiliar administrativo, por ejemplo, cuando se encuentra frente a una computadora por largas horas podrá notar fatiga visual, escozor de ojos etc. y si en el desempeño de sus labores administrativas se encuentra solo durante su realización también podrá sentirse solo, aburrido etc. En este sentido, los llamados componentes psicosociales han ganado importancia desde hace unos años. Tiene que ver con varios puntos: la composición organizativa, el clima de trabajo, la colaboración, el liderazgo, etc. La forma en que se desarrollan estos puntos desencadena sentimientos de logro y desarrollo personal en el empleado, o tensión y estrés crónico. En nuestro capítulo, consideramos cómo los riesgos psicosociales afectan la salud de los auxiliares administrativos en el sector de la salud.

2 Objetivos

- Describir qué efectos pueden producir los riesgos psicosociales en el ámbito laboral del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La exposición continua a los riesgos psicosociales tienen diversos efectos sobre la salud de los auxiliares administrativos. Entre otras cosas, algunos de estos riesgos los describiremos a continuación:

A. Riesgos Psicológicos. Uno de los impactos más importantes en el día del trabajo del auxiliar administrativo es la aparición de estrés, debido al trabajo a realizar por este personal y la capacidad para realizarlo, la mala interacción del trabajo a realizar con la capacidad para realizarlo puede generar estrés. El estrés diario constante dará lugar a la ansiedad, lo que puede conducir al "síndrome de

burnout” (quemarse), lo que conducirá a la tristeza emocional, baja autoestima y disminución del rendimiento en el trabajo.

B. Riesgos físicos. La exposición continua a los componentes de los riesgos psicosociales y laborales puede causar patología a nivel de salud física. La mayoría de las veces, el daño físico vendrá por el daño psicológico, porque la mente funciona completamente en relación y consonancia con el cuerpo humano, de esta manera, problemas cardiovasculares y/o endocrinos, fatiga o cansancio extremo, tienen la posibilidad de surgir o incluso agravarse debido a la exposición a los componentes psicosociales.

Por ello, es prioritario priorizar el tratamiento y procedimientos de los daños psicosociales que puedan sufrir los auxiliares administrativos en salud, a través de la implementación de medidas como pausas de ocio en el trabajo, cursos de formación a cargo de la empresa, incluso en el ámbito laboral y a título privado. Los auxiliares administrativos pueden adquirir hábitos saludables como hacer ejercicio físico, tratar de alejarse de hábitos nocivos para la salud, descansar 8 horas por la noche, etc., lo que por supuesto ayuda a minimizar los peligros psicosociales del sufrimiento en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra conclusión personal sobre este tema a tratar podemos decir que los riesgos psicosociales a los que está expuesto un auxiliar administrativo en su trabajo, podrán o van a influir tanto a corto como a largo plazo en su vida privada y familiar.

El estrés sufrido en el entorno al final se lo llevará a casa y afectará negativamente en su comportamiento, en su descanso, en sus relaciones sociales, etc. pues le será muy difícil desconectar o separar sus problemas laborales de su vida privada.

Estos riesgos afectarán a su rendimiento laboral, lo cual afectará al resto del personal sanitario o no sanitario que trabaje en su entorno, pues la coordinación entre todos ellos es fundamental para el buen desarrollo y fluidez de trabajo del centro u hospital.

Hay que darle más visibilidad a estos riesgos, pues diariamente lo sufren miles de personas en sus trabajos, y sobre todo hay que tomar más medidas al respecto para poder prevenirlos y no llegar a sufrirlos.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 415

SALUD AMBIENTAL

IZASKUN LOPEZ REDONDO

1 Introducción

Un medio ambiente limpio es esencial para la salud y el bienestar de las personas. La salud ambiental incluye todos los factores físicos, químicos y biológicos externos a los humanos, en otras palabras, incluye los factores ambientales que pueden afectar la salud; se basan en la prevención de enfermedades y la creación de un ambiente saludable. Con los indicadores de salud: la esperanza de vida, la mortalidad, estudiando las personas que enferman en un mismo lugar y período de tiempo en relación con el total de la población, los hábitos y estilo de vida nos ayudan a estudiar y a cuantificar los problemas de salud según su distribución geográfica, así hemos logrado que nuestra esperanza de vida casi se haya duplicado en el último siglo, en gran parte es porque tenemos agua limpia para beber. Sin embargo, la contaminación de ciertas partes del medio ambiente, como el aire, el agua o el suelo, puede causar problemas de salud. Por ejemplo, los ataques de asma pueden ser provocados por contaminantes y otras sustancias químicas en el aire y en el hogar.

Otros son causados por actividades humanas, como el envenenamiento por plomo en las pinturas o la exposición al amianto o al mercurio, por su uso en la minería y la industria.

2 Objetivos

Explicar cuestiones básicas de la salud ambiental.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliografía en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de salud ambiental, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, medio ambiente, riesgos ambientales, factores determinantes en la salud.

4 Resultados

La salud ambiental se ocupa de la evaluación, el control y la corrección de los factores que afectan negativamente a la salud humana. Así, el concepto de salud ambiental está íntimamente relacionado con el control de la contaminación.

Los aspectos multidisciplinarios de los fundamentos de la salud ambiental son los siguientes:

¿Cómo afectan los factores ambientales a la salud?

Cómo la situación ambiental actual está cambiando los valores de los riesgos para la salud y las respuestas a los eventos en el entorno humano, la pobreza, el rápido crecimiento y las bajas cifras en algunos países mantienen una mala calidad de vida buena. Algunos de los factores ambientales que inciden en la salud son: agua potable e higiene, hábitat, contaminación ambiental, uso de productos químicos domésticos y materiales peligrosos.

Mientras que en algunas de las tendencias ambientales que afectan la salud se encuentran: patrones de población y asentamiento; pobreza y atraso; aumentar el uso de los recursos; políticas macroeconómicas; Tendencias transfronterizas, falta de justicia social. Por ejemplo, una fábrica que emite grandes cantidades de gases tóxicos y desechos industriales que contaminan el agua es un problema de salud ambiental porque puede causar desde envenenamiento hasta una mayor incidencia de ciertas enfermedades, un tipo de cáncer en los hombres.

La salud ambiental también tiene en cuenta el punto de vista de la salud, por ejemplo: Control de suministro de agua, verificar el calendario de vacunación del niño, inspección del sistema de alcantarillado, observar la higiene en la comunidad o en el lugar de trabajo.

Hay 3 grupos principales que afectan a los factores ambientales que son los siguientes:

Elementos físicos se diferencian según: Los factores atmosféricos son aquellos relacionados con la calidad del aire y el cambio climático que afectan nuestro estado de ánimo y salud física. Por ejemplo, dolores de huesos provocados por la

humedad o enfermedades respiratorias y alergias provocadas por cambios bruscos de temperatura.

Elemento de hierro: estos son los elementos comunes de nuestro planeta, como el sol, la luna y los elementos del cometa circundante. Estos factores influyen en las condiciones ambientales y, por lo tanto, afectan la salud ambiental. Otros factores: como los derivados del uso de equipos eléctricos o informáticos, maquinaria industrial, acceso a la electricidad, acceso a agua potable, dietas variadas o la posibilidad de ir a la escuela.

Agentes químicos: Son los agentes que afectan regularmente la salud ambiental porque están presentes en el aire, el agua y en los productos de uso cotidiano y pueden ingresar al organismo a través del sistema respiratorio, del sistema digestivo o en contacto directo con la piel o las mucosas. Los elementos pueden estar solos o en combinación con otros factores. Entre estos elementos se pueden encontrar metales o no metales, sólidos o líquidos, algunos de los cuales son elementos inorgánicos de origen natural como el mercurio o el plomo y pueden ser inhalados, ingeridos o absorbidos, como los abrasivos o herbicidas utilizados en la agricultura. Factores biológicos: Estos agentes incluyen bacterias, virus, parásitos (unicelulares o pluricelulares y sus toxinas), micoplasmas, levaduras, micotoxinas, plantas y alérgenos de origen biológico.

5 Discusión-Conclusión

El medio ambiente puede causar cambios en su salud. El ruido, la contaminación, la calidad del agua o un aumento de sustancias químicas en su vida pueden empeorar su cuerpo. La Epidemiología es la ciencia que estudia la relación entre las enfermedades que afectan al ser humano y a los factores sociales y ambientales. Que las pueden provocar o favorecer. Hay enfermedades transmisibles; por contacto directo y por contacto indirecto a través del aire, alimentos, contacto con superficies... por eso la vacunación es una importante herramienta para generar inmunidad contra una enfermedad.

Los determinantes de la salud para garantizar una comunidad saludable son: la calidad del aire, seguridad química, cambio climático y salud, enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores

Enfermedades no transmisibles, atención primaria en salud, determinantes sociales de la salud y agua y saneamiento.

6 Bibliografía

Ministerio de Sanidad

Ludevid- Angalada M 1998. El cambio global en el medio ambiente. Introducción a sus causas humanas. Alfaomega grupo editor 332pp

Cantú Martínez PC 1992 contaminación ambiental. Ed. Diana 80pp

Garza -Almanza V. 1997. Salud y ambiente en el desarrollo sostenible. Ambiente sin fronteras Vol. 1No /12 .

Frenk J. 1993. la salud de la población. Hacia una nueva salud pública.

Capítulo 416

INFORMACION, COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A.

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

SONIA PARRILLA ARENAS

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

MANUEL VEGAS RAMOS

1 Introducción

Una de las funciones del auxiliar administrativo es organizar y mantener registro y documentos importantes de manera ordenada y accesible para facilitar la recuperación de la información. Otra área muy importante del auxiliar administrativo es coordinar la comunicación tanto entre los profesionales como entre los pacientes y profesionales, asegurándose que los mensajes lleguen de forma adecuada y veraz al destino.

A lo largo de los años, se ha utilizado la comunicación para dar información a los pacientes, pero cada vez más se le da más importancia al acercamiento con las personas. Mostrando empatía con sus necesidades, tratando de dar un servicio ágil, teniendo una comunicación clara, fluida y concisa, en definitiva siendo resolutivos y sensibles en las tareas de la información.

La atención personalizada es uno de los aspectos más valorados de los usuarios en sanidad. El auxiliar administrativo debe seguir unos procedimientos establecidos de forma específica y detallada. Escuchar a los pacientes es una de las acciones más valiosas en cuanto a la comunicación, porque te dará información sobre qué buscan los pacientes, los problemas a los que se enfrentan, las quejas sobre las deficiencias del sistema y más. Esta información ayudará a reconocer las fortalezas, debilidades en aras de una mejora continua.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la atención al ciudadano por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva y sistemática sobre la literatura científica existente.

Como criterios de inclusión, se han seleccionado artículos de relevancia publicados en los últimos años.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo y sólo se han incluido artículos procedentes de publicaciones revisadas.

4 Resultados

Para una atención de calidad, desde el puesto de auxiliar administrativo proporcionaremos un servicio al paciente amable y atento, brindando asistencia en la medida de lo posible y canalizando las inquietudes o necesidades del paciente al personal adecuado. El auxiliar administrativo tiene que colaborar activamente con otros miembros del equipo de atención médica para asegurarse de una atención oportuna y coordinada. Una formación continua del auxiliar administrativo le permitirá mantenerse actualizado sobre las políticas, regulaciones y procedimientos sobre la atención administrativa y buscar oportunidades para mejorar las habilidades.

Utilizar eficazmente los recursos, como salas de espera y personal de apoyo, va a permitir una atención más eficiente y minimizar los tiempos de espera. Además, ha de contar con el personal suficiente en el área de auxiliar administrativo dará soporte para garantizar un servicio adecuado. Se debe implantar un sistema de

información interdepartamental con un feedback de la información de manera sistematizada porque esto ayuda a mejorar la perfección en la ejecución de tareas. Es importante incluir metas y actividades dentro de unos planes de acción que impacten positivamente en los pacientes, garantizando el ejercicio de sus derechos, va a repercutir sin duda en una mejora del servicio de atención al ciudadano. Desarrollar un plan de mejora continua, partiendo de un diagnóstico y con un trazado claro, visualizando los resultados que se quieran obtener, se puede conseguir a través de un plan de mejora bien definido. Los objetivos deben ser revisados periódicamente, encaminados siempre a la satisfacción con el paciente. Los avances en la tecnología hacen que los procesos de comunicación también vayan cambiando y que el auxiliar administrativo se dirige a un público muy heterogéneo, la labor del auxiliar administrativo es dar cobertura a toda la población sin ser sesgada por razones de edad, intelectuales o económicas.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es generalmente el primer punto de contacto entre el paciente y el sistema de atención médica. La impresión que dejen en el paciente puede influir en su percepción general de la calidad de la atención. Su labor es esencial para garantizar una experiencia positiva en los pacientes en el sistema sanitario. Contribuye de forma notable a la eficiencia operativa y al mantenimiento de los estándares éticos y de confidencialidad en el cuidado de la salud. Se deben diseñar unas estrategias orientadas en la satisfacción del usuario que ayuden a fortalecer el proceso y que mejoren la relación con el ciudadano.

6 Bibliografía

1. Seguridad del Paciente, Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Charles Vincent y René Amalberti.
2. R.D. 521/1987 sobre organización hospitalaria- disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1987-9351>.
3. Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-4997-consolidado.pdf>.
4. Morilla, I. Agresiones en Sanidad Una aproximación a las causas y medidas de prevención. [En línea].Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2015/agresiones-ensanidad-aproximacion-causas-medidas-prevencion> [Consultado el 28 de septiembre de 2020].

Capítulo 417

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

1 Introducción

La atención primaria es la base de todo nuestro sistema de salud. Encuadra los servicios de consultas externas general, atención dental, estudios de laboratorio y radiografías simples.

La atención primaria incluye a toda la sociedad, su objetivo es garantizar la cobertura médica a todos los usuarios, con una atención centrada en los pacientes, es un proceso continuo que va desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Garantiza una atención integral y continuada a lo largo de toda la vida del paciente.

En los centros de atención primaria se pueden realizar funciones de diagnóstico y tratamiento de paciente, promoción de la salud y prevención de enfermedades, atención domiciliaria, rehabilitación, atención continuada y urgente, vigilancia

epidemiológica, docencia e investigación y gestión y soporte y funcionamiento interno.

El Equipo de Atención Primaria (EAP) o también llamado Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) se considera el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. Es un equipo multidisciplinar, formado por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo. En la mayoría de los casos también se incluyen matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y farmacéuticos.

El trabajo del auxiliar administrativo en atención primaria se centra sobre todo en los centros de salud, da su apoyo administrativo además de su trabajo en la atención del paciente propiamente dicha.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en atención primaria.

Conocer las habilidades sociales y comunicativas que debe tener el auxiliar administrativo que presta sus servicios en atención primaria.

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 auxiliar administrativo en el centro de atención primaria es el encargado de la gestión de las citas, actualización de los datos del paciente, atención telefónica. Aparentemente son tareas sencilla y fáciles de realizar, pero la figura del auxiliar administrativo se hace imprescindible, lo que conlleva una gran carga de trabajo, un orden en las tareas, correcta gestión y muchas diversas tareas a su cargo.

Las tareas y/o funciones del auxiliar administrativo en atención primaria vienen determinadas en la Ley Orden de 1984 aún vigente, según esta ley, "los auxiliares administrativos se dedican a trabajos de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías y preparación y tratamiento de los datos informáticos".

Las funciones más destacadas en atención primaria del auxiliar administrativo son:

- Atención al público/paciente, atención telefónica.
- Utilización de fax, fotocopidora, etc.
- Elaboración y actualización de ficheros y archivos de los pacientes.
- Manejo del equipo informático y conocimiento en ofimática.
- Gestión y manejo de los programas utilizados para la gestión.
- Apoyo administrativo a la gestión.
- Registro, estadísticas.
- Gestión de citas, tanto presencial como telefónica.
- Tramitar correspondencia, entradas y salidas de documentos.
- Recepción de documentos internos y externos.
- Actualización de agendas médica.
- Orientar y ayudar a los pacientes dentro del centro sanitario, en ocasiones están desorientados o no saben dónde se encuentra la consulta a la que deben acudir.
- Afiliar a los pacientes que acuden por primera vez, actualización de datos.

El auxiliar administrativo debe tener ciertas aptitudes, habilidades sociales y competencias, ya que es el encargado de una gran cantidad de responsabilidades. Debe saber comunicar tanto con sus compañeros como jefes, además de con los pacientes que acuden al centro sanitario de forma eficaz y sencilla. Además, en muchas ocasiones se trabaja bajo presión, con lo que se hace necesario una buena gestión y recursos en habilidades sociales.

Ante todo lo expuesto anteriormente, se debe mencionar las capacidades que debe tener cualquier persona que quiera ser auxiliar administrativo en atención primaria o un centro sanitario:

- Amabilidad y cordialidad: la amabilidad siempre es necesaria y requerida.
- Empatía: no juzgar, saber escuchar, ponerse en el lugar del paciente, mantener la calma. Estas cualidades son necesarias para tratar con los pacientes, pero también para un buen trabajo en equipo con los compañeros.
- Honestidad: se trabaja con datos y documentos confidenciales, información sensible de la organización. Por lo que los auxiliares administrativos que manejan

esta información deber ser personas confiables y con una alta integridad.

- Tener iniciativa: Mostrar iniciativa, mostrar interés por aprender cosas nuevas y aumentar su experiencia laboral.
- Ser organizado: se trabaja con una gran cantidad de pacientes y se maneja mucha información, para una buena gestión es necesaria organización.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria es la base del sistema sanitario en España, la atención primaria encuadra a toda la población y garantiza la cobertura médica de todos los usuarios.

El auxiliar administrativo en atención primaria se focaliza en los centros de la salud sobre todo. Son los encargados de atender a los pacientes que llegan, dar citas, gestionar agendas, actualización de ficheros, apoyo administrativo a la gestión, entre otras muchas funciones. Es una figura muy importante en los centros de salud de nuestro sistema sanitario.

El auxiliar administrativo en atención primaria, al estar en contacto directo con los pacientes, además del equipo que forma el centro de salud, debe tener unas habilidades sociales y comunicativas que le ayuden en su día a día laboral, además de conocimientos informáticos y manejo de gestión.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>
2. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
3. <https://formacionalcala.es>

Capítulo 418

EL CELADOR Y SU PAPEL ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

1 Introducción

La población española es una de las que más ha envejecido en las últimas décadas; esto se debe a una combinación de factores, que incluyen una tasa de mortalidad muy baja entre las personas y una disminución en la tasa de natalidad provocada por una crisis económica y los avances en la medicina.

Debido a la vida más larga de los humanos, las enfermedades relacionadas con el envejecimiento como el Alzheimer y la demencia senil están en constante aumento.

Para que la estancia de los pacientes de edad avanzada en un centro hospitalario sea lo más cómoda posible, el celador debe desempeñar sus funciones dentro del servicio de geriatría hospitalario debe tener los conocimientos suficientes sobre el tratamiento y cuidados especiales que estos pacientes necesitan, así como empatía con ellos.

El celador es uno de los empleados más importantes en las instituciones de salud porque brindan atención médica adecuada a los pacientes de la tercera edad que necesitan ser hospitalizados, así como a los que ya han sido ingresados. También brindan movilidad continua, acomodan a los pacientes o ayudan a los auxiliares de enfermería con tareas diarias como limpiar a los pacientes, alimentarlos y atender todas sus necesidades o derivar preguntas a la persona adecuada.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones esenciales de un celador frente a un paciente geriátrico.

3 Metodología

Para profundizar en este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, se utilizó Scielo, Medline y Pubmed para consultar artículos, así como en Google.

4 Resultados

El tipo de paciente geriátrico es aquel que requiere de un adecuado cuidado psicológico y físico porque pueden vivir más que cualquier otro tipo de paciente y son más sensibles. Por ello, el celador ayudará a que su trabajo sea de mayor calidad, ya que, en algunos casos, el papel psicológico es crucial porque determina si un paciente cooperará o no, lo que hace que sea antes su restauración.

La única responsabilidad de un celador que atiende a estos pacientes es asistir al personal médico y brindarle servicios de apoyo, como por ejemplo asistir en ejercicios de rehabilitación a pacientes de edad avanzada que presentan ciertas secuelas o movilidad limitada. Los celadores que trabajan con estos pacientes no son responsables del diagnóstico de la enfermedad ni de gran parte de su tratamiento.

El celador necesita poseer una serie de habilidades, incluidas las siguientes, para poder trabajar en este tipo de unidades y servicios.

- Serán capaces de reconocer situaciones dolorosas en cualquier momento y actuar en consecuencia en el menor tiempo posible gracias a su capacidad para observar señales no verbales.

- Reconocer que cada paciente es muy diferente y que no todos pueden ser tratados de la misma manera, permitiéndoles analizar cada situación y determinar qué funciona para una persona en particular y qué no. Otros podrían no encontrarlo.
- Deben ser sensibles y trabajar duro para comprender cómo se siente la otra persona.
- No necesitan ocupar una posición extrema; en cambio, deben trabajar dentro de los límites de la gravedad y sus respectivas funciones, explicando en todo momento cómo moverse y realizando cada procedimiento de la manera más cómoda para el paciente tan acogedor como práctico.
- Incluso si el paciente no puede cooperar debido a su condición, deben ser considerados y respetuosos mientras cuidan siempre su lenguaje.

5 Discusión-Conclusión

Dado que estas enfermedades suelen ser muy frecuentes en pacientes de edad avanzada, el celador debe poseer y comprender algunos conocimientos fundamentales sobre estas enfermedades y este tipo de pacientes.

Sin embargo, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes geriátricos, los celadores deberían poner más énfasis y atención a este tipo de trastornos mentales, como la demencia o la depresión.

El ambiente se volverá más tranquilo, más agradable o más respetuoso con la capacitación adecuada del celador y la cooperación de todo el personal médico y no médico, lo que beneficiará más a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 419

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE FARMACIA

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

1 Introducción

El papel del celador, que se encuentra enmarcado dentro del personal no sanitario, toma una gran importancia para el correcto funcionamiento interno tanto de los servicios y áreas del centro hospitalario, así como en las inmediaciones, dependencias y en los distintos almacenes que se encuentran en el hospital.

Los celadores de farmacia desempeñan una serie de funciones diarias, siendo así un elemento clave en aspectos colaborativos y cooperativos con el resto de personal sanitario.

En este trabajo, se va a conocer las funciones y tareas que llevan a cabo los celadores en el almacén de farmacia.

Para la realización de este trabajo, se precisa atender a la Orden de 5 de julio de 1971, donde se integra al grupo establecido de los celadores, que forman parte del personal subalterno en la escala general, es decir, se establece que el celador

se guía en lo referido a las categorías y funciones explícitas en el estatuto de personal ni sanitario, cumpliendo así las funciones del artículo 14.

Por tanto, es necesario que la persona encarga del reparto, distribución y colocación del material sea una persona conocedora de todos los departamentos del centro hospitalario, permitiendo actuar con rapidez ante la llamada de alguna área o servicio.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en el almacén de farmacia.
- Conocer las tareas que desempeñan los celadores de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que llevan a cabo los celadores en el servicio del almacén de farmacia son las siguientes:

La persona celadora encargada del almacén de farmacia cumple funciones de reparto y colocación de material, instrumental, medicación sanitaria por todo el centro hospitalario. En este sentido, el celador debe ser una persona con amplia capacidad de conocimiento de las distintas ubicaciones del hospital, es decir, debe conocer a la perfección donde se encuentran cada una de las áreas o servicios.

El celador de farmacia lleva consigo un teléfono busca con el que está localizable en cualquier momento, por si de sus funciones se requiriese. Cuando el celador recibe la llamada de un servicio, acude al almacén, carga la medicación o instrumental que le ha sido dictado y lo lleva hasta el departamento con un carrito.

Si se precisa de la reposición de algún material sanitario dentro de la farmacia, es el celador quien debe hacer un inventario de stock, es decir, vigila para que no se produzca ningún desabastecimiento de ningún material sanitario.

Del mismo modo, los celadores de almacén deben conocer a la perfección el nombre científico y técnico de los medicamentos e instrumentales.

Por otro lado, el celador de farmacia también se encarga de recoger el material en exceso que pudiese encontrarse en las áreas o servicios. En este caso, el celador acude hasta las áreas con el carrito y lleva hasta el almacén dicha mercancía.

Una vez en el almacén, debe colocarlo de manera correcta, siguiendo el patrón de normas interno del almacén.

Además, el celador de almacén de farmacia debe procurar no se produzca ninguna escasez ni insuficiencia de materiales y medicación. Para ello, debe revisar con regularidad los estantes y el libro de registro de entrada y salida del material, para así, cuando se vaya a producir alguna escasez de los mismos, realizar una reposición.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto en el presente trabajo, se destaca las tareas y el papel del celador en el almacén de farmacia del centro hospitalario. El desempeño de sus funciones y tareas son de vital relevancia para el funcionamiento adecuado del centro hospitalario, ya que, sin su presencia, sería imposible la reposición de materiales y enseres sanitarios.

Por tanto, gracias al papel de los celadores en los centros hospitalarios y sobre todo, en el almacén de farmacia, se consigue ofrecer una calidad sanitaria eficaz y de calidad para todo tipo de paciente, cualquiera que sea el área en el que se encuentre.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la Unidad de Farmacia. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.
2. Farmacia hospitalaria. El papel del celador. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 420

EL CELADOR EN CONSULTAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

1 Introducción

El celador apoya a otros profesionales, como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc., en consultas externas, realizando funciones de apoyo. El celador debe estar a cargo de mantener el orden, asegurándose de que los pacientes y sus acompañantes sigan las reglas del centro, además de sus deberes regulares como abrir y cerrar las instalaciones.

Los servicios del celador podrán ser requeridos en las siguientes áreas:

1. Área asistencial: Para que los profesionales sanitarios puedan desempeñar correctamente sus funciones, deberá llevar a la consulta tanto la historia clínica de los pacientes (o cualquier otra documentación solicitada) como el equipamiento necesario. Debe ayudar a los pacientes que necesitan asistencia a llegar a la cita, vestirse y desvestirse, y subirse y bajarse de la mesa de exploración. El personal médico también debe ayudar en todas sus necesidades.

2. La responsabilidad organizativa del celador es garantizar que los registros médicos de los pacientes programados para ese día sean accesibles para el personal médico.
3. Configuración de la consulta: Es importante revisar los términos de la consulta tanto al iniciar como al finalizar la actividad diaria. Se debe examinar lo siguiente.
 - a) Ropa blanca: De la camilla.
 - b) Instrumentos de exploración.
 - c) Inspeccionar las sillas y camillas del centro.

2 Objetivos

- Conocer las responsabilidades del celador de consultas externa de un hospital y conocer la distribución del área de consulta externa 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

Las responsabilidades del celador en las consultas externas del hospital incluyen:

1. Es responsable de que el área de consulta externa esté en buen estado y mantener el orden en las dependencias.
2. Asegurarse de que los pacientes y sus familias actúen correctamente y no molesten a los demás asistentes.
3. Educación pública, se debe proporcionar a los usuarios toda la información necesaria, incluido el lugar, la fecha y la hora de las consultas.
4. Mover: a) Documentación: toda la documentación solicitada, incluidas las historias clínicas de los pacientes que tengan consultas ese día. b) Dispositivos: Todo el equipo médico necesario debe ser llevado a las consultas para permitirle realizar su trabajo. c) Mover objetos: moverá todos los objetos en las consultas son imprescindibles.
5. Los pacientes deberán ser trasladados cuando requieran asistencia a las consultas.

6. Se debe ayudar a los pacientes que no puedan hacerlo a vestirse, subir y bajar de la mesa de examen y realizar todas las demás tareas necesarias.
7. Deberá asistir al personal médico en la realización de intervenciones menores o curas cuando así lo solicite.
8. Deberán auxiliar a los técnicos especialistas en la elaboración de placas con materiales transportables.
9. Configuración de la consulta: debe asegurarse de que las consultas estén equipadas con todas las herramientas necesarias, incluido un carrito de tratamiento, talonarios de recetas, volantes, ropa limpia para la camilla y equipo.
10. Reemplace el material esterilizado por uno nuevo.
11. Para ahorrar tiempo a los trabajadores de la salud durante las búsquedas, se asegurará de que los registros médicos estén debidamente organizados y en el orden correcto.
12. El resto de los deberes generales de los celadores incluyen abrir y cerrar el edificio, alertar a sus superiores de cualquier daño y operar el guardia y el ascensor.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el trabajo de los celadores es fundamental para el funcionamiento eficiente del servicio después de observar todas las tareas que realizan en el área de consulta externa. Es crucial para el paciente, pueden acceder a la consulta, obtienen el apoyo que requieren, las consultas del hospital están en buen estado, tienen todo lo necesario para funcionar correctamente en este servicio, y no se olvidan de las tareas de apoyo para ellos.

Para que el servicio funcione de manera efectiva, el trabajo del celador en esta área debe estar coordinado con el trabajo de los demás, como es el personal sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 421

ALCANZAR LA EXCELENCIA PROFESIONAL POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

1 Introducción

Una persona es un buen profesional cuando realiza con destreza, con agilidad y responsabilidad la totalidad de su trabajo. Si hablamos de la excelencia profesional, entonces nos referimos a una entrega única a nuestra profesión, para ello debemos interiorizar las normas morales y éticas además de los mínimos legales que se está obligado a cumplir.

Debemos entender que la excelencia profesional va unida a la excelencia personal, no se puede ser un excelente profesional sin ser una excelente persona.

Ser un profesional excelente implica poseer unos conocimientos nuevos, actualizarlos y usarlos convenientemente en el momento más adecuado, además

aprovechando y haciendo uso de todos los recursos de los que se dispone. Para alcanzar esta excelencia en el ámbito laboral hay que dar más de nosotros mismos, hay que ofrecer más de lo que se necesita. La forma de involucrarte, el desempeño de tus funciones superará las expectativas, ya sea del paciente, de tus compañeros o jefes, ello generará lealtad y afinidad.

La excelencia profesional siempre va a estar relacionada con las características que sobresalen de esa persona. Pero para llegar a esa excelencia es necesaria disciplina para fortalecer, aumentar y enriquecer esos talentos propios, y es necesaria también determinación y decisión para experimentar y llevar a la práctica los procesos y experiencias que sí funcionan.

Llegar a la excelencia profesional es un camino que se sigue paso a paso, se alcanza a largo plazo y a través de la disciplina, encauzando hábitos, que aunque sean pequeños cambios, deben ser diarios y permanentes.

2 Objetivos

Conocer la diferencia entre ser un buen auxiliar administrativo y alcanzar la excelencia en tu puesto de trabajo.

Dar consejos para llegar a alcanzar la excelencia profesional en tu trabajo de auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo es una pieza clave en la accesibilidad en primera línea, todo parece más sencillo cuando la persona que atiende realmente presta atención, el auxiliar administrativo debe ser una persona cercana y que el paciente la

sienta como tal, además de ser capaz de dar respuesta a la demanda del usuario en el momento.

Para ser un buen auxiliar administrativo en sanidad, se necesita:

- Tener conocimientos en ofimática (procesador de textos, bases de cálculo, etc)
- Ser organizado, disciplinado.
- Tener capacidad de síntesis y saber priorizar.
- Saber trabajar en equipo y bajo presión.
- Conocer el manejo de las máquinas de una oficina, ordenadores, fax, fotocopidora.
- Habilidades comunicativas orales y escritas.
- Saber mostrar amabilidad y educación en las llamadas telefónicas.

Pero para alcanzar la excelencia en nuestro puesto de trabajo como auxiliar administrativo en el centro sanitario, además de lo anterior, es necesario adquirir otros recursos. El capital humano es el más importante en una empresa a la hora de alcanzar los objetivos. Una buena gestión de los recursos humanos en una empresa hará alcanzar la excelencia. En un profesional, para alcanzar la excelencia, se tiene que dar tres factores: el Saber, el Saber hacer y el Querer. Hay que tener en cuenta que el tercer factor, el querer, es directamente proporcional a la motivación que tiene el profesional.

El Saber habla del currículo propiamente dicho, de los conocimientos académicos del auxiliar administrativo.

El Saber hacer habla del talento del profesional, de los conocimientos prácticos, de las aptitudes de los trabajadores.

El Querer hacer es la motivación que tiene el trabajador, podría ser igual al buen hacer.

Un auxiliar administrativo será excelente laboralmente hablando cuando:

- Está orientado al paciente: busca la manera de cómo poder beneficiar su trabajo y ayudar a los usuarios.
- Busca soluciones y es efectivo en ello. Reacciona adecuadamente cuando surge algún contratiempo y se hace responsable.
- Es asertivo: sus habilidades sociales han adquirido un nivel alto, es capaz de decir "no" y para defender sus derechos no perjudica los derechos de los demás.
- Transmite confianza: se gana la confianza tanto entre sus compañeros de trabajo como con los pacientes y usuarios.
- Muestra disposición a colaborar: está abierto a escuchar nuevas ideas y ponerlas en práctica, aprender métodos nuevos, colaborar e implicarse con su equipo de

trabajo.

- Muestra ilusión por su trabajo y con su aptitud ayuda a sus compañeros a hacer lo mismo.
- Siempre está dispuesto a aprender.

Unos consejos para alcanzar la excelencia profesional son:

- Amplía tus contactos personales y profesionales: hay que rodearse de personas de las que se puede aprender cada día.
- Trabaja la asertividad, el trabajador excelente sabe cuáles son sus obligaciones, nadie tiene que estar pendiente para que las cumpla, pero también sabe cómo rechazar peticiones abusivas.
- Aprende a gestionar los conflictos, busca herramientas de resolución de conflictos, te va a ayudar mucho tanto en el trato con los pacientes como con tu equipo de trabajo.
- Comparte y organízate, comparte con tus compañeros las iniciativas que te surjan para mejorar, además de escuchar las iniciativas de los demás. Programa una rutina de trabajo.
- Utiliza lo que los japoneses llama Kaizen, es "intenta hacerlo hoy mejor que ayer, y mañana mejor que hoy", como hemos dicho, la excelencia se consigue día a día.
- Compromiso, empezando por uno mismo. Se necesita coherencia entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace.
- Responsabilidad, enfócate en hacer todo lo mejor que puedas.

5 Discusión-Conclusión

Alcanzar la excelencia profesional en el auxiliar administrativo es un trabajo diario y constante, cada día un pequeño cambio de hábitos para optimizar los resultados. Todos buscamos ser competentes en nuestro puesto de trabajo, mejorar día a día, y eso implica esfuerzo y dedicación.

Para llegar a la excelencia profesional en nuestro puesto de trabajo se debe aprender a asumir responsabilidades, esfuérzate por mejorar, siempre se puede avanzar más, toma nuevas iniciativas, evita caer en la rutina. Haz un poquito más de lo que se te pide, demuestra predisposición, aprende cosas nuevas. Ser proactivo, aporta ideas que ayuden a mejorar. Establece una buena comunicación con tus compañeros de trabajo. Acepta las críticas desde un punto de vista positivo que te ayude a mejorar.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695x2016000100009&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
2. <https://seaus.net/images/stories/pdf>
3. <https://saludequitativa.blogspot.com/seach?q=auxiliar+administrativo>

Capítulo 422

LA ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA EN LOS CENTROS SANITARIOS

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

1 Introducción

En la década de los 80, el modelo de la atención primaria, cambia su fórmula en cuanto a la organización del trabajo con el fin de mejorar la calidad del servicio y calidad a la hora de gestionar las citas y la atención al usuario. Para ello se establece un modelo de cita previa, ya no se puede acudir a la consulta de tu médico de cabecera sin haber solicitado antes una cita con él. Se implantan estrategias dirigidas a la optimización de las consultas que se atienden en atención primaria, una de ellas la gestión de las agendas de las consultas de las consultas con el objetivo de ser más eficientes y disciplinados en el trabajo, a la vez que se puede atender al paciente de forma óptima.

Para ello se establece un plan que consiste en organizar la cita y evaluar la actividad asistencial en el mismo momento en que se produce. Con la instauración del

sistema de cita previa, el usuario puede programar con antelación sus visitas al médico solicitando una hora de consulta, ya no tiene que ir y esperar su turno, va a la consulta con una hora de visita asignada.

De igual forma, el doctor encargado de esa consulta puede disponer de una agenda donde sabe con antelación los usuarios que va a atender en cada momento y consultar las historias clínicas pudiendo preparar cada consulta personalmente con antelación, al igual que reprogramar consultas a los pacientes.

Como consecuencia de todo esto, el paciente mejora el acceso a la atención primaria, aumentando la calidad del servicio y su organización. En todo este procedimiento es fundamental la labor del auxiliar administrativo, ya que se encarga de gestionar todo el proceso de gestión de agendas y citaciones.

2 Objetivos

- Conocer el actual sistema de citación y agendas que existe en la sanidad.
- Conocer la importancia de la labor del auxiliar administrativo en la gestión de agendas del personal sanitario en el centro de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La gestión e informatización y digitalización de las agendas permite clasificar las citas en función de las necesidades del paciente.

Algunas de las citas que nos podemos encontrar en una agenda de un médico de atención primaria son las siguientes:

- Demanda: cuando el paciente necesita una consulta presencial que puede programarse en el tiempo, no es necesaria la intervención en el momento. Esta consulta

es a solicitud del paciente y puede solicitarla bien por teléfono, on-line o en el propio centro de salud.

- Teleconsulta demanda: cuando el usuario necesita hablar con el médico y no necesita que la consulta sea presencial, solo necesita hablar con el doctor, no necesariamente debe o necesita una exploración. También son a petición del usuario y pueden solicitarla bien de carácter presencial, online o telefónicamente.
- Administrativa organizada: solicitud de receta. Debe solicitarla el paciente cuando se de cuenta que va a quedarse sin tratamiento, cuando se está acabando su medicamento, para que su médico le active la receta electrónica.
- Programada: este tipo de cita se da para visitas reguladas, que el médico pauta al paciente con carácter presencial.
- Teleconsulta programada: consultas programadas por el médico para hacer un seguimiento a un usuario, de carácter no presencial, es decir, telefónica. Posiblemente para saber si el tratamiento está funcionando, para ver cómo se encuentra después de alguna visita.
- Sintrom: control de sintrom a un paciente. El médico es el que se genera este tipo de consulta para el control del simtrom y pautar el mes siguiente.
- Domi-demanda: el paciente solicita una consulta de su médico a su domicilio, ya que no puede acudir al centro de salud por motivos de su situación personal. Este tipo de consultas son a petición del paciente, el médico habitualmente llama al paciente antes de desplazarse al domicilio para hacer una primera valoración.
- Domi-programada: el médico programa una consulta al domicilio del paciente, ya que previamente conoce la patología de este y considera que es necesario el desplazamiento a domicilio.
- Urgente: aquellas consultas que por la urgencia del proceso no pueden esperar a programarse en la agenda, no aparecen en la agenda de citaciones de esa consulta, pero acuden al centro de salud debido a la gravedad.

El auxiliar administrativo se encarga de abrir y gestionar todas estas agendas. De la citación de los pacientes, cambios de citas o consultas, reprogramación, bloqueo por petición del doctor, etc. Por ello es parte fundamental del sistema, ya que ayuda en la calidad y organización de los centros sanitarios y atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Con el sistema de cita previa se ha realizado un gran avance en la organización del sistema sanitario y un mayor control en la gestión de los centros sanitarios, esto

lleva a una disminución de la carga de trabajo del auxiliar administrativo, que ya sabe con antelación las consultas del día siguiente. Liberando en cierta medida el estrés laboral, la desmotivación, el agotamiento y demás riesgos psicosociales a los que está expuesto.

El auxiliar administrativo es el encargado de llevar a cabo una buena gestión de las agendas y por ende del sistema y el buen funcionamiento del centro sanitario. Actualmente, hoy en día, todos los pacientes conocen el sistema de citas que hay en atención primaria y también depende de ellos el correcto funcionamiento de los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Gestión de la demanda: agendas médicas de calidad de Atención Primaria. Disponible en www.elmedicointeractivo.com.
2. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Disponible en www.scielo.isciii.es.
3. Modelo de Innovación Organizacional de Atención Primaria. Organización asistencial www.fundacionsigno.com.
4. <https://congresosicepa.com/atencion-telefonica-centros-sanitarios>
5. <https://formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 423

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

RAUL VALERO GOMEZ

AMPARO TIRADO GALLEGO

1 Introducción

Las agresiones al personal de instituciones sanitarias, reflejan una conducta que busca causar un daño o intimidación con el fin de conseguir un objetivo o beneficio personal fuera de la normativa legal. Y a veces intervienen con estas actitudes incluso los familiares del usuario.

Cada día desgraciadamente son más las agresiones que sufren los médicos, enfermeros, celadores, personal de oficios y administración en general, y la sensación de vulnerabilidad es cada vez mayor.

El índice de agresividad ha aumentado de forma significativa y se estima que el 80% del personal de las instituciones sanitarias públicas ha sufrido algún tipo de agresión verbal o física.

Esta tendencia está generando una situación de malestar en los puestos de trabajo, mayor presión laboral y aumento del número de bajas laborales, siendo la inseguridad una de las causas de la insatisfacción profesional.

La confianza, el respeto y la tolerancia son valores indispensables para el ejercicio de una profesión que requiere un trato personal tan directo como es la atención

sanitaria, y estas actitudes deben prevalecer entre ambas partes. Si una de ellas no actúa en consecuencia, este equilibrio se pierde, rompiéndose la relación.

La ciudadanía exige mayor atención y, a veces, las esperas prolongadas generan impaciencia y nerviosismo.

En otros casos el paciente presiona al celador solicitando servicios que no le corresponden.

Estas conductas llevan a infravalorar la actuación del sanitario y a obviar la consideración hacia los conocimientos y experiencia profesionales.

Por otra parte, la repercusión mediática de las agresiones al personal sanitario son cada vez más notorias, sin destacarse las consecuencias jurídicas y penales para la persona agresora como es la ley orgánica 01/2015 de 30 de marzo del código penal, reflejada en el artículo 550, donde se amplían los funcionarios protegidos como autoridad pública a los sanitarios y docentes alegando que son actos de atentado los cometidos contra funcionarios públicos docentes o sanitarios que se hallen en el ejercicio de las funciones propias de su cargo o con ocasión de ellas.

Todo lo dicho puede referirse igualmente a los enfermos y pacientes ingresados en un centro sanitario.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo debe ser la actuación del celador ante las agresiones 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

Expuesto lo anterior diremos que las causas que mayoritariamente inician las agresiones son:

Tensión motivada por largas esperas, diagnósticos no previstos en el paciente, intento de conseguir medicamentos cuando realmente no los necesitan, estar bajo los efectos de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, resentimientos debidos a situaciones adversas del pasado.

Para prevenir una agresión y establecer las líneas generales de actuación frente a dicha agresión el personal sanitario establecerá en las zonas de mayor riesgo pautas o protocolos de seguridad, de forma que ante cualquier sospecha de una posible agresión se pueda solicitar ayuda al departamento de seguridad, mediadores sociales o bien dar directamente aviso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o policías.

Desde el Ministerio del Interior, se elaboró una serie de medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud, en la que se establece el protocolo de actuación común de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE) para la lucha contra las agresiones en este sector, conocer las situaciones en las que se pueden producir agresiones y establecer acciones para su prevención, así como la creación de la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario

Estos procedimientos los pondremos en marcha:

- Si observamos en las salas de espera o consulta a alguna persona alterada y dando voces; si tira las revistas al suelo o maltrata el mobiliario; si manifiesta claros signos de impaciencia; si altera con sus quejas a los demás usuarios.
- Si alguien se dirige de manera grosera al personal de la institución sanitaria. Si alguien profiere amenazas dirigidas a alguno de los profesionales del centro.
- Si vemos que alguien porta algún objeto contundente en situación amenazante, o si lleva algún arma.
- Si alguna persona se encuentra en estado ebrio o con signos de estar bajo los efectos de una droga.
- Si recibimos información sobre las intenciones de una persona agresora.
- Si detectamos a alguna persona con antecedentes por agresión

Las medidas de tipo técnico y organizativo más adecuadas para detectar y prevenir las agresiones son las siguientes:

- Circuitos cerrados de televisión (CCTV) en salas de espera.
- Mamparas de seguridad en puntos de información.
- Pulsadores anti-pánico en el teclado del ordenador o un botón instalado bajo la mesa.
- Carteles informativos en salas de espera y consultas, en los que se puedan leer el contenido de los artículos 550 y 551 del Código Penal (atentados contra la autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos).
- Que el mobiliario de la consulta se encuentre ubicado en una posición que per-

mita al personal sanitario salir de la estancia antes que la posible persona agresora.

- Es recomendable no tener encima de la mesa, ni en el resto de la consulta, objetos que por su tamaño y peso puedan ser usados como arma arrojadiza.

Con estas sencillas medidas preventivas minimizaremos el riesgo de que se produzcan agresiones, aunque debemos tener en cuenta que no las habremos eliminado totalmente.

Procedimientos de actuación.

- En primer lugar debemos relajarnos e intentar pensar en cómo dominar la situación, es importante que no se note que estamos nerviosos. Debemos actuar con determinación y tranquilidad.

- No se debe realizar ningún movimiento brusco.

- Es fundamental guardar una distancia de seguridad de un metro y medio y en ningún momento debemos darle la espalda.

- Nunca debemos quedarnos solos en la consulta si observamos un comportamiento extraño: hay que llamar a un compañero.

- No debemos mirarle fijamente a los ojos ni señalarle con el dedo, ya que es una gesto que se puede interpretar como una amenaza.

- Se debe mantener un estado de alerta, utilizando un tono de voz adecuado y exhibiendo una actitud serena que tienda a calmar la situación.

- No debemos discutir ni quitarle la razón, admitiremos nuestra culpa y la del centro, y trataremos de persuadirle para que deponga su actitud. No debemos responder a la amenaza de la misma manera.

- Informaremos al posible agresor/a de que si nos agrede, le serán de aplicación los artículos 550 y 551 del Código Penal, por lo que ya se han detenido y procesado a personas agresoras.

- Si intentan agredirnos pediremos auxilio en voz alta y deberemos salir lo más rápidamente de la consulta, habitación, despacho, dependencia, etc., antes que el agresor/a, cerrando la puerta y dejándole dentro hasta la llegada del personal de seguridad.

- Tras la agresión no debemos tocar ni mover ningún objeto, acordonaremos la zona hasta la llegada de los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o policías autonómicas.

- Cuando haya finalizado la crisis debemos tranquilizarnos e inmediatamente elaborar un informe de lo sucedido, incluyendo todos los detalles posibles y los nombres de los testigos. Este informe será una parte principal para la instrucción de diligencias de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o policías autonómicas.

Siempre se debe denunciar una agresión, aunque ésta sólo sea verbal.

5 Discusión-Conclusión

En el actual capítulo se han expuesto las causas que mayoritariamente que inician las agresiones, la normativa legal al respecto, medidas de tipo técnico más adecuadas para prevenirlas y los procedimientos de actuación más acertados una vez se produce tal actuación.

Si tenemos consciencia en nuestro quehacer diario como celadores y profesionales en el ámbito sanitario de las causas que originan las agresiones como los procedimientos a seguir una vez se produzcan será mucho más difícil que se den este tipo de eventos que tanto degradan al trabajador como al centro hospitalario, consiguiendo así un ambiente mas seguro para nosotros como celadores y demás profesionales así también como para los usuarios del sistema sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 424

EL CELADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA SATUE GABALDON

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

Es importante saber la diferencia entre una urgencia y una emergencia sanitaria. Una urgencia es una situación que no amenaza de forma inminente la vida de un enfermo, pero este debe ser atendido en no más de 24-48 horas. Una emergencia es una situación que implica riesgo vital para el paciente. La actuación debe ser inminente.

El servicio de urgencias de pediatría se divide en las siguientes áreas: triaje, box respiratorio, box de paradas, box de traumatología, box de medicina interna, observación y zona de rx.

El servicio de urgencia pediátrica deberá estar compuesto por todos los elementos necesarios para poder atender emergencias y urgencias que se den durante el turno de trabajo. Sus áreas son: admisión, sala de triaje, diferentes boxes, uno de ellos será específico de paradas, observación, baños y vestuarios.

Para llevar a cabo un buen trabajo y así poder sacar todas las urgencias del día, será necesario que todos los trabajadores del servicio estén unidos. En el servicio encontraremos los siguientes trabajadores: Médico especialista en pediatría, enfermeros, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, limpieza y administrativos.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones del celador en el servicio de urgencias 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

El celador es la primera persona en recibir al paciente en la zona de admisión de urgencias de pediatría. En la recepción del paciente, el celador será el encargado de acompañar a este a cualquier estudio o prueba diagnóstica que se vaya a realizar, así como poner al paciente en camilla o silla de ruedas si el estado de salud del niño lo precisa, bien sea para realizar cualquier estudio o para llegar al servicio de urgencia de pediatría.

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 (bata, guantes, calzas, gorro y mascarilla desechable) que se precisen, ya sea para evitar contagios a un paciente inmunodeprimido o para evitar su propio contagio con cualquier exposición (covid, hepatitis, varicela, ...)

Para llevar a cabo un buen turno de trabajo será de gran importancia la coordinación entre el celador, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los enfermeros del servicio, ya que no puede haber errores de actuación ante cualquier

situación de emergencia donde se deberá de mantener 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, esto deberá comprobarse también antes de hacer una prueba diagnóstica, o cualquier estudio que diga el facultativo, ya que es el celador el encargado de llevar los informes que se precisen y de acompañar al niño al servicio donde corresponda.

Si el celador tiene que manipular muestras biológicas, será de gran importancia que utilice guantes para evitar la contaminación propia.

5 Discusión-Conclusión

En este artículo se habla de la importancia que tiene el celador en el servicio de urgencias de pediatría junto a otros profesionales sanitarios. En caso de ser necesario y al estar en un servicio de alta contaminación, el celador deberá utilizar equipos de protección individuales (calzas, gorro o bata) 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 o las sujeciones de los pacientes pediátricos sin que estos sientan molestia o daño, ya que está totalmente cualificado para realizar estos movimientos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 425

CELADOR: CONOCIMIENTO DE LAS POSTURAS DE MOVILIZACIÓN

CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los celadores son las personas encargadas de la movilización y traslado de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Son las personas que reciben a los pacientes y les ofrecerán sillas de ruedas o camillas si fuera necesario para su mayor comodidad y garantizar el cómodo desplazamiento del paciente por el hospital.

Es importante que los celadores conozcan las formas de traslado de pacientes, así como las mejores técnicas de movilización para así también evitar tanto daños al paciente (lesiones en la piel, problemas de circulación o de digestión entre otros) como daños al propio celador (lesiones en la espalda o daños en las extremidades).

Una de las causas de bajas en el personal no sanitario son las lesiones por realizar mala movilización de pacientes, por ello es importante para evitar el absentismo, que los celadores sean conscientes de los perjuicios que puede tener para su salud inmediata y futura el realizar una mala movilización.

Para ayudar al celador en las técnicas de movilización se suelen emplear elementos mecánicos como grúas que facilitan la movilización de pacientes con dificultades de movilidad o pesados. Para el uso de estas máquinas se deberá formar debidamente al personal para evitar causarle mayores molestias al paciente.

2 Objetivos

- Indicar las principales posturas de movilización de los pacientes en la jornada laboral.
- Mencionar para que es adecuada cada postura para el paciente.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha buscado información en la base datos de Scielo y Pubmed donde hay multitud de documentación relativa al tema que se trata.

Así mismo se ha consultado con el servicio de prevención de Riesgos laborales de un hospital en referencia a la importancia de una buena movilización al paciente y de las consecuencias que tiene para los celadores el no hacerlo correctamente o sin ayuda de compañeros o de elementos de movilización mecánica.

4 Resultados

Cuando hablamos de movilización, no nos referimos exclusivamente al traslado de pacientes físicamente de un área del hospital a otra. También hace referencia al cambio de postura de los pacientes (por ejemplo para el aseo) o a la ayuda que necesitan para bajarse de la cama o sentarse en una silla.

Entre las posiciones de movilización más empleadas están:

- Decúbito supino: cuando el paciente está acostado sobre su propia espalda, con brazos y piernas extendidos. Es la postura más habitual para el traslado en camillas, o para operaciones quirúrgicas.
- Decúbito lateral: el paciente está acostado sobre uno de sus laterales con brazos y piernas levemente flexionados. Esta postura se emplea sobre todo para el aseo de pacientes, pero también para la administración de inyecciones intramusculares o para descansar la carga postural del paciente.
- Decúbito prono: el paciente reposa sobre el abdomen con brazos y piernas extendidos. Se emplea para exámenes lumbares o cambios posturales.
- Posición fowler: es la postura en la que el paciente esta semisentado con la cama articulada en 45 grados para garantizar una buena digestión y circulación, también facilita la entrada de aire en pulmones sobre todo en pacientes con EPOC o con problemas cardiacos.

- Posición de semiprono: esta posición está entre medias de la posición lateral y de cubito prono, el paciente está boca abajo pero ligeramente apoyado sobre el costado lateral. Las piernas deben estar ligeramente flexionadas para facilitar el apoyo lateral. Con esta postura se garantiza la apertura de las vías aéreas y se facilita la expulsión de mucosidad.
- Trendelemburg y antitrendelemburg: la primera es en la que el paciente está en una camilla en postura decúbito supino pero la camilla esta inclinada 45 grados con la cabeza más baja que los pies. La segunda es al revés, en posición de cubito supino, se inclina la camilla 45 grados pero la cabeza está más elevada que los pies. Mientras la primera se emplea en situaciones de lipotimias o facilita drenajes o la circulación, la segunda se emplea para intervenciones quirúrgicas en la zona de la cara.
- Postura de ginecología: el paciente se coloca decúbito supino al borde la cama y eleva los pies hasta los estribos. Es la técnica empleada para exploraciones ginecológicas o partos.
- -Genupectoral: es la postura adecuada para exámenes rectales o toma de muestras fecales. Consiste en que el paciente coloca las rodillas en la cama y estira el tronco hasta que los brazos le queden en posición de cruz para apoyar la cabeza.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión cabe mencionar que es muy importante que los celadores conozcan todas las posturas que puede necesitar un paciente de conformidad con lo que nos pida el personal sanitario o para la propia comodidad del paciente.

Para la movilización se tendrán en cuenta las cualidades del paciente y del propio personal, ya que no es lo mismo movilizar a un paciente más pesado o que el celador sea más bajo o de menos complexión que el paciente. Si es necesario se solicitará ayuda a los compañeros o se emplearán grúas y arneses aptos para estos movimientos. Con ello se pretende prevenir daños al paciente (caídas) y al celador (dolores lumbares o de extremidades por no actuar de forma diligente).

Por último señalar que los servicios de prevención de riesgos laborales atienden numerosos casos de lesiones lumbares en celadores por no realizar la movilidad de los pacientes de forma correcta, y se provocan lesiones en la espalda, cervicales, mareos, dolor de muñecas e incluso caídas durante la movilización.

6 Bibliografía

Celador: movilización y traslado de pacientes
-Técnicas de enfermería básicas

Capítulo 426

FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ROSARIO MORENO GALLETERO

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

1 Introducción

Las gestiones del personal administrativo en el desarrollo de sus funciones en el ámbito de la atención primaria, en concreto en el centro de salud, son múltiples y diversas. El personal administrativo/admisión es el primer contacto del paciente con el centro, en el caso que nos ocupa, la solicitud de atención telefónica es una de las opciones más frecuentes que los pacientes eligen para la gestión de sus demandas.

Normalmente, el primer contacto que tienen los pacientes con el centro sanitario suele ser de manera telefónica. Les es más fácil una llamada telefónica, en la que probablemente puedan resolver su duda. Posiblemente la solicitud de una cita

médica, o de enfermería, o cualquier consulta. Es posible siempre y cuando no sea requerida la presencialidad.

Es imprescindible una adecuada comunicación, el auxiliar administrativo debe facilitar al paciente que esto se produzca. Debe poseer habilidades sociales y comunicativas para una correcta gestión de las llamadas telefónicas de los pacientes. Esto ayudará tanto al trabajador en sus expresiones, regular su tono de voz, generar confianza y seguridad en el paciente, del mismo modo ayudará al paciente que está al otro lado del teléfono, para que pueda expresar y hacer llegar el mensaje con total seguridad y con confianza de que va a ser escuchado y se va a resolver su solicitud.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del personal administrativo, en particular, con la atención telefónica en el ámbito de la atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el desarrollo de las funciones del personal administrativo, una de las más frecuentes es atender de forma telefónica dudas que los demandantes plantean sobre diferentes conceptos.

1. El demandante solicita información sobre requisitos necesarios para solicitar la tarjeta sanitaria. Para poder dar una respuesta breve y sencilla, necesitamos hacerle algunas preguntas que nos permitan conocer la situación en la que se encuentra el solicitante, si quiere solicitar la tarjeta para un recién nacido, si es extranjero y dispone de pasaporte o NIE, o está en una situación irregular, etc. Dependiendo de este requisito, informaremos del documento de solicitud que

tiene que cumplimentar y la documentación necesaria que debe aportar para poder resolver su demanda.

2. Si la llamada está relacionada con la petición de información de cómo pedir una ambulancia. Daremos cita con su médico para que le haga la solicitud al Centro Coordinador de Transporte.

3. Solicitud de receta electrónica, el paciente llama para renovar recetas de medicación que se le ha terminado o está próxima a caducar. Se le facilita la primera cita en demanda telefónica (este punto dependerá de la organización de cada centro de salud) con su médico para que este le tramite la receta electrónica, avisando al paciente del día que dispondrá de ella en farmacia. Esto evita la ocupación de una hora de consulta presencial, con lo que conseguimos descongestionar las consultas médicas y así poder hacer uso de esos huecos de agenda para aquellas cuestiones que requieren una valoración diagnóstica por parte del profesional, en este caso concreto, médico de familia.

4. Demanda de cita presencial en consulta, el paciente, por medio de una llamada telefónica, pide información de cuándo puede acudir a consulta, médica, enfermería, etc. Ofreceremos el primer hueco disponible en la agenda o buscaremos el día concreto que el paciente reclame, en caso de ser esta la necesidad.

5. Otra consulta telefónica recurrente es la necesidad de información de cómo actuar, en el caso de tener que tramitar una baja laboral, la mayoría de las veces, nos encontramos que el paciente intenta contactar con el personal administrativo del centro, porque la primera cita disponible que le aparece en internet o se le ofrece desde el Call Center, es posterior a la fecha de renovación de su parte de baja. En esta situación buscaremos un hueco específico, según programación de cada Centro de Salud, para esta cuestión en la agenda médica, que no se demore más de cinco días laborables de la fecha límite de revisión del parte de baja.

6. Consulta telefónica exigiendo una consulta no demorable. En este caso, preguntaremos al paciente si está en condiciones de poder asistir a las urgencias presenciales del centro, en caso de que el Centro de Salud disponga de esta figura o, por el contrario, ser valorado en consulta urgente por su médico asignado o por reparto al que corresponda. En el caso de que el paciente manifieste su incapacidad para poder desplazarse al Centro de Salud, es muy importante, hacer las preguntas oportunas para poder, según la información aportada sobre su estado de salud, en el momento de hacer este tipo de consulta sin demora, registrar en la agenda médica de forma concisa, el motivo de la urgencia para que el profesional

puede diferenciar entre una urgencia que puede ser atendida durante la mañana o, por el contrario, requiere una visita a domicilio inmediata.

En toda consulta telefónica, es muy importante, verificar la identidad de la persona demandante para evitar posibles errores y confusiones de identidad de una persona con otra de similares o iguales apellidos, por lo que siempre debemos confirmar su fecha de nacimiento o DNI o cualquier otro dato que nos ayude en esta cuestión.

Ateniéndonos a la Ley de Protección de datos, no debemos facilitar cualquier tipo de información solicitada que consideremos confidencial sobre pacientes, que se nos pida de forma telefónica, ya que esta no nos permite verificar la identidad del interlocutor.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos la importancia que tiene el trabajo del personal administrativo en el desempeño de la atención telefónica.

Cómo debemos gestionar las consultas telefónicas, de forma ágil y eficaz, para facilitar el acceso a los servicios de Atención Primaria al demandante, evitando desplazamientos innecesarios a aquellos pacientes con dificultad para ello, pérdida de tiempo de su jornada laboral o personal, dando una solución cómoda y eficaz a sus dudas o necesidades.

Resumimos las gestiones más importantes que los pacientes pueden resolver de forma no presencial, favoreciendo la descongestión de las consultas médicas y de otros profesionales de la salud, como Enfermeras/os, Trabajadores Sociales, Matronas, etc. y cómo resolver y agilizar los trámites administrativos, aprovechando los recursos con los que contamos y simplificar en la medida de lo posible los trámites burocráticos.

6 Bibliografía

1. Se ha buscado información sobre el tema en los manuales sobre Tarjeta Sanitaria.
2. Se hace referencia a la Ley Orgánica de Protección de Datos y las Consultas Médicas (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal).

Capítulo 427

SEGURIDAD LÓGICA EN EL TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA ANTONIA ANTUÑA SUÁREZ

1 Introducción

Por seguridad lógica se entiende: la seguridad en el uso del software y en el acceso a los sistemas de información. La protección de datos, procesos y programas, así como el acceso ordenado y autorizado de los usuarios a la información.

Muchas de las actividades que se realizan en los países desarrollados dependen de los sistemas y redes informáticas. Servicios esenciales, como es la sanidad, no se quedan al margen (historia clínica digital, telemedicina, ...). La evolución de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en este ámbito se conoce como eSalud (1) (término equivalente al concepto de ciberespacio, pero referido exclusivamente a la salud).

Para regular todo este sistema existen dos tipos de normas: las que regulan todo el ciberespacio y las que regulan el uso del mismo.

En la seguridad de la información de la salud, en la que nos centraremos, es vital el factor humano a la hora de garantizarla. Agravada por el entorno abierto a internet, con continuas amenazas y en constante evolución; su seguridad se basa en un conjunto de medidas (administrativas, técnicas, legales, ...) para protegerla frente al uso, acceso, o divulgación no autorizadas.

La finalidad es proporcionar una información accesible sólo a usuarios autorizados (confidencialidad), que sea exacta y no se pueda modificar sin autorización (integridad) y que se disponga de ella en el momento necesario (disponibilidad).

La seguridad informática (medidas que impiden actuaciones no autorizadas sobre redes o sistemas informáticos, que pueden provocar una disminución del rendimiento de los equipos o bloquear el acceso de los usuarios a los mismos), lleva también implícita la seguridad de la información; ya que la falta de la primera puede provocar daños en la información comprometiendo la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma.

2 Objetivos

- Conocer las amenazas que pueden afectar a la privacidad y seguridad de la información de la salud, para clasificarlas y poder analizar sus consecuencias.
- Establecer una guía de medidas y recomendaciones, que incluyan pautas de actuación para los trabajadores que usan habitualmente estas herramientas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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: Google Académico, Scielo y Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito sanitario, con el manejo de gran cantidad de datos sensibles, la implantación de la historia clínica electrónica y el crecimiento de las Tecnologías de la información, unido a que en las organizaciones sanitarias no se emplean trabajadores con habilidades en dichas tecnologías y/o con formación en materias de seguridad; provoca que sea transcendental el estudio de las amenazas a la privacidad y seguridad de los datos personales manejados.

Aunque este análisis de la seguridad afecta a todo el personal sanitario, cobra especial importancia en el personal administrativo, por su constante trabajo con equipos informáticos y que pueden acceder a datos tanto de pacientes, como de otro personal.

Las principales amenazas a la privacidad y seguridad de los datos con las que nos podemos encontrar se pueden dividir en dos tipos:

1- Las provocadas por un acceso inadecuado del personal interno:

- una divulgación accidental por errores o descuidos no intencionados
- un acceso a datos por curiosidad o para sus propios fines abusando de sus privilegios
- un acceso a datos con ánimo de lucro

2- Las provocadas por un acceso de un externo:

- Que entra en la instalación física y fuerza el sistema.
- Que entra en la red del sistema desde el exterior (hacker), haciendo que la red no funcione.

Las consecuencias de estos actos en el centro de trabajo, son principalmente:

- Daños en la imagen del centro: provocando un impacto negativo en la imagen del mismo y una pérdida de confianza por parte de los usuarios.
- Daños legales: tanto económicos como administrativos. Impuestos por la Agencia Española de Protección de Datos.

Ante estas situaciones, para prevenir las posibles amenazas, se hace necesario establecer una guía de buenas prácticas y recomendaciones para los trabajadores que manejan datos personales:

- Formación: se debe definir una política de seguridad que deben conocer todos los trabajadores.
- Contraseñas: fortalecer su uso (ya que protege frente a accesos no autorizados). Establecer su composición, modificarla periódicamente, dónde guardarla, ...
- Uso certificado digital.
- Uso correo electrónico: no usar el personal, sino el corporativo.
- Precaución en el acceso a internet.
- Uso de dispositivos extraíbles: precaución por la posible entrada de virus.
- Uso de equipos: bloquear ordenador cuando se ausente con una contraseña, borrar documentos de la memoria de la impresora, tener especial cuidado con documentos o ficheros compartidos, ...
- No instalar software no relacionado con el puesto de trabajo.
- Conocer el protocolo de actuación ante incidencias de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo expuesto anteriormente se deduce que: para evitar las consecuencias, tanto legales como económicas, que se pueden producir por el mal uso de las herramientas informáticas por parte de los trabajadores de la salud; (así como

para garantizar la seguridad de la información) se hace necesario vigilar y mantener actualizados los hábitos de seguridad del personal con acceso a los sistemas informáticos de la organización sanitaria.

La formación en materia de seguridad y privacidad de los trabajadores es esencial para evitar errores que comprometan el sistema informático de la organización. Además, la formación es necesaria porque funciona como una forma de prevención, ya que cuando se produce una negligencia por parte de los trabajadores, es el centro de trabajo debe asumir las consecuencias de la misma.

Dado la rapidez con que evolucionan las tecnologías, la sensibilización y formación en el uso del software y en el acceso a los sistemas de información se hace muy necesaria. Es importante que el personal conozca sus obligaciones y responsabilidades y la organización debe controlar y supervisar su actividad, a la vez que le facilita los medios para evitar las amenazas en la seguridad.

6 Bibliografía

1. Seguridad en equipos informáticos. [Internet] [Consultado 4 sept 2023] Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=o6W6EAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=seguridad+logica++en+el+ambito+sanitario&ots=ZK7WQSe4z8&sig=Qod3R64FWyrT6BVULPuQeTAqlmU>
2. Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. [Internet] [Consultado 4 sept 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000067>
3. Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en el personal administrativo del hospital Víctor Lazarte de la ciudad de Trujillo [Internet] [Consultado 4 sept 2023] Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/4233/Tesis_prevalencia_trastornos%20musculoesquel%C3%A9ticos_administrativos_hospital%20V.Lazarte_Trujillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 428

LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO

MARIA ANTONIA ANTUÑA SUÁREZ

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) son lesiones inflamatorias o degenerativas que afectan a huesos, articulaciones, músculos, tendones y nervios. Su incremento en las últimas décadas constituye un problema de salud en los países industrializados y una de las primeras causas de absentismo laboral.

Los TME están entre los problemas de salud más comunes de la población y por los que más se va a las consultas de fisioterapeutas. La mayoría de los mismos son adquiridos en el ambiente laboral. En los países desarrollados, incluida España, se encuentran entre las lesiones más frecuentes que sufren los trabajadores, siendo la primera causa de discapacidad en todos los sectores y categorías.

El trabajo administrativo no se libra de esta situación, y por ende, el personal administrativo sanitario. El uso durante largo periodo de tiempo de ordenadores, manteniendo posturas forzadas y con movimientos repetitivos, además de otras tareas asociadas al puesto (como manipulación de material de oficina, por ejemplo) y las condiciones de los distintos lugares de trabajo, hacen que los trabajadores sean unos de los más propensos a sufrir estos trastornos musculoesqueléticos.

Los TME se deben a multitud de factores; no solo los riesgos ergonómicos que conocemos, sino que también influyen los diseños de los espacios de trabajo, la

falta de ayudas mecánicas, deficiencias en la gestión de los factores organizativos del trabajo (descansos, horarios, rotación de tareas. —).

Sus síntomas suelen ser dolor, fundamentalmente, y cierta alteración funcional; pudiendo pasar de una fatiga postural reversible, hasta síntomas irreversibles o crónicos. Lo que provoca la disminución de la capacidad funcional del trabajador. Se pretende reflejar cómo afectan estos trastornos concretamente al personal administrativo en el ámbito sanitario (sobre el que no hay muchos estudios concretos), determinando los TME más habituales y que requieren más demanda de atención.

2 Objetivos

- Aumentar el conocimiento de las causas que provocan los trastornos musculoesqueléticos.
- Establecer, una vez conocidas las mismas, medidas preventivas adecuadas para disminuirlas y pautas de actuación para prevenir trastornos futuros o más graves.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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: Google Académico, Scielo y Pumbed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el estudio realizado al personal administrativo del Hospital de Trujillo, (con al menos 5 años de antigüedad y sin patologías anteriores, sobre síntomas en 9 regiones diferentes) se ha podido constatar que los trastornos musculoesqueléticos más frecuentes entre dicho personal, corresponden a lesiones de cuello y espalda baja (un 39% y 32% respectivamente); probablemente por posturas forzadas y mantenidas en el tiempo. Seguidos a los anteriores estarían los trastornos de rodillas (16.67%) y espalda alta, muñecas y hombros, entre el 13% y el 11%. Otra de las conclusiones del estudio es que la incidencia de estos trastornos aumenta de forma paulatina con la edad, siendo en edades de 55 a 65 años del

48.89%. También destaca la mayor prevalencia en las mujeres (quizás también por su mayor presencia en el trabajo administrativo en el ámbito sanitario).

Uno de los principales factores de riesgo en estas lesiones de cuello y extremidades es el trabajo en posturas forzadas (no naturales y sostenidas en el tiempo) donde los músculos se contraen y soportan cargas mecánicas mayores. Si a esto unimos los movimientos repetitivos, que se realizan con una misma área corporal (generalmente miembros superiores) y aumentan con la frecuencia y que afectan a los mismos grupos musculares, aumentamos la probabilidad de sufrir estos TME.

Otros factores, que a veces no se tienen tanto en cuenta, y que también provocan estos trastornos, son los debidos al entorno de trabajo. Un diseño inadecuado del puesto de trabajo que obliga a mantener posturas forzadas. Incluso una temperatura excesivamente alta o baja, una iluminación insuficiente o niveles de ruido inadecuados pueden provocar una tensión corporal y dichas posturas, que a la larga desencadenan en los TME.

Por último, también influyen factores organizativos y psicosociales como: trabajo monótono, o a un ritmo elevado, con presión por exigencias de tiempos, falta de promoción,...

Todos los factores se pueden presentar de forma aislada, pero la combinación de varios de ellos hace que el riesgo de sufrir trastornos musculo esqueléticos sea mucho mayor.

Ante todas estas causas, se pueden establecer medidas de actuación preventivas (tanto por la empresa como por los trabajadores), siendo las principales:

- Dimensiones adecuadas del espacio de trabajo, uso de silla y mesa ergonómica, uso reposapiés, situación óptima de la pantalla, teclado, ratón, uso de reposamuñecas y portadocumentos (si es necesario): previenen lesiones provocadas por las posturas forzadas y mantenidas en el tiempo relacionadas con el trabajo en ordenador.
- Práctica de ejercicio físico, para liberar tensiones, mantener un tono muscular adecuado y prevenir alteraciones osteomusculares. También se pueden realizar ejercicios sencillos durante pausas en el trabajo como medidas preventivas.
- Informar al trabajador de la forma correcta de manipulación de cargas, para evitar lesiones lumbares.
- Situación óptima del mobiliario e iluminación adecuada, así como control del nivel de ruido y de la temperatura ambiental: se evita la fatiga visual, tensión en trabajo y estrés muscular.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente se deduce que las principales causas de las lesiones musculoesqueléticas que sufre el personal administrativo se producen por mantenimiento de posturas forzadas (no naturales) durante largos periodos de tiempo y por la realización de movimientos repetitivos también prolongados en el tiempo. Todo ello debido al trabajo habitual con ordenadores.

El establecimiento de medidas preventivas, tanto para evitar, como para disminuir la incidencia o gravedad de los TME se hace necesario, no sólo por la mejora en la calidad del trabajo, sino también porque se disminuiría el absentismo laboral y los gastos sanitarios y laborales que ello conlleva.

Una adecuada organización del trabajo, con un diseño de tareas claro y una formación e información previa del puesto de trabajo también ayuda a disminuir el estrés y como consecuencia la tensión y el dolor muscular.

Se recomienda a los trabajadores administrativos realizar pausas horarias cortas y frecuentes en el trabajo, en vez de largas y distanciadas, cambiando la postura (realizando estiramientos musculares) y relajando la vista. También es recomendable realizar alternancia de tareas, por ejemplo, tareas de trabajo en pantallas de ordenador con otras como el archivo, atención al público, telefónica, ...

Con todos estos conocimientos obtenidos se consiguen unos puestos de trabajo más seguros, a la vez que se aumenta la cultura preventiva y se logra mejorar la calidad de vida en el trabajo.

6 Bibliografía

1. Prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos. [Internet] [Consultado 5 sept 2023] Disponible en: https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf
2. Manual de seguridad y salud en oficinas. [Internet] [Consultado 5 sept 2023] Disponible en: https://www.usal.es/files/Manual_Seg_ySalud_Oficinas.pdf
3. Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en el personal administrativo del hospital Víctor Lazarte de la ciudad de Trujillo [Internet] [Consultado 4 sept 2023] Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/4233/Tesis_prevalencia_trastornos%20musculoesquel%C3%A9ticos_administrativos_hospital%20V.Lazarte_Trujillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 429

FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA, PARA LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRESENCIAL

ROSARIO MORENO GALLETERO

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

1 Introducción

Son muchas y diversas las funciones que recaen a cargo del personal administrativo en relación con la atención presencial a pacientes y familiares.

El personal administrativo es la primera persona a la que nos dirigimos cuando necesitamos realizar cualquier tipo de gestión.

Las cuestiones a resolver son diversas y de distinta índole, por ejemplo de carácter informativo, sobre horarios de consulta, disponibilidad de las mismas, ayuda sobre cómo tramitar distintas solicitudes, de ayuda por desplazamiento, de reembolso por gastos ortopédicos, etc.

Cada paciente es distinto y también la aptitud con la que afronta la situación que le obliga a acudir al Centro de Salud. Por lo tanto es fundamental tratarlos de forma individualizada y personal, dando a cada paciente lo que requiere en ese momento, y siendo la persona más importante en el momento de la atención. Hacer que sienta seguridad y generar confianza en él es parte de nuestro trabajo, con el fin de conseguir un trato de calidad en su atención y acogida.

En términos generales, de forma esquemática, estas funciones se pueden resumir del siguiente modo:

Aclarar las dudas y simplificar los trámites de solicitudes, retirada y entrega de documentación.

Facilitar la accesibilidad a las citas, buscando y ofreciendo el primer hueco disponible a la demanda de consulta profesional.

Evitar duplicidad de citas en consulta no necesarias.

2 Objetivos

- Explicar el procedimiento y la respuesta a las cuestiones más comunes que se plantean al personal administrativo en el desempeño de su trabajo en el Centro de Salud.
- Resaltar los derechos y deberes que tienen los usuarios de los servicios del sistema sanitario.
- Resaltar aquellas actitudes que el personal administrativo debe evitar en el trato con los usuarios que reclaman atención presencial en el Centro de Salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante que la persona que acude con una necesidad a su Centro de Salud, reciba una primera atención cordial y sincera por parte del personal administra-

tivo responsable.

- Saludamos cordialmente y preguntamos de qué forma podemos ayudarle.
- Si el usuario acude por motivos burocráticos, como puede ser recoger algún volante, informe o cualquier tipo de documento personal, debemos solicitar documentación que acredite su identidad o en caso de retirada de documentación clínica en nombre de otra persona, deberá ir acompañada de la autorización de la misma para su retirada, para preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.

En ocasiones esta situación ocasiona una mala acogida por parte del usuario reclamante, hay que explicar sin alterarnos de una forma clara que únicamente nos acogemos a la Ley de Protección de Datos y a la protección y privacidad del paciente.

- Cuando la solicitud es de información para tramitar ayudas por gastos de desplazamiento, prótesis, bucodentales, etc., o para hacer constar una reclamación o queja. Facilitaremos la solicitud pertinente e informaremos de que la debe de entregar cumplimentada y firmada por el solicitante o el paciente y de aquellos documentos que debe adjuntar a la misma. Una vez presentada la solicitud, procederemos a su registro, entregando copia al usuario con el número de registro correspondiente.

Otro trámite frecuente es la solicitud de la tarjeta sanitaria, informaremos de los requisitos necesarios dependiendo de la situación personal del solicitante y procederemos a su tramitación en caso de ser pertinente.

- A la petición de cita médica, enfermería matrona, etc. daremos el primer hueco de cita disponible.
- Si el paciente acude por una urgencia o consulta no demorable, haremos el registro en la agencia del médico de urgencias, si lo hay, o en el que corresponda, anotando de forma breve y concisa el motivo de la urgencia.

● Derechos

1. El respeto a su intimidad, personalidad a no ser discriminado por razones de raza, sexo o por cuestiones económicas, políticas, morales o ideológicas.
2. A ser informado sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre requisitos necesarios para su uso.
3. La confidencialidad de toda la información en relación a su proceso y estancia en cualquier institución sanitaria.
4. A poder usar las vías de reclamación y propuesta de sugerencias y a recibir contestación sobre las mismas en los plazos previstos.

5. A la libre elección de médico y los demás sanitarios de acuerdo a las disposiciones que se dicten y que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
6. La obtención de los medicamentos y productos sanitarios necesarios para promover, conservar y restablecer su salud, atendiendo a la reglamentación.
7. A la garantía de igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español.

- **Deberes**

1. Cuidar las instalaciones y respetar los espacios de naturaleza sanitaria comunes a toda la población.
2. Hacer un uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud.
3. Respetar los procedimientos de utilización de baja laboral, incapacidad, prestaciones, etc.

- **Por último debemos evitar aquellas actitudes por parte del personal administrativo que dificultan la comunicación:**

1. Presuponer y juzgar a las personas.
2. Buscar culpables en vez de resolver conflictos.
3. Dar rodeos, ocultar y mostrar dudas e inseguridades.
4. Mostrarnos fríos y distantes.
5. Creernos superiores y que lo sabemos todo.

5 Discusión-Conclusión

Una parte importante del buen funcionamiento del Centro de Salud recae en el correcto desempeño de las gestiones del personal administrativo. Es el primer eslabón en el equipo de Atención Primaria.

Se han comentado en este estudio las diferentes cuestiones que se pueden plantear y que dependen directamente de la gestión administrativa.

Resaltamos la importancia de analizar la respuesta que espera recibir el paciente del personal administrativo, orientarnos en sus peticiones y necesidades, saber tratarlo de la manera que precisa en el momento de la atención. De esta manera se sentirá satisfecho y el personal auxiliar administrativo también, sabiendo que se está tratando de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. Se ha buscado información sobre el tema en los manuales sobre Usuarios del Sistema Nacional del Salud.
2. Se hace referencia a la Ley Orgánica de Protección de Datos y las Consultas Médicas (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal).
3. Se hace referencia a la Ley 41/2002 de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 430

DOCUMENTACIÓN NECESARIA EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA PARA EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR.

ROSARIO MORENO GALLETERO

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

1 Introducción

Los importantes cambios que ha experimentado nuestra sociedad en los últimos años, debido principalmente a la gran afluencia de personas provenientes de distintos países, ha hecho necesario una reforma sanitaria que ha supuesto importantes modificaciones tanto en la organización del sistema sanitario, cómo en lo relativo al modelo de aseguramiento, en especial para el colectivo que representa la población extranjera, que dependiendo de su particular situación les sitúa en

una condición especialmente complicada para poder acceder a la asistencia sanitaria en nuestro país.

Esta reforma sanitaria ha sido muy polémica y discutida, desde distintos ámbitos han cuestionado las medidas aprobadas por considerarlas desproporcionadas por el elevado gasto sanitario que se deriva de ello, justificado en que se podrían haber estudiado otras alternativas menos gravosas, que precisen de menor inversión monetaria, desde el punto de vista de la salud de las personas interesadas, como para la salud pública en general de la sociedad y todo ello sumado a los problemas de saturación de las urgencias médicas, que actualmente se han colapsado por la desmesurada demanda de los inmigrantes que se encuentran en situación irregular para poder disfrutar de atención médica. Ya que en España, la sanidad está obligada al deber de socorro, debe atender a cualquier persona que requiera del servicio de urgencias.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los requisitos para la emisión de la tarjeta sanitaria para extranjeros en situación irregular que solicitan los auxiliares administrativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este trabajo se analizan y se resumen los documentos necesarios para la solicitud de la tarjeta sanitaria que precisan los auxiliares administrativos y la validez de la misma, dependiendo de la situación y condición de cada solicitante. Nos basaremos en el ámbito de aplicación de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, teniendo en cuenta que cada comunidad puede tener alguna variación sobre plazos y requisitos. En primer lugar, analizaremos aquellas personas que

por diversas circunstancias se encuentran en nuestro país en una situación irregular, los vamos a clasificar como O.T.A.

Personas extranjeras no registradas ni autorizadas a residir en España.

Requisitos necesarios para la solicitud:

1. Impreso de solicitud, en formato de papel, que puede recoger en su Centro de Salud o en formato electrónico a través de las vías telemáticas que facilita el Sescam (<http://Sescam.jccm.es>).
2. Documentación de identificación, pasaporte, visado, etc.
3. Acreditación de residencia en España por más de 3 meses (Certificado de empadronamiento o en su defecto, informe social favorable, emitido por un trabajador social).
4. El sistema asignará automáticamente un número de afiliación (NAF), atendiendo al tipo de aseguramiento que corresponda.
5. Validez de dos años.
6. Menores de 18 años también 2 años.
7. Las embarazadas su validez será durante el resto de embarazo y 6 semanas después del parto.

En este punto vamos a identificar los requisitos necesarios para la tramitación de TSI de los recién nacidos extranjeros con derecho a estar asegurados en el Instituto Nacional Seguridad Social (INSS).

Requisitos necesarios para la solicitud de altas:

1. Certificado de empadronamiento.
2. Documento que acredite el aseguramiento en la seguridad social.
3. NIE del padre/madre o tutor que le tenga como beneficiario (titular)
4. La validez será la del NIE del titular, si no tuviese la validez sería de 4 años.

Requisitos necesarios para la solicitud de renovación de menores extranjeros:

1. NIE que esté en vigor.
2. Si no tuviera NIE se renovará por la fecha que tuviera el titular, mantendremos la situación que aparezca en SNS. c) Altas y renovaciones para personas que son solicitantes de protección internacional.

Requisitos necesarios para la solicitud:

1. El resguardo de presentación de la solicitud de dicha protección internacional (impreso de color blanco) o documento que acredite la condición de solicitante en tramitación de protección internacional (impreso de color rojo).

2. El alta tendrá una validez hasta la fecha que ponga en el impreso blanco, prórroga 3 meses + ampliable a 3 meses más o la caducidad que haya en el impreso en rojo.
3. Certificado de empadronamiento.
4. No figuran como asegurados, el programa les va a asignar un NAF que va a comenzar por 80. d) Altas y renovaciones para personas manifestantes de voluntad de solicitud de protección internacional.
4. Su tramitación será igual a la de extranjeros irregulares (O.T.A).

5 Discusión-Conclusión

Nuestra Constitución Española defiende “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. En este capítulo lo que se pretende es dar información sobre requisitos y procedimientos para tramitar la tarjeta sanitaria a los ciudadanos de otras nacionalidades que se encuentran en nuestro país de forma irregular y que suelen precisar los auxiliares administrativos. También facilitar información que les permita arreglar su situación y tener acceso a una atención sanitaria digna e igual a la de cualquier ciudadano español. Además, es importante reducir e intentar acabar con las desigualdades entre personas que residen en Castilla-La Mancha, haciendo posible el poder gozar de una atención sanitaria pública de calidad y gratuita. El regular estas situaciones ayuda a descongestionar los servicios de urgencias, a los que puede acudir cualquier ciudadano, sin necesidad de tener una tarjeta sanitaria en vigor o su documentación regularizada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 431

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO

MIGUEL ÁNGEL ALCAIDE MOTA

1 Introducción

Se entiende como animalario a la localización física dentro de la institución sanitaria donde se encuentran ubicados los animales que son sometidos a proyectos de investigación. Cabe recordar que en los centros hospitalarios, además de proporcionar asistencia médica a los pacientes que lo necesitan, se realizan a actividades de docencia e investigación.

La investigación médica debe pasar por un largo periodo de investigación, para después realizar las pruebas pertinentes y poder comprobar la eficacia de los resultados obtenidos durante la investigación. Sin embargo, antes de realizar estudios y pruebas con seres humanos, se realizan una gran cantidad de experimentos con animales, de ahí la necesidad de un animalario en los centros hospitalarios donde se lleven a cabo proyectos de investigación.

Por norma general, las especies de animales más utilizados en los proyectos de investigación son: ratas de laboratorio, pequeños ratones, cobayas, hámsteres, conejos y en centros donde desarrollan grandes investigaciones, pueden llegar a utilizar animales de mayor tamaño como son las ovejas y los monos o chimpancés.

Del cuidado de estos animales, así como de garantizar una alimentación saludable y una higiene adecuada tanto de los propios animales como de sus habitáculos, se encargará el celador adscrito al animalario de los centros hospitalarios. La existencia de un celador o dos, dependerá del número de animales utilizados durante los proyectos de investigación.

2 Objetivos

- Definir el concepto de animalario dentro de los centros hospitalarios.
- Conocer el funcionamiento de los animalarios dentro de los centros hospitalarios.
- Enumerar las actuaciones realizadas por los celadores adscritos en el animalario de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Será función del celador, según la orden del 5 de julio de 1971, el cargo de los animales utilizados en los laboratorios. Para ello los cuidarán, alimentarán, mantendrán las jaulas limpias y los animales aseados, siguiendo las indicaciones de los veterinarios y los médicos a cargo de los proyectos de investigación (Art . 14.2.21).

Alimentación.

- La alimentación para cada especie estará pautada por los veterinarios a cargo de estos animales, ya que dependerá el tipo de alimentación según la especie, el tamaño y las necesidades alimentarias de cada animal.
- La alimentación estará formada por gránulos o cilindros comprimidos, no alimentando bajo ningún concepto con otro tipo de comida a los animales.
- Llenar los bebederos diariamente, y si fuese necesario varias veces al día.

Limpieza de los habitáculos.

- Los animales serán separados unas especies de otras en distintos habitáculos para evitar las peleas y por lo tanto, la muerte de los animales tan necesarios para la realización de los estudios de investigación.
- Las jaulas deberán ser limpiadas diariamente, quitando los excrementos de los animales.
- Los animales que hayan muerto por causas naturales o por otros motivos derivados de la investigación, serán incinerados o enterrados según los protocolos del

centro hospitalario y del tipo de experimento al que ha sido sometido, ya que, si ha sido sometido a una enfermedad transmisible, es obligatorio la incineración del animal para evitar la propagación de la enfermedad.

- Limpiarán los recipientes de la comida diariamente.

Limpieza de los animales.

- El celador deberá asear a los animales antes y después de ser sometidos a estudios de investigación.
- En aquellos casos en los que pasen largos periodos de tiempo sin necesitar estudios de investigación con animales, se asearán siguiendo las pautas y los días establecidos por los veterinarios.

Procreación.

- Será función del celador evitar que los animales procreen, puesto que no es necesario un mayor número de una especie determinada.
- En aquellos casos que sea necesaria la existencia de un mayor número de especies, controlará la procreación de estos, evitando de esta manera un mayor trabajo y gastos innecesarios para el proyecto de investigación.

Otras funciones.

- Trasladar a los animales de unas instalaciones a otras, especialmente desde sus habitáculos hasta la sala de investigación.
- Sujetar al animal cuando sea requerido por el responsable del experimento.
- Rasurar alguna zona corporal del animal según las indicaciones del responsable de la investigación.
- Capturar a aquellos que logren escapar en el momento de abrirles las jaulas, o si las jaulas se encontraban mal cerradas.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el animalario. La actuación del celador con los animales utilizados en proyectos de investigación” nos demuestra las actuaciones realizadas por los celadores con los animales dentro del animalario del centro hospitalario.

Cabe destacar, que estos animales son muy importantes en los proyectos de investigación, ya que en gran medida depende de estos animales la evolución en la investigación para que en un futuro se puedan realizar actuaciones con los seres humanos. De ahí, la importancia de que el celador preste especial cuidado durante sus actuaciones con estos animales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 432

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA TARJETA SANITARIA PARA EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

SONIA PARRILLA ARENAS

MANUEL VEGAS RAMOS

1 Introducción

Para comenzar este capítulo nos remontamos a principios de los años 2000, fecha de la confirmación de la reforma sanitaria. En esta época solo podían ser atendidos los extranjeros en situación irregular cuando se tratara de temas urgentes tales y como no en los embarazos , a los menores de edad y a las personas que tuvieran enfermedades que pudieran repercutir en la salud de todos, como enfermedades víricas.

Hoy en día, estas personas que se encuentran en esta posición serán de nuevo atendidos en el Sistema Nacional de Salud, pero sin poder volver a tener el derecho a disponer de una tarjeta. Los inmigrantes no registrados que están en la clan-

destinidad como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes fases: primero: de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, hasta su estado esté fuera de peligro y segundo de asistencia al embarazo, parto y en la recuperación después de dar a luz. Los de fuera menores de edad recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles. Como medida no duradera, se ha establecido que los extranjeros que se encuentran en España seguirán recibiendo la asistencia sanitaria normal que ya disfrutaban. Si se es inmigrante en situación de ilicitud, se deberán cumplir ciertas condiciones para poder solicitar la tarjeta sanitaria distintas a los requisitos de los españoles.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con la gestión de la tarjeta sanitaria para extranjeros en situación irregular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y legislación vigente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 personas extranjeras en situación irregular, llamándolas como personas no vigiladas ni permitidas en España como residentes, tienen derecho a una asistencia de salud con las mismas condiciones que las personas españolas, tal y como se establece en la ley correspondiente.

La citada protección será con cargo a las arcas públicas de las administraciones con autoridad, siempre que estas personas reúnan cualidades tales como no generar la obligación de probar la asistencia obligatoria de la prestación sanitaria por otro camino, según lo referido en la legislatura de la Unión Europea, los acuerdos generados y otras leyes aplicables, no poder adquirir el derecho

de asistencia sanitaria desde su país de nacimiento y por último no existir una prestación a otros reconocido al pago.

La asistencia médica a la que nos referimos no da derecho a una protección total de la asistencia sanitaria exterior española basada con cargo a los ahorros públicos de las administraciones con competencias, teniendo en cuenta lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social que se puedan aplicar. Las comunidades autónomas, según sus competencias, tendrán el seguimiento para la solicitud y después realización del documento que identifique a las personas extranjeras para poder tener la prestación al sistema sanitario a la que nos referimos anteriormente.

La prevención legal de dar a los extranjeros la residencia para acceder a la asistencia sanitaria supone admitir el derecho a la protección en materia de salud de aquéllos en el contexto de la situación de titularidad de derechos que pueden imputarse o no a los inmigrantes según el criterio de las leyes.

La tramitación de la tarjeta sanitaria para los extranjeros irregulares se realiza directamente por el personal del departamento de administración.

Cabe destacar que esta población tiene muchísimas dificultades para acceder al sistema sanitario debido a su situación y a los obstáculos que se encuentran, relacionado todo eso con los cambios de legislaciones vividos en los sistemas de salud de nuestro país.

En España, en el último año ha dado un retroceso en cuestión de salud por la nueva normativa que el Gobierno ha impuesto ya que no se le permite la entrada a la población inmigrante en situación irregular.

La responsabilidad del auxiliar administrativo en la tramitación de tarjeta sanitaria como hemos podido comprobar en lo anteriormente citado es muy pero que muy importante.

Como verificar que la información que transmite y les documenta el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se está centralizando las diferentes consultas y trámites relacionados con Tarjeta Sanitaria Individual, en centros específicos, para poder así agilizar los procesos y minimizar la carga de trabajo en los diferentes centros.

Sería de gran ayuda y una atopia poder unificar y centralizar en todas las ciudades de nuestro país dicha gestión con el fin de disminuir los grandes retrasos que se producen en el sistema a causa de dichos procesos en los departamentos correspondientes del sistema.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>
- <https://www.seg-social.es>
- <https://www.comunidad.madrid>
- <https://www.legaltoday.com>
- <https://bizilan.eus>

Capítulo 433

RIESGOS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN TU PUESTO DE TRABAJO COMO CELADOR

RAUL VALERO GOMEZ

AMPARO TIRADO GALLEGO

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

1 Introducción

El desempeño de una manera eficiente y continua de nuestra profesión requiere un cierto conocimiento tanto de la cúpula directiva, el gerente, nuestro supervisor y nosotros mismos como celadores de la institución sanitaria donde prestamos nuestros servicios, de un cierto conocimiento en nuestro ámbito laboral de los riesgos laborales que se producen o se puedan producir, si no tenemos en cuenta esto la consecuencia directa será un mayor número de siniestros laborales con las consecuentes daños o pérdidas humanas (pacientes, familiares y trabajadores) por un lado y las pérdidas materiales o monetarias por otro.

En este capítulo queremos realizar primero una definición de los distintos riesgos que pueden presentarse en nuestras funciones como celador en una institución sanitaria y en segundo lugar un análisis sobre las diversas medidas o soluciones que el celador puede y debe proporcionar ante los diversos riesgos que se enumeran.

Hay que indicar también que los distintos riesgos y medidas de prevención son los vistos en el presente, en la actualidad, todas estas medidas y riesgos están

sujetos a cambios por la evolución de los materiales, productos y sistemas de trabajo que irán variando en la medida que avanza el tiempo y cambia nuestro entorno.

2 Objetivos

- Explicar brevemente el concepto de algunos de los riesgos más comunes que se encuentra el celador en su jornada de trabajo.
- Exponer las distintas medidas de prevención ante distintos riesgos laborales comunes en instituciones sanitarias.

3 Metodología

El siguiente trabajo se ha elaborado, por medio de una investigación en la cual se revisa bibliografía sobre literatura científica existente, realizándose una búsqueda de libros, artículos, revistas de bases de datos como: pubmed, medline, scielo, revistamediatica, revistasanitariadeinvestigacion, camuseducacion, inter-sindical.

4 Resultados

Los riesgos más comunes así como las medidas de seguridad en el puesto de celador serán:

1. Riesgo de caída:

Este riesgo se puede presentar durante desplazamientos que el celador realiza durante su jornada, debido al mal estado del suelo(baldosas sueltas, moqueta levantada o irregular, suelo resbaladizo.etc) por falta de orden y limpieza, etc.

Medidas de prevención:

Utiliza calzado adecuado, no pises sobre superficies mojadas y si no hay más remedio hacerlo con precaución y sin correr.

Las zonas de paso deben estar libres de obstáculos y en caso de tenerlos deben señalizarse

2. Riesgo biológico:

Entendida este como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral, su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Medidas de prevención:

Utiliza guantes y mascarilla siempre que sea necesario. Si tienes que acceder a una dependencia en situación de aislamiento, o tienes que ayudar en tareas o técnicas con pacientes de riesgo desconocido, solicita al personal sanitario información sobre el tipo de precauciones necesarias a adoptar. Los objetos punzantes, cortantes se eliminan únicamente en contenedores de bioseguridad, nunca deben desecharse en otros lugares o En caso de accidente biológico accidental, comunícalo de forma inmediata a tu superior y ponte en contacto con el servicio de prevención de riesgos laborales, o con urgencias.

3. Productos químicos:

Según la organización mundial de la salud los peligros químicos incluyen compuestos que cuando son consumidos en cantidades suficientes pueden inhibir la absorción y/o destruir nutrientes; son carcinogénicos e mutagénicos o teratogénicos, son tóxicos y pueden causar enfermedad e incluso la muerte, debido a su efecto en el cuerpo humano.

Medidas de prevención:

Se debe de tener muy en cuenta la etiqueta del envase o caja, antes de su manipulación se deben comprender las instrucciones ante cualquier duda solicita información nuestro superior jerárquico u compañeros sanitarios cualificados.

Se seguirán las recomendaciones redactadas por el fabricante para su manipulación

No se deben mezclar productos aunque sean de desecho , además tendrán sus correspondientes envases para desecharlos

4. Exposición a radiaciones ionizantes:

Es un tipo de energía que libera átomos en forma de ondas electromagnéticas (rayos gamma o rayos X) o partículas (partículas alfa y beta o neutrones). La desintegración espontanea de

átomos se denomina radioactividad, y la energía excedente emitida es una forma de radiación ionizante suficiente para dañar el ADN y causar cáncer.

Medidas de prevención:

Hay que tratar de limitar en todo lo posible en tiempo de exposición y aumentar la distancia de la fuente de radiación.

Debemos seguir la indicaciones del personal sanitario cualificado.

Si consideras que has estado expuesto a estas radiaciones acude a tu superior jerárquico y comunica la situación además del servicio de prevención para solicitar información al respecto.

5. Riesgo eléctrico:

Aquí estamos hablando de la posibilidad de contacto directo o indirecto del cuerpo humano con la corriente eléctrica que pueda resultar peligrosa (depen-

diendo del grado de intensidad y tiempo de exposición a dicha energía) para su integridad física.

Medidas de prevención:

Si tenemos deficiencias en la instalación eléctrica o los aparatos electrónicos de nuestro puesto de trabajo no están en optimo estado, no tratemos de arreglarlo nosotros no es nuestra labor como celadores, en su lugar deberemos llamar a un técnico cualificado o avisar a nuestros superior jerárquico.

No sobrecargues las tomas de corriente

Toma las medidas adecuadas para desconectar equipos que vayan enchufados a la red.

6. Sobreesfuerzos:

Es la consecuencia para nuestro organismo de aplicar una fuerza superior en cualquier tarea a requerir en nuestro trabajo, a la que somos capaces de soportar sin crearnos ninguna lesión en nuestras articulaciones y suele producirse por movimientos repetitivos, posturas incómodas no naturales o forzadas y en la manipulación de forma manual de cargas demasiado pesadas o voluminosas.

Se podrían enumerar multitud de medidas de prevención, vamos a quedarnos con un resumen de los investigado como es evaluar de forma continua e inmediata los posibles riesgos sobre sobreesfuerzos que se nos puedan presentar para de esta manera poder evitarlos si fuera posible o Siempre que sea posible se utilizaran ayudas mecánicas, si no fuera posible se solicitara ayuda a otros celadores para coordinar movimientos de forma simultánea. Mantener la espalda recta, flexionando las rodillas y no la espalda. No realizar giros de torsión con la espalda. Se debe acercar el peso a nuestro cuerpo a nuestro centro de gravedad, si la alejamos requerirá un esfuerzo mucho mayor.

5 Discusión-Conclusión

El desempeño de las tareas propias de un celador es uno de los puestos que más peligro conlleva al ser el primer eslabón de contacto con el paciente, por ello debemos de ser conscientes para prestar la máxima atención en el conocimiento de los tipos de riesgos laborales que se nos presentaran y las medidas de prevención para combatirlos, también deberemos aportar e intervenir con nuestra participación si fuera necesario, en los planes de prevención de riesgos laborales aportando nuestra experiencia en dichos planes. Todo esto ha de adaptarse continuamente a las nuevas situaciones que se puedan dar por la evolución de productos elementos o tareas nuevas que nosotros como celadores tengamos que desempeñar, por tanto habrá que estar atentos a los cambios en el entorno para

poder adaptarlo a los planes de prevención de una manera continua.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-riesgos-laborales-celadores/>
3. <https://revistamedica.com/riesgos-celador-puesto-de-trabajo-hospitalario/>

Capítulo 434

INNOVACIONES EN LA COCINA HOSPITALARIA Y LAS PREPARACIONES DE COMIDA POR EL COCINERO DE HOSPITAL.

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

1 Introducción

La cocina hospitalaria está experimentando una transformación impulsada por la innovación. Es un componente vital de la atención médica, ya que la calidad de las comidas puede influir en la recuperación y la satisfacción del paciente. En los últimos años, ha habido avances significativos en la forma en que los cocineros de hospital preparan y sirven alimentos, lo que ha llevado a mejoras tanto en la calidad de las comidas como en la eficiencia de la cocina. El cocinero de hospital juega un papel importante en la atención médica, ya que su labor está estrechamente relacionada con la nutrición y el bienestar de los pacientes. A medida que la atención médica y la nutrición han evolucionado, también lo ha hecho el papel

del cocinero de hospital. Algunas de las innovaciones que tiene la cocina hospitalaria son: dietas personalizadas (el cocinero trabaja en estrecha colaboración con nutricionistas), la elaboración de menús más saludables, opciones dietéticas especiales, el control de porciones y calorías, el uso de ingredientes frescos y locales. Se van a destacar las tecnologías y prácticas culinarias avanzadas que están revolucionando la cocina en el entorno hospitalario y la educación en la seguridad alimentaria para garantizar que los alimentos que se manipulen y almacenen estén en condiciones adecuadas para prevenir enfermedades.

2 Objetivos

Este trabajo científico tiene como objetivo examinar las innovaciones en la cocina hospitalaria y como los cocineros de hospital van a desempeñar un papel crucial en la mejora de la calidad de las comidas para pacientes, la eficiencia operativa y la satisfacción 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

Las innovaciones en la cocina hospitalaria son:

- Cocina Sous-Vide: La técnica Sous-Vide implica cocinar alimentos envasados al vacío a temperaturas controladas durante períodos prolongados. En los hospitales, esta técnica se utiliza para preservar los nutrientes y sabores de los alimentos, y para garantizar una cocción uniforme. Esto es especialmente beneficioso para pacientes con necesidades dietéticas específicas.
- Impresión 3D de alimentos: La impresión 3D de alimentos es una innovación emergente que permite la creación de alimentos personalizados con texturas y formas específicas. Esto es útil para pacientes con dificultades para tragar o con necesidades dietéticas especiales, ya que se pueden crear alimentos que se adapten a sus requerimientos.

- Dietas personalizadas y aplicaciones de seguimiento nutricional: Las aplicaciones de seguimiento nutricional permiten a los pacientes elegir sus comidas de acuerdo con sus necesidades dietéticas y preferencias. Los cocineros de hospital pueden utilizar estos sistemas para preparar comidas específicas para cada paciente, lo que aumenta la satisfacción y reduce los errores en la dieta.

La implementación de las innovaciones en la cocina van a tener una serie de beneficios en las innovaciones de la cocina:

- Mejora de la calidad de las comidas: Las innovaciones culinarias permiten una mayor precisión en la preparación de comidas, lo que se traduce en platos de mejor calidad y más sabrosos para los pacientes.
- Satisfacción del paciente: Las comidas personalizadas y de alta calidad mejoran la satisfacción del paciente, lo que puede influir positivamente en su recuperación.
- Eficiencia operativa: La tecnología como la impresión 3D y las aplicaciones de seguimiento nutricional pueden mejorar la eficiencia en la cocina hospitalaria, reduciendo el desperdicio de alimentos y los costos.
- Cumplimiento dietético: Las dietas personalizadas y las técnicas de cocina avanzadas ayudan a garantizar que los pacientes cumplan con sus restricciones dietéticas, reduciendo el riesgo de complicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

Las innovaciones en la cocina hospitalaria están mejorando la calidad de las comidas, aumentando la satisfacción del paciente y haciendo que la atención médica sea más eficiente. Los cocineros de hospital desempeñan un papel crucial en la implementación exitosa de estas innovaciones, lo que beneficia tanto a los pacientes como a los hospitales en general. El cocinero de hospital ha experimentado una evolución significativa en su enfoque hacia la nutrición y la calidad de las comidas servidas en los hospitales. Las innovaciones en la cocina hospitalaria van a estar destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los pacientes y a adaptarse a las cambiantes necesidades y preferencias dietéticas de la población.

6 Bibliografía

1. A. IP. Línea fría, tradición e innovación en la cocina del hospital [Internet]. El Día de Soria. 2022 [cited 2023 Oct 5]. Available from:

<https://www.eldiasoria.es/noticia/zde62ee74-c24d-b873-f2a4381dbc00f7f5/202211/linea-fria-tradicion-e-innovacion-en-la-cocina-del-hospital>.

2. Plaza V. La innovación al servicio del menú de los hospitales [Internet]. Valencia Plaza. 2021 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://valenciaplaza.com/la-innovacion-al-servicio-del-menu-de-los-hospitales>.

Capítulo 435

LA PROMOCIÓN DE UNA ALIMENTACIÓN SOSTENIBLE POR PARTE DEL COCINERO DE HOSPITAL.

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

1 Introducción

La alimentación sostenible se refiere a la producción y consumo de alimentos que son saludables tanto para las personas como para el planeta. Los hospitales, como centros de atención médica, desempeñan un papel importante en la promoción de una alimentación sostenible. El cocinero de hospital, como responsable de la preparación de las comidas, juega un papel crucial en la promoción de prácticas alimentarias sostenibles. La promoción de una alimentación sostenible en entornos hospitalarios es esencial para abordar los desafíos de la salud y el medio ambiente. Se van a analizar las estrategias y desafíos en la implementación de las prácticas alimentarias sostenible en los hospitales.

Para que se cumpla la promoción de una comida saludable por parte de un cocinero de hospital es importante el cumplimiento de los objetivos de salud en el

entorno médico y algunas de las prácticas para contribuir a una comida saludable son: establecer menús equilibrados, informes nutricionales de los menús, reducción del sodio y las grasas saturadas en las comidas, controlar las porciones, uso de ingredientes frescos y locales cuando sea posible, ofrecer opciones vegetarianas y veganas, crear una educación alimentaria, promover hábitos saludables alimentarios y fomentar la colaboración con el personal médico para asegurarse de que las dietas cumplen las necesidades específicas de cada paciente.

2 Objetivos

Este trabajo científico tiene el objetivo de explorar el papel crucial del cocinero de hospital en la promoción de una alimentación sostenible, destacando así los beneficios para la salud de los pacientes y el impacto ambiental positivo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como google escolar o Pubmed. Se ha realizado una búsqueda de términos como "el cocinero de hospital en la promoción de una alimentación saludable en las instituciones sociales o en los pacientes ingresados en los hospitales" entre otras.

4 Resultados

El cocinero de hospital puede desempeñar un papel activo en la promoción de una alimentación sostenible de diversas maneras:

- Selección de ingredientes sostenibles: El cocinero puede elegir ingredientes que sean producidos de manera sostenible, como productos locales, orgánicos y de temporada. Esto reduce la huella de carbono de las comidas y apoya a los agricultores locales.
- Reducción del desperdicio de alimentos: A través de la planificación adecuada de menús, el cocinero puede minimizar el desperdicio de alimentos en la cocina, reduciendo la cantidad de alimentos que terminan en vertederos.
- Fomento de dietas basadas en plantas: Promover platos basados en plantas puede reducir la huella ambiental y mejorar la salud de los pacientes. Los cocineros pueden incorporar más alimentos vegetales en los menús.

- Educación nutricional: Los cocineros pueden ofrecer información nutricional y promover opciones saludables en los menús para pacientes, alentando elecciones más conscientes.

Además de estas medidas, el cocinero hospitalario y la promoción de una alimentación saludable va a obtener beneficios para la salud y el medio ambiente:

- Mejora de la salud del paciente: Una alimentación basada en alimentos frescos y sostenibles puede mejorar la salud de los pacientes al proporcionar nutrientes esenciales y reducir la exposición a químicos y alimentos ultraprocesados.
- Reducción de la huella de carbono: La elección de ingredientes y prácticas sostenibles reduce la huella ambiental de la producción de alimentos y contribuye a la mitigación del cambio climático.
- Menor desperdicio de alimentos: La reducción del desperdicio de alimentos disminuye la carga ambiental asociada con la producción y eliminación de alimentos no consumidos.
- Fomento de la sostenibilidad en la comunidad: Los hospitales que promueven la alimentación sostenible pueden influir en las prácticas alimentarias de la comunidad y generar conciencia sobre la importancia de elegir alimentos sostenibles.

5 Discusión-Conclusión

La promoción de una alimentación sostenible por parte del cocinero de hospital es esencial para abordar los desafíos de la salud y el medio ambiente en el entorno hospitalario. A través de la selección de ingredientes sostenibles, la reducción del desperdicio de alimentos y la promoción de opciones saludables, los cocineros pueden contribuir de manera significativa a la salud de los pacientes y la sostenibilidad ambiental. Pero además de la promoción de la alimentación sostenible en los hospitales, se enfrenta a unos desafíos como la disponibilidad de ingredientes locales, los costos y la aceptación de los pacientes. Es importante abordar estos desafíos para garantizar la viabilidad a largo plazo de estas prácticas.

6 Bibliografía

1. Muñoz B. Iniciativa pionera para ofrecer comida sana en el hospital [Internet]. La Razón. 2016 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.larazon.es/atusalud/alimentacion/iniciativa-pionera-para-ofrecer-comida-sana-en-el-hospital-DO12495512/>.

2. Ideal. Cocina árabe, ligera y saludable para los pacientes del Hospital de Jaén [Internet]. Ideal. 2023 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.ideal.es/jaen/jaen/cocina-arabe-ligera-saludable-pacientes-hospital-jaen-20230816195159-nt.html>.
3. Garriga García M. DIETÉTICA HOSPITALARIA Y GASTRONOMÍA SALUDABLE. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 5];35(4):140–5. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000700024.
4. Diariodeleon.es. [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.diariodeleon.es/articulo/saludybienestar/la-polemica-uso-galletas-menu-hospital-es-absurda/201903280500011838460.html>.
5. De alimentación saludable OP las A de P. Estrategia de promoción de alimentación saludable [Internet]. Gov.co. [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SSNAB/estrategia-promocion-alimentacion-saludable.pdf>.
6. Gob.es. [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf.

Capítulo 436

ADAPTACIÓN DE LAS COMIDAS DE HOSPITAL A DIFERENTES GRUPOS DE EDAD REALIZADOS POR EL COCINERO DE HOSPITAL

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

1 Introducción

Los pacientes hospitalizados abarcan un amplio espectro de edades, y sus necesidades dietéticas y preferencias pueden variar considerablemente. El cocinero de hospital desempeña un papel crucial en la adaptación de las comidas para satisfacer estas diferencias, lo que es esencial para garantizar una atención nutricionalmente adecuada y mejorar la experiencia del paciente.

La adaptación de las comidas hospitalarias a diferentes grupos de edad es esencial para satisfacer las necesidades nutricionales y gustativas de los pacientes. Se destacan las estrategias y los beneficios de esta adaptación en la atención médica y la satisfacción del paciente. El cocinero de hospital es capaz de elaborar menús

adaptados a diferentes edades como pueden ser: menús para niños, menús para adultos, menús para personas mayores (estos pacientes pueden tener necesidades dietéticas específicas), menús terapéuticos (estos se realizan para tratar afecciones médicas específicas), menús especiales (para pacientes con necesidades dietéticas especiales, como aquellos con alergias alimentarias, intolerancias o dietas veganas o vegetarianas). Este profesional debe trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de nutrición para garantizar que los menús se ajusten a las necesidades individuales de cada paciente. También es fundamental mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria para evitar infecciones y garantizar la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo explorar el papel crítico del cocinero de hospital en la preparación de comidas que se ajusten a las diferentes etapas de la vida, desde pediatría hasta geriatría.

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha hecho a través de una recopilación de datos de bases científicas y/ o académicas buscando como palabras clave "El cocinero de hospital en la realización de menús preparados y adaptados a las diferentes edades" entre otras.

4 Resultados

La adaptación de las comidas de hospital a grupos de diferentes edades implica:

1. Conocimiento de las etapas de desarrollo: Los cocineros deben comprender las etapas de desarrollo de los pacientes, desde recién nacidos hasta ancianos, y cómo estas etapas influyen en las necesidades nutricionales.
2. Selección de ingredientes apropiados: Deben seleccionar ingredientes que sean adecuados para las edades específicas, incluyendo alimentos fáciles de masticar para los ancianos y opciones adaptadas a las alergias alimentarias comunes en niños.
3. Control de porciones y nutrición equilibrada: Asegurarse de que las porciones sean apropiadas para la edad y que las comidas sean nutricionalmente equilibradas.

4. Texturas y presentación atractiva: Adaptar las texturas de los alimentos y la presentación para que sean atractivas y seguras para cada grupo de edad.

La adaptación de las comidas a los diferentes grupos de edad van a llevar a una serie de beneficios como son:

1. Nutrición adecuada: Los pacientes reciben comidas que se ajustan a sus necesidades nutricionales específicas, lo que es crucial para el crecimiento y desarrollo en el caso de los niños y para la salud en el caso de los ancianos.
2. Satisfacción del paciente: Las comidas adaptadas a la edad mejoran la satisfacción del paciente, ya que se sienten comprendidos y atendidos.
3. Reducción de riesgos: Se reducen los riesgos de asfixia y problemas de digestión al proporcionar alimentos adecuados a la edad del paciente.
4. Promoción de hábitos alimentarios saludables: La adaptación de comidas puede influir en la formación de hábitos alimentarios saludables desde la infancia hasta la vejez.

Pero este tipo de adaptaciones también tiene una serie de desafíos como requerir una mayor inversión en recursos, capacitación del personal y coordinación con dietistas y médicos.

5 Discusión-Conclusión

La adaptación de las comidas de hospital a grupos de diferentes edades es esencial para proporcionar una atención de calidad y satisfacer las necesidades nutricionales y gustativas de los pacientes. El cocinero de hospital desempeña un papel fundamental en este proceso, lo que contribuye a una mejor atención médica y una experiencia más positiva para el paciente en el entorno hospitalario. Para llevar a cabo este tipo de dietas es necesario una coordinación del personal de hospital como médicos para saber las necesidades individuales de los pacientes y con dietistas para la elaboración de menús que cumplan todos los requisitos y nutrientes necesarios para cada paciente.

6 Bibliografía

1. Cano-Caballero Gálvez MD, Martínez Pozo M, Lazuen Alcón MA, Urbano García G. Diversidad y alimentación hospitalaria: Diseño de un cuestionario de valoración de la adaptación cultural. Index Enferm [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 6];17(2):87–91. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200002

2. Ortega Anta RM. Alimentación oral en la mejora nutricional en Hospitales y Residencias. *Innovaciones de la industria. Nutr Hosp* [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 6];34(4):13–8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000004
3. Caracuel Á. Organización de las dietas pediátricas en el Hospital Regional Universitario de Málaga [Internet]. *restauracioncolectiva.com*. Builtvisible; 2017 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.restauracioncolectiva.com/n/organizacion-de-las-dietas-pediatricas-en-el-hospital-regional-universitario-de-malaga>
4. Candela CG, Sastre Gallego A, De Cos Blanco AI, Soria Valle P, Paz L, De M, et al. Alimentación básica adaptada y suplementos dietéticos [Internet]. *Seom.org*. [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_10.pdf
5. Cat CG. la alimentación en la primera infancia [Internet]. *Observatoriodelainfancia.es*. [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5029_d_alimentacion_0_3_es.pdf
6. de dietas para personas sanas ☒ Dietoterapia ☒ Dietas para grupos ☒. Diseño y. Programación. 21. Diseño y programación de dietas [Internet]. *Ucm.es*. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2018-10-31-cap-21-dise%C3%B1o-dietas-2015.pdf>

Capítulo 437

LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN INTERDEPARTAMENTAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

El área de emergencias de un hospital es un lugar crítico donde se brinda atención médica inmediata a pacientes con condiciones médicas graves y potencialmente mortales. La importancia de conectarse con otros departamentos en este entorno es esencial para proporcionar una atención de calidad y garantizar una respuesta eficaz a las emergencias.

Los pacientes que ingresan al área de emergencias a menudo requieren atención médica multidisciplinaria. Esto significa que se pueden necesitar consultas y ser-

vicios de diversos departamentos, como radiología, laboratorio, cirugía, cuidados intensivos, cardiología y otros. La coordinación interdepartamental garantiza que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y adecuada. Además, la información médica de los pacientes es fundamental para tomar decisiones de tratamiento adecuadas. La conectividad con otros departamentos permite compartir resultados de pruebas, imágenes médicas y registros médicos de manera eficiente, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento. También es importante la coordinación con otros departamentos ya que es esencial para la gestión de recursos. Esto incluye la asignación de camas en unidades de cuidados intensivos, quirófanos y otros espacios, así como la disponibilidad de personal médico y enfermeras especializadas (1).

El personal médico y de enfermería que trabaja en el área de emergencias debe mantenerse actualizado sobre los últimos procedimientos y protocolos médicos. La conexión con otros departamentos, como el departamento de educación médica, permite la capacitación continua y el desarrollo profesional del personal. Por lo que la colaboración con departamentos de investigación y calidad permite el estudio de casos clínicos y la evaluación de los procedimientos de emergencia. Esto es esencial para mejorar la atención al paciente y desarrollar mejores prácticas.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la coordinación interdepartamental el área de emergencias.

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

La coordinación interdepartamental es fundamental en cualquier organización, pero adquiere una importancia aún mayor en el área de emergencias, donde la

rapidez y la eficiencia en la toma de decisiones pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la gestión de la información y la comunicación entre los diferentes departamentos involucrados.

En situaciones de emergencia, la comunicación fluida entre los distintos departamentos, como el personal de atención médica, los equipos de rescate, la policía y otros servicios de emergencia, es esencial. El auxiliar administrativo puede desempeñar un papel fundamental en garantizar que la información se transmita de manera rápida y precisa entre estos departamentos, evitando malentendidos y retrasos en la respuesta. En una emergencia, es esencial asignar recursos de manera eficiente y coordinada. El auxiliar administrativo puede ayudar en la gestión de inventarios, la programación de turnos de personal y la asignación de recursos como vehículos, equipos médicos y suministros, asegurándose de que estén disponibles cuando y donde se necesiten (2).

Además, se debe llevar un registro preciso de eventos, decisiones y acciones tomadas durante una emergencia es crucial para la posterior evaluación y mejora de los procedimientos. El auxiliar administrativo puede ser responsable de documentar todo lo relacionado con la respuesta a la emergencia, incluyendo informes de incidentes, registros de pacientes y detalles de la logística. La coordinación de la logística es esencial en situaciones de emergencia, ya que implica asegurar la disponibilidad de suministros, coordinar el transporte de heridos y gestionar la infraestructura necesaria, como hospitales temporales o albergues. El auxiliar administrativo puede ayudar en la planificación y ejecución de estas actividades logísticas (3).

La coordinación interdepartamental implica compartir información crítica entre los líderes de diferentes departamentos y ayudar a facilitar la toma de decisiones informadas. El auxiliar administrativo puede colaborar en la organización de reuniones, la recopilación de datos relevantes y la preparación de informes para respaldar la toma de decisiones estratégicas. También permite una respuesta más rápida y eficaz a las emergencias al evitar duplicaciones de esfuerzos y garantizar que los recursos se utilicen de manera óptima. Esto puede marcar la diferencia en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la coordinación interdepartamental del auxiliar administrativo en el área de emergencias es fundamental para garantizar una respuesta eficaz y eficiente ante situaciones de crisis. La labor de un auxiliar administrativo en este

contexto no se limita únicamente a tareas burocráticas, sino que desempeña un papel crucial en la comunicación y coordinación entre diferentes departamentos y equipos.

Además, la coordinación interdepartamental promueve una respuesta más rápida y coordinada ante situaciones de emergencia. En un entorno caótico, la comunicación eficiente entre los equipos de respuesta es esencial para tomar decisiones informadas y coordinar acciones. El auxiliar administrativo puede desempeñar un papel crucial en la transmisión de información clave y la organización de reuniones y sesiones de planificación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>
3. https://www.tauli.cat/tauli/images/Usuaris/documents/3.-SEAUS_El-administrativo-de-la-salud.pdf

Capítulo 438

EL EQUIPO PROFESIONAL DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

1 Introducción

En la unidad quirúrgica de los centros hospitalarios se desarrollan cada una de las intervenciones de mayor envergadura realizadas en el centro sanitario, puesto que las intervenciones de cirugía menor pueden ser realizadas o en la unidad de cuidados intensivos, o en las consultas médicas especializadas.

Los pacientes que son intervenidos podrán ingresar en las plantas de hospitalización o, sin embargo, recibirán el alta y podrán marcharse a casa. Este hecho dependerá del tipo de intervención realizada a cada paciente, ya que, por norma general, los pacientes de cirugía menor o de cirugía mayor ambulatoria al ser intervenciones más sencillas son dados de alta para que se marchen a casa a recuperarse, y los pacientes que han recibido una intervención de mayor envergadura

serán ingresados en las plantas de hospitalización para recuperarse en el centro hospitalario y recibir los cuidados médicos y asistencia sanitaria necesaria. Los profesionales que integran el equipo humano multidisciplinar de la unidad quirúrgica son:

- Anestesista y ayudante de anestesia.
- Cirujanos principales y ayudantes de los cirujanos principales.
- Enfermero instrumentista.
- Enfermero circulante.
- Técnico superior en imagen y radiodiagnóstico.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celador

Durante el desarrollo de este capítulo científico se hará una breve reflexión sobre los grupos que conforman el equipo profesional, y las funciones desarrolladas por los celadores durante su jornada laboral en la unidad quirúrgica.

2 Objetivos

- Conocer los profesionales que integran el equipo multidisciplinar de la unidad quirúrgica.
- Detallar las funciones desarrolladas por los celadores dentro y fuera de la sala de intervenciones y de la unidad quirúrgica.

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 equipo humano de la unidad quirúrgica conforma un equipo multidisciplinar capaz de desarrollar cualquier tipo de intervención quirúrgica.

Dentro de este equipo humano profesional, se debe hacer una clara clasificación del personal, diferenciando el personal estéril, del personal no estéril.

- Personal estéril.

Son aquellos profesionales que intervienen directamente en la operación quirúrgica, para la cual necesitan realizar un lavado de manos quirúrgico completo y vestir la indumentaria adecuada. Esta indumentaria está formada por: pijama de quirófano, calzas, mascarilla, gorro y por último, guantes y bata estériles.

El personal estéril está formado por: los cirujanos y el enfermero instrumentista.

- Personal no estéril.

Son aquellos profesionales que no intervienen directamente en la operación, pero sin su actuación dentro del bloque quirúrgico o en el exterior de este, no podría realizarse la intervención quirúrgica.

Estos profesionales vestirán pijama de quirófano, calzas, mascarilla, gorro y guantes, y realizarán un correcto lavado de manos rutinario.

El personal no estéril está formado por: enfermero circulante, técnico superior en imagen y radiodiagnóstico, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celador.

Funciones del celador dentro del bloque quirúrgico.

- Ayudar al paciente a pasar a la mesa de intervenciones y colocarlo en la posición determinada por el cirujano principal.
- Sujetar al paciente a la mesa de intervenciones, para lo cual se ayudará de vendas o cintas con velcro que se encuentran anexas a la mesa.
- Posicionar la mesa de intervenciones de la manera indicada por el cirujano.
- Posicionar los aparatos, utilizados durante la intervención, en el lugar indicado por el enfermero instrumentista.
- Trasladar al paciente intervenido al área de reanimación.

Funciones del celador fuera del bloque quirúrgico.

- Trasladar al paciente desde el lugar de origen hasta la unidad quirúrgica.
- Introducir al paciente en el área de reanimación para que preparen al paciente antes de pasar a la sala de operaciones.
- Trasladar al paciente que ha sido dado de alta en el área de reanimación hasta su lugar de origen.
- Trasladar las muestras biológicas a los correspondientes laboratorios.
- Trasladar las bolsas de sangre o plasma desde el banco de sangre hasta la sala de intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El equipo profesional en la unidad quirúrgica. Funciones del celador en el bloque

quirúrgico” nos demuestra que el bloque quirúrgico está integrado por un grupo de profesionales multidisciplinar, al cual pertenece el celador.

Por otro lado, se han demostrado las funciones desarrolladas por los celadores dentro y fuera del bloque quirúrgico, lo que da respuesta a la gran importancia de la presencia de esta categoría dentro de la unidad quirúrgica, ya que los celadores son los encargados de trasladar no solo al paciente, sino todo aquel material, equipamiento o muestra biológica necesaria antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 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 social.

Capítulo 439

EL CELADOR Y SU ASISTENCIA AL PERSONAL SANITARIO

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

1 Introducción

En el ámbito sanitario, se entiende la categoría de celador como aquel personal subalterno encargado de realizar cualquier actividad no técnica para garantizar un correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria dentro de cualquier institución sanitaria.

Es por ello, por lo que es frecuente encontrarse la figura del celador en cada uno de los servicios sanitarios encontrados en una institución sanitaria.

Los celadores, para el desarrollo de sus funciones, debe reunir una serie de características que le hagan apto para poder realizar las tareas laborales propias de su categoría. Estas funciones se pueden clasificar en cinco modalidades:

1. Cualidades físicas. Haciendo referencia a las habilidades motoras para el desarrollo de las funciones.
2. Cualidades intelectuales. Haciendo referencia a la capacidad de actuar ante las funciones demandadas y así como su propia actuación de manera rápida y

acertada ante situaciones de urgencias y emergencias.

3. Cualidades psíquicas. Haciendo referencia al control emocional con los pacientes y al control nervioso ante situaciones de gran estrés.

4. Cualidades personales. Haciendo referencia a la humanidad, empatía, delicadeza, paciencia... del propio celador con los pacientes.

5. Aptitudes del celador. Haciendo referencia a la inteligencia para ejecutar las funciones y su aptitud para el puesto de trabajo realizado.

2 Objetivos

- Conocer las cualidades que deben reunir los celadores para poder desarrollar las funciones propias de su categoría.
- Enumerar las funciones de ayuda realizadas al resto de categorías profesionales por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

El término celador viene de la palabra “cela, el que vigila” es por ello por lo que en sus orígenes la principal función de los celadores era vigilar la institución sanitaria, tanto en su interior como en su exterior. Igualmente, se encargaba de que tanto profesionales como usuarios, pacientes o familiares hicieran un buen uso del material de la institución, así como sus enseres y ropas, y especialmente que mantuvieran silencio en el interior del centro sanitario.

A continuación, se va a detallar las funciones de asistencia realizadas por los celadores al resto de categorías profesionales, siguiendo la orden del 5 de julio de 1981, y las funciones actuales, aunque no se encuentran regladas en ninguna orden.

Funciones de asistencia de los celadores al resto de categorías profesionales según la orden del 5 de julio de 1981.

- Labores de limpieza que le sean encomendadas por sus superiores, cuando no sean adecuadas para el personal de limpieza femenino.
 - Hacerse responsable del ascensor cuando sea trasladado un paciente de urgencia al bloque quirúrgico, unidad de hemodinámica o a la unidad de cuidados intensivos.
 - Vigilar la actitud de pacientes y familiares en el interior de las habitaciones.
 - Movilizar a los pacientes que no puedan moverse por cuenta propia.
 - Asear a los pacientes masculinos que se encuentren encamados y no puedan asearse por ellos mismos.
 - Realizar cualquier actividad dentro del bloque quirúrgico propio de su categoría.
- Funciones de asistencia de los celadores al resto de categorías profesionales en la actualidad.
- Auxiliar al técnico superior en imagen y radiodiagnóstico para la colocación de placas, o para la colocación del paciente en la mesa.
 - Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas funciones que suponga la movilización del paciente y este no pueda movilizarse por su diagnóstico o sus características físicas.
 - Trasladar las comunicaciones verbales y escritas al servicio o personal ordenado.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador y su asistencia al personal sanitario. Funciones del celador” nos demuestra la importancia del celador en los centros sanitarios, y las cualidades que deben reunir los celadores para poder ejecutar de manera adecuada las funciones propias de su categoría.

Por otro lado, se han detallado las funciones de los celadores como auxiliares del resto de categorías, sin embargo, estas funciones se encuentran recogidas en un orden sobre el personal no sanitario datado del año 1981, por lo que muchas de estas funciones han sido modificadas, eliminadas o ampliadas con el paso de los años y el avance de la sociedad. De ahí la necesidad de crear un nuevo documento donde se incluyan las funciones actuales propias de los celadores y aquellas funciones de auxilio al resto de categorías profesionales.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.
4. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
5. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021.
6. 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.
7. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
8. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021.

Capítulo 440

LAS FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE LOS TRASLADOS EN EL CENTRO SANITARIO

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

1 Introducción

La actuación de trasladar a los pacientes dentro de la institución sanitaria de un servicio a otro es una de las actividades más desarrolladas por los celadores durante su jornada laboral.

Se entiende como traslado, el movimiento o desplazamiento de un objeto o ser humano desde el lugar de origen hasta el lugar de destino.

La orden por la cual se establecen las funciones del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias (Orden del 5 de julio de 1971), establece en su artículo 14.2.12 que será función del personal subalterno el traslado de los pacientes dentro de la institución sanitaria.

Con relación a los traslados también será función del celador, según el artículo 14.2.1, trasladar el mobiliario, aparataje y material sanitario que se le ha encomen-

dado por sus superiores más inmediatos de un servicio a otro dentro de la institución sanitaria.

El traslado del mobiliario, aparataje, material sanitario, medicación, sueros fisiológicos a otros centros sanitarios exteriores, será función del celador conductor encargado de realizar los traslados desde un centro sanitario a otro centro sanitario.

Mientras que el traslado de los pacientes de un centro sanitario a otro centro sanitario será función de la empresa de transporte externa a la institución sanitaria, a través de los técnicos de emergencia en el servicio de ambulancias.

2 Objetivos

- Conocer las normas de actuación que debe tener en cuenta el celador durante los traslados de los pacientes.
- Enumerar los medios de transporte utilizados por los celadores para trasladar a los pacientes dentro de la institución sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Por norma general, los traslados de los pacientes dentro de la institución se realizan a través de los siguientes medios:

- Por el propio pie del paciente.
- En silla de ruedas.
- En camilla del servicio de urgencias.
- En cama hospitalaria.

Del mismo modo, durante el traslado de los pacientes, los celadores deberán conocer una serie de normas o actuaciones que deberán tener presente antes, durante y al finalizar el traslado del paciente.

- Realizar el traslado con responsabilidad, garantizando la seguridad y bienestar del propio paciente durante el traslado.
- Buscar al enfermero responsable del paciente y comunicarle que va a ser trasladado, ya sea para la realización de una prueba, una intervención quirúrgica, una exploración, una consulta médica...
- Solicitar al equipo de enfermería la documentación clínica del paciente por si fuese necesario su utilización en el lugar de destino.
- Acudir a la habitación donde se encuentre el paciente, presentarse y comunicarle que va a ser trasladado, y el destino al que va a ser trasladado, derivando la consulta del motivo al médico a cargo de dicho paciente.
- Valorar con el equipo de enfermería el medio de transporte más adecuado, teniendo en cuenta las condiciones físicas del paciente y el diagnóstico clínico.
- Comenzar el traslado y realizarlo de manera suave, evitando giros bruscos que pongan en peligro el estado de salud del paciente.
- Si el paciente es portador de dispositivos como bombas de medicación, nutrición parenteral, sondas nasogástricas, sondas vesicales, drenajes... el celador velará durante todo el traslado de que no se enganche ningún dispositivo que pueda provocar tirón en el paciente o daño en el mismo.
- Una vez llegados al lugar de destino, el celador comunicará la presencia del paciente para que se hagan cargo de él.
- El celador no dejará al paciente solo bajo ningún concepto, esperará a que el personal sanitario del lugar de destino pueda hacerse cargo de él.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Las funciones del celador durante los traslados en el centro sanitario. Normas de actuación” nos demuestra cada una de las acciones que debe tener en cuenta el celador antes de comenzar el procedimiento de trasladar al paciente, así como su actuación durante el traslado y su actuación al llegar al lugar de destino.

Es de vital importancia que el traslado sea seguro para el paciente, por lo que el celador deberá desarrollar la actuación con la mayor seguridad posible, eligiendo el medio de traslado adecuado al estado de salud del paciente, subiendo las barandillas de seguridad, y realizar un traslado continuo sin giros o frenadas bruscas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 441

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

1 Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento que se utiliza en pacientes con insuficiencia renal crónica para tratar una variedad de enfermedades.

Los riñones eliminan del cuerpo las toxinas, los materiales de desecho y el exceso de líquido. También mantienen un equilibrio saludable de sangre y agua y regulan los niveles de ácido del cuerpo. Los minerales crean sales. Si por una variedad de causas, incluyendo infecciones, tumores, cambios genéticos, etc., si estos órganos fallaran, surgiría una insuficiencia renal, una patología. La insuficiencia renal crónica es la más típica.

Debido a que constantemente resulta en un alto nivel de discapacidad y se acompaña de una serie de patologías secundarias que pueden empeorar la salud del paciente afectado, causa mortalidad y morbilidad.

Los pacientes con enfermedad renal deben someterse a hemodiálisis como tratamiento para poder realizar mecánicamente las funciones normales del riñón.

Los departamentos especializados del hospital están equipados con la infraestructura y los recursos necesarios para llevar a cabo estos tratamientos. Uno de los numerosos grupos profesionales representados en los equipos de trabajo que componen estos intrincados servicios son los guardias.

Estos celadores también serán los encargados de trasladar a los pacientes recién ingresados entre los distintos pisos del hospital para que puedan recibir los tratamientos de hemodiálisis adecuados.

2 Objetivos

- Describir las distintas funciones del celador en el servicio de hemodiálisis y la importancia de este puesto en el hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de hemodiálisis implica filtrar la sangre del paciente a través de un dializador. Este filtro cumple la función de los riñones, que es la de purgar la sangre de desechos y toxinas.

Para poder moverse y tener un flujo sanguíneo sustancial, los pacientes que reciben estos tratamientos deben tener acceso vascular.

El beneficio de realizar esta terapia en casa es que el paciente no necesitará acudir al hospital, lo que alterará mínimamente su rutina diaria.

La terapia ambulatoria, que se brinda en un entorno hospitalario, es la terapia más utilizada.

En los tratamientos que ofrece el servicio hospitalario participan diversos profesionales de diversos campos, entre ellos médicos, enfermeras, celadores y otros. Dependiendo de una serie de factores, estos tratamientos suelen durar de 3 a 4 horas por día y cumplir con horarios semanales establecidos.

Los pacientes suelen ser tratados durante largos períodos de tiempo en camas o sillas para que puedan permanecer lo más cerca posible. Les permite estar en una variedad de posiciones anatómicas para facilitar el procedimiento y mantenerlos lo más cómodos posible.

El celador es uno de los profesionales que desempeña sus funciones en el área de hemodiálisis, pudiendo ser las siguientes habilidades de este personal:

- Es su responsabilidad trasladar a los pacientes desde las ambulancias a la unidad de hemodiálisis adecuada. Dependiendo del estado de cada paciente, para este traslado se utilizará camilla o silla de ruedas.
- Ellos serán los encargados de devolver a los pacientes a las ambulancias que los recogieron una vez finalizados sus tratamientos.
- Para permitir la realización del procedimiento de hemodiálisis, los pacientes que requieran asistencia deberán ser trasladados a las camas o sillas adecuadas.
- También ayudarán a las enfermeras a vestir o desvestir a los pacientes que, por motivos médicos, no puedan hacerlo por sí solos.
- Serán los encargados de trasladar el mobiliario y/o equipo tanto dentro de la unidad de hemodiálisis como, en caso de requerirse un traslado a otra unidad o área del hospital, tanto dentro de dicha unidad como a la nueva ubicación.
- Además, tendrán el cuidado y responsabilidad de trasladar las muestras biológicas de los pacientes que requieran análisis a los distintos laboratorios del hospital.
- Serán los encargados de trasladar a los pacientes en hemodiálisis a los distintos departamentos del hospital para que se les puedan realizar pruebas adicionales que ayuden con sus patologías.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de hemodiálisis hospitalarias son un componente esencial del servicio hospitalario porque permiten la ejecución de tratamientos extremadamente delicados.

Los pacientes de edad avanzada que necesitan estos servicios suelen tener problemas de movilidad y, en algunos casos, problemas cognitivos. Estos atributos enfatizan cuán crucial es el cuidador en estas unidades hospitalarias.

Pacientes y empleados de este servicio valoran mucho la presencia de estos guardias, no solo porque facilita la movilización y el traslado, sino también por la amable atención que reciben cuando están enfermos.

Estos cuidadores deben poseer una amplia gama de habilidades, así como empatía por los distintos pacientes que requerirán estas terapias para mantener el funcionamiento normal de esta área.

6 Bibliografía

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

Capítulo 442

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE UN HOSPITAL

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

MARÍA CERRO GARCÍA

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

1 Introducción

Se hace referencia al embarazo como una etapa en la vida de una mujer; es una de las etapas más significativas y gratificantes para ellos porque conduce al nacimiento de un nuevo ser humano al mundo. Una serie de cambios físicos y psicológicos ocurrirán en las mujeres durante los nueve meses de embarazo.

La ginecología es una de las especialidades médicas encargada de investigar las enfermedades que pueden surgir tanto del sistema reproductor femenino como del propio sistema.

En el servicio de urgencias ginecológicas trabajan tanto profesionales sanitarios como no sanitarios, prestando y realizando las 24 horas del día y los 365 días del año, los siguientes servicios:

- Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Atención médica.
- Ginecólogos.
- Los celadores.
- Las enfermeras parteras.
- El personal de enfermería.
- Más personal.

En la unidad de ginecología de un hospital desempeñan sus funciones tanto personal médico como no médico, siendo su responsabilidad principal brindar asistencia médica a las mujeres que visitan el hospital por una emergencia y que son derivadas al servicio de emergencia ginecológica.

Los celadores que están adscritos a otras unidades no pueden realizar estas tareas dentro de la sala de emergencias principal.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el servicio de ginecología y urgencias ginecológicas.

3 Metodología

Para finalizar este capítulo se realizó una investigación y un análisis bibliográfico de la literatura científica actual, así como de las principales bases de datos, incluidas Pubmed, Medline y Scielo. Se incluyen Google y otros motores de búsqueda de Internet.

4 Resultados

Las funciones específicas que llevan a cabo los asistentes en un departamento de emergencias de ginecología incluyen las siguientes.

- Si el paciente es dado de alta de la sala de emergencias, le mostrarán el camino para salir del hospital Ginecológico.
- Trasladar las muestras biológicas que se hayan recolectado para sus correspondientes análisis al laboratorio o al servicio de anatomía patológica.
- Procurarán los insumos que necesite el servicio de ginecología en el almacén general del centro hospitalario o en la unidad solicitada.

- Acompañar a la paciente al baño y ayudarla a vestirse y cambiarse cuando no pueda realizar estas tareas por sí sola debido a una enfermedad o impedimentos físicos o mentales.
- Recibirán a las mujeres que lleguen de urgencias y les pedirán los stickers que muestran la información clínica que allí se les proporcionó.
- Realizarán algunas tareas que les sean requeridas como personal de apoyo a parteras o ginecólogos sin utilizar material sanitario.
- En el departamento de farmacia del hospital recogerán la medicación que necesite el servicio de ginecología.
- Acompañar a los pacientes al baño para ayudarlos a cambiarse y ponerse una bata de hospital cuando no puedan hacerlo por sí solos.
- Cuando el paciente no pueda hacerlo por sí mismo, ayudará al auxiliar de enfermería (TCAE) a movilizar a los pacientes para su correcta colocación y a retirar las cuñas.
- Ayudar a los pacientes al subir y bajar de la camilla o bastidor ginecológico antes y después del examen.
- Si el ginecólogo de guardia deriva nuevamente a los pacientes, los acompañará a urgencias.

En la unidad de ginecología de un hospital desempeñan sus funciones tanto el personal médico como el personal no médico, siendo su función principal brindar asistencia médica a las mujeres que acuden al hospital por una emergencia o que son derivadas al servicio de urgencias ginecológicas.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad de los asistentes que ofrecen sus servicios o forman parte del servicio de urgencias ginecológicas para hacerlo depende fundamentalmente de su conocimiento y formación exhaustiva en las funciones que deben desempeñar y ejecutarlos en el tiempo deseado. Algunos de estos servicios se ofrecen a otras categorías de servicios como servicios auxiliares.

Dado que las tareas que realiza un asistente en el servicio de urgencias ginecológicas son muy específicas de este servicio, otros adentro de la sala de emergencias principal. Los celadores que están adscritos a otras unidades no pueden realizar estas tareas dentro de la sala de emergencias principal.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 443

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

1 Introducción

Desde que un paciente entra en la sala de espera hasta que sale de ella, la labor de conserjería forma parte del área de consulta externa. El propósito de este estudio fue explorar, resumir e ilustrar el valor de los porteadores en relación con las funciones realizadas en un centro de salud o ambulatorio institucional. El celador no solo se comunica con el paciente, sino que su función es apoyar a otros profesionales que también trabajan en la consulta, como enfermeras, médicos o personal administrativo.

Se puede afirmar que la atención ambulatoria se refiere a la actividad médica realizada con base en visitas ambulatorias para diagnosticar, tratar o simplemente examinar a los pacientes. Cada consulta es una sala perteneciente a todas las especialidades médicas existentes.

Una rareza entre estas tareas que realizan los celadores es el deber de los celadores de consultar con partes extranjeras. Además de brindar apoyo, el conserje de la

clínica tiene la tarea de ser como un perro guardián y abrir y cerrar consultas. El celador es también la primera persona con la que todo paciente y familia entra en contacto directo cuando acude al centro de salud u hospitalario y, por tanto, a la clínica.

2 Objetivos

Exponer cuáles son las funciones principales y tareas de los celadores en el servicio de consultas externas de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo de un celador en el ambulatorio tiene muchas funciones diferentes, es por eso que el porteador debe tener la capacidad de adaptarse y poder desempeñar correctamente su trabajo.

Son pocos los estudios que han incluido a los profesionales de la consulta externa, por lo que se necesita más investigación, teniendo en cuenta que el primer contacto de los pacientes no es solo en la consulta externa, sino también al ingresar al centro de salud. El celador tiene que acompañar y llevar al paciente al médico, ayudarlo a subir y bajar de la camilla, desvestirlo y colocarlo, realizar un traslado rápido e incluso acompañarlo al mostrador administrativo para realizar los trámites posteriores a la visita del médico. En su función, tiene funciones especiales y se divide en 3 grupos:

- Asistencial: esta característica incluye documentos para consultar a los pacientes para ayudar a los pacientes a viajar, consultar, usar ropa o vestirse, o ayudarlo a entrar en una camilla.
- Organizativa: en estas cualidades, el comandante de la prisión debe tener todo el documento médico para usar el médico.

- Preparación de la consulta: Siempre debe revisar todos los muebles y herramientas utilizadas antes y después de la consulta.

Estas funciones son de los auxiliares adscritos a los policlínicos, por lo que deben ser estudiadas para brindar la atención de calidad necesaria a los pacientes que acuden al policlínico. Por último, los porteadores, al igual que otros profesionales del grupo de trabajo, son importantes en las consultas externas.

Una rareza entre estas tareas que realizan los guardias es el deber de los celadores de consultar con partes extranjeras. Además de brindar apoyo, el conserje de la clínica tiene la tarea de ser un perro guardián y abrir y cerrar clínicas.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de las funciones de un celador en consultas externas son trasladar a los pacientes desde el ingreso a la consulta o acompañar a los pacientes a la consulta desde el momento en que ingresan a la sala de espera, así como trasladar los documentos clínicos, entre un sinfín de funciones más.

El trabajo de un celador en el ambulatorio tiene muchas funciones diferentes, es por eso que el porteador debe tener la capacidad de adaptarse y poder desempeñar correctamente su trabajo en el puesto respectivo en cualquier momento del ambulatorio, es por eso que las habilidades necesarias. Se necesitan conocimientos, habilidades y destrezas para desempeñar el trabajo en el ambulatorio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 444

LOS DISTINTOS MEDIOS DE TRASLADO DEL PACIENTE Y SU MANEJO POR EL CELADOR

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

1 Introducción

Una de las funciones del celador que realiza diariamente en su puesto de trabajo, sea cual fuese su destino, dentro del centro hospitalario, en todas sus unidades y servicios, es el traslado y transporte del paciente. Este traslado puede ser debido a multitud de circunstancias y debidos a diferentes motivos.

El celador traslada al paciente para la realización de un ingreso, puede ser programado o urgente, es decir, derivado del servicio de urgencias; realiza traslados con el paciente para dirigirse a la realización de pruebas diagnósticas; traslada al paciente hasta la salida del hospital o entradas para las altas hospitalarias; para conducirlo hasta quirófano, etc.

En estos traslados el celador, como se ha mencionado anteriormente, es un experto, puesto que la práctica continúa de los mismos le han conferido tal etiqueta,

indistintamente elija el medio de trasladar al paciente, aunque la mayoría de las veces, no será el celador quien directamente, elija el medio, sino que seguirá las indicaciones del personal sanitario encargado de su atención.

Los medios de traslados pueden ser sillas de ruedas, camillas y camas, en todas sus variantes y modelos, que de estas últimas, existen muchos en los centros hospitalarios, unas mecánicas o manuales, y otras eléctricas.

2 Objetivos

- Enumerar los medios de traslado con los que cuenta el celador en los traslados de los pacientes.

- Describir el manejo y las medidas que el celador tiene que adoptar para los traslados según el medio de transporte.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

El celador puede elegir como medio de transporte la silla de ruedas, para cualquier traslado que realice al paciente, a pruebas diagnósticas, para un ingreso, para el alta hospitalaria, etc., siempre y cuando, en ciertas circunstancias, lo apruebe la enfermera que cuida y atiende al paciente. Los ingresos en planta pueden realizarse en silla de ruedas, si el estado de salud y las constantes del enfermo es normal y están estabilizadas, siempre y cuando, no lleve multitud de aparataje conectado, como sueros, drenajes, bomba de alimentación, etc., en cuyo caso habría que realizar dicho traslado en cama.

Cuando se habla de ciertas circunstancias en la autorización del personal de enfermería en la elección del medio de transporte, se refiere, a que en las altas hospitalarias, no se necesita, dicha información, puesto que el paciente, se entiende que ha obtenido dicha alta hospitalaria por el mejoramiento de su cuadro clínico y por lo tanto su salud está recuperada.

Sin embargo en los traslados para ciertas pruebas diagnósticas, que el paciente, puede ser sedado, los traslados siempre se realizaran en la propia cama del paciente, ya que su estado, después de la sedación es aún inestable.

Las derivaciones de los pacientes de unas unidades a otras del hospital, que se produce en muchos casos, se realizan, cuando son hospitalarias, de cama a cama, realizando la transferencia en la unidad de hospitalización receptora del paciente. El celador traslada a estos pacientes en los casos de infecciones víricas sobrevenidas, de la unidad de origen hasta la unidad de infecciosos.

En cuanto al manejo de los medios de transporte que tiene el celador, las sillas de ruedas, suelen ser sencillas de manejar, solamente, la precaución de sentar al paciente, apoyando bien la espalda en la misma, y en la acción de echar los frenos de la misma, para evitar accidentes sobrevenidos.

Las camas y camillas pueden ser de manejo manual y eléctrico. Las camas de manejo manual, el celador tiene que levantar el freno con el pie para que la cama pueda circular, en dos posiciones, dirección recta y dirección con giros, colocando el freno en la posición deseada por el celador. Estas camas pueden subir el cabecero, accionando una palanca manualmente, mientras que el celador acciona esta palanca, con la otra mano sube directamente el cabecero, hasta la posición deseada.

Las camas y camillas eléctricas son más cómodas de manejar. Constan de un mando donde van señaladas todas las posiciones que la cama puede adoptar, subir cabecero, bajar, etc., y el celador solo tiene que accionar como desea poner la cama.

5 Discusión-Conclusión

Como reflexión, señalar que pudiera parecer que el manejo de las camillas y de las camas usadas en los traslados de los pacientes, es una labor sencilla, sobre todo cuando se refiere a las camas eléctricas. Nada más incierto que esta apreciación, quien se la haga, pues en el manejo de las camas manuales hay que echar, muchas veces, mano a la fuerza bruta, pues el estado de conservación y mantenimiento de las mismas es nulo o muy escaso.

Por este motivo, por el mal estado de las camas y camillas, los celadores, muchos de ellos, sufren problemas de columna o de espalda, enfermedades que los tienen largos periodos de tiempo en incapacidad laboral, y en otros casos, pueden adelantar su estado de prejubilación.

6 Bibliografía

1. El celador y los medios de traslado del paciente. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en relación con los enfermos. Disponible en: <https://www.cgtsanidad.lpa.org>
3. Movilización y traslado de enfermos. Disponible en: <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com>

Capítulo 445

LAS DIFERENTES CLASES DE MUESTRAS BIOLÓGICAS TRASLADADAS POR EL CELADOR

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

1 Introducción

Una muestra biológica es la extracción de una minúscula parte del organismo de una persona. Esta muestra puede ser parte de un tejido, de un órgano, del plasma sanguínea, secreciones, orina, heces; cuyo resultado es su análisis y estudio para diagnosticar una enfermedad, administrar un tratamiento, para realizar una cirugía, etc.

En el centro hospitalario se extraen continuamente muestras biológicas a los pacientes, todos, sin excepción, durante su estancia en el hospital se habrá realizado una analítica de sangre, de orina o de cualquier otra sustancia. Del resultado de estas muestras se dirimirá el destino del paciente o la medicación idónea para su enfermedad.

El traslado de las muestras biológicas dentro del centro hospitalario es función del celador, que llevará cada una de ellas al destino correcto, es decir, cada muestra biológica será transportada hasta el laboratorio correspondiente, acompañada la misma, con el volante consignado, donde aparecerán los datos identificativos del paciente y el motivo de estudio de dicha muestra, coincidiendo estos datos, con la etiqueta pegada en el envase donde se coloca la muestra.

Las muestras biológicas pueden ser analizadas en los diversos laboratorios del hospital, dependiendo del tipo de cada una, así por ejemplo, irán al laboratorio de microbiología, al laboratorio de anatomía patológica, al laboratorio de hematología, donde se analizarán y se emitirán los informes de resultados.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de muestras biológicas que el celador traslada en el centro hospitalario.
- Explicar la actuación del celador en el traslado de las muestras biológicas a los laboratorios correspondientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Las muestras biológicas pueden ser de varios tipos y clases, y pueden ir introducidas en diferentes modelos de envases, tubos de plástico, vasos de plástico, envases de cristal, torundas, que a su vez, deben ir en cajas, que en ciertas pruebas, como la del covid-19 será homologada y totalmente hermética. Todas estas muestras son trasladadas por el celador correspondiente, dependiendo, de la unidad o servicio donde se extraigan. Las muestras de biopsias o punciones de tejido tienen que ser trasladadas en envases herméticamente cerrados, y el celador tiene que realizar el traslado inmediatamente hasta el laboratorio de anatomía patológica,

porque los líquidos fijadores para la conservación, permiten una hora máxima de conservación fuera de la congelación, pudiendo inutilizarse dicha muestra.

Las muestras de sangre deben ir perfectamente identificadas con los volantes que las acompañan, el celador, tiene que llevar siempre, volante y tubos, correctamente identificables. En el traslado de las muestras el celador siempre llevará puesto los guantes de vinilo o nitrilo, y el volante, fuera, del envase receptor de la muestra. Lo mismo ocurre con las muestras de orina, cuyos envases deben ir cerrados correctamente, para evitar, la salida de la misma. Estas muestras el celador las lleva hasta el laboratorio de microbiología.

Las muestras de exudados, sudor, el celador, trasportará la muestra en una torunda introducida en un tubo. Estas muestras son recogidas en anatomía patológica, y siempre deben ir acompañadas por su respectivo volante.

Las heces son introducidas en envases que permitan su cabida, y deben ir perfectamente cerrados. El celador, dependiendo, de la clase de estudio de las mismas, las lleva al laboratorio de micro o de anatomía patológica.

Los gases sanguíneos van en botes de cristal, y en el transporte de los mismos el celador deberá ir con mucho cuidado para que no se rompan.

5 Discusión-Conclusión

En el traslado de las muestras biológicas el celador pondrá especial interés en las muestras del covid-19, llevando siempre mascarilla y guantes, en el traslado de todos los tipos de muestras.

En este capítulo surge el interrogante de la función del celador, tan discutido en los contextos de las mesas de negociación, de la inclusión de esta función dentro de las tareas y trabajo del celador, ya que la orden del 1971, no dice nada al respecto, y la manipulación de muestras biológicas, así, como su traslado, en ciertos sectores sanitarios, se habla, que es el auxiliar de enfermería, el encargado de la misma.

6 Bibliografía

1. Procedimiento de transporte interno de muestras biológicas por el celador. Disponible en: <https://www.hospitalregionaldemalaga.es>
2. Recogida y transporte de muestras de material biológico en el ámbito intrahospitalario. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 446

TRASLADOS DE MATERIAL Y APARATOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL CELADOR

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

1 Introducción

Los celadores del servicio de urgencias hospitalarias del servicio de las urgencias hospitalarias cumplen las funciones generales asignadas al celador y las funciones específicas de las unidades que componen las urgencias hospitalarias, boxes, especialidades médicas, observación de urgencias, urgencias pediátricas, la puerta de urgencias; en las cuales el celador cumple con su trabajo diario.

La atención directa con el paciente, la colaboración con el personal sanitario, los traslados de los pacientes a las distintas pruebas diagnósticas o los ingresos en otros servicios del hospital, son tareas generales que el celador desarrolla diariamente en los diferentes turnos de trabajo que tiene, rotando las mañanas, las tardes y las noches.

El celador del servicio de urgencias también realiza el traslado de las distintas muestras biológicas que se originan en las mismas, al servicio de anatomía patológica, a los laboratorios clínicos del hospital, al de microbiología, al de urgencias, etc., y todo ello realizado con la máxima eficacia y profesionalidad.

Pero en urgencias también se produce el uso continuado de distintos materiales y aparatos, que en un momento dado, o generalmente, suelen utilizarse por el personal sanitario, siendo, del mismo, dicho traslado, función de los celadores de urgencias en las diferentes unidades del servicio.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes aparatos que el celador de urgencias traslada dentro del servicio de urgencias hospitalarias.
- Describir las actuaciones que el celador de urgencias realiza en el traslado de materiales y aparatos dentro del servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Las unidades de observación y del box vital están organizadas con boxes provistos de monitores de signos vitales para el mayor control de las constantes de los pacientes. Sin embargo las especialidades médicas y los boxes no tienen. En el caso necesario que haya que monitorizar a algún paciente, debido a su patología, mientras es atendido, el personal sanitario pide al celador de boxes, que se acerque al almacén, donde se encuentran los monitores de signos que siempre están enchufados en los terminales eléctricos continuamente. En todas las unidades que componen el servicio de urgencias, puede necesitarse, la realización de un electrocardiograma a los pacientes, y es el celador, el encargado de realizar el traslado de dicha máquina de electrocardiograma, ocurriendo lo mismo, en el

caso, que sea necesario el uso del desfibrilador para efectuar la reanimación cardio pulmonar a algún paciente en estado crítico.

Muchas de las camas y camillas del servicio, no están provistas, de palos porta sueros, y se hace necesario, en otros casos, por la cantidad de botellas colgadas de los mismos, enchanches supletorios. El celador desde el almacén del servicio traslada el palo de suero, provisto de ruedas y con capacidad para enganchar de tres a cinco botellas de cualquier suero, salino o glucosado, hasta el box o la camilla donde se necesita.

Cuando un paciente está muy grave, en estado crítico, es atendido en el box vital del servicio, provisto de varios puestos y camillas para la atención de estos pacientes. Debido a su estado tan grave, muchos de ellos, entran en insuficiencia respiratoria y se hace preciso que se enganche al sistema de respiración artificial, el celador porta y traslada del almacén el respirador artificial, enganchando, la toma de oxígeno al general de servicio, abriéndolo en toda su capacidad.

5 Discusión-Conclusión

El celador de urgencias traslada, siendo una premisa de sus funciones generales, una gran variedad de aparataje y mercancía dentro del servicio de urgencias hospitalarias, de unas unidades a otras, o del mismo almacén del servicio, siendo esta función, realizada, conjuntamente con las que tiene asignadas en la atención del paciente y la colaboración con el personal sanitario, sobrecargando sus ya múltiples funciones en el servicio.

Estas actuaciones de traslado de material y aparatos tienen que ser ejecutadas con dinamismo y rapidez, porque el equipo profesional las está esperando inmediatamente, dependiendo, de ello, incluso la vida del paciente, cuando del respirador artificial se refiere.

6 Bibliografía

1. Equipos médicos indispensables en un hospital. Disponible en: <https://www.promedco.com>
2. El traslado de documentos y objetos. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El celador en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 447

FUNCIONES DE CELADOR EN MATERNIDAD Y PARITORIO

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

MARIA LOZANO PEREZ

ANTONIO GIL MORENO

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

Un embarazo tiene su finalización con el parto, el que podemos definir “el proceso por el cual se produce la salida del feto al exterior mediante el organismo materno”.

El parto es el momento más esperado de una mujer y a la vez el más tenso. Tiene lugar, sobre las 40 semanas de gestación.

El paritorio es el servicio hospitalario donde se asiste a una mujer en el instante de dar a luz, donde acuden las gestantes en sus últimas semanas de embarazo, para poder controlar al bebe por monitores.

Como primer contacto en planta de maternidad que tiene una embarazada es con el celador, por lo que la figura del celador es fundamental, este deberá inspirar confianza, serenidad y sosiego, puesto que estas suelen tener un estado de nerviosismo e intranquilidad por la llegada del bebe, más si es primeriza. La etapa final de un embarazo es el parto.

El celador participará con el personal sanitario, se hará cargo del traslado a quirófano en caso de cesárea. El celador llevará la incubadora a quirófano, en caso de cesárea, devolviéndola después finalizado el proceso a la planta de neonatos. En referencia a las urgencias de embarazadas, el celador es el primer contacto, por ello la importancia del trato, deberá ser correcto, ya que la embarazada presentará nerviosismo y angustia.

2 Objetivos

Conocer las competencias y compromiso del celador en hospitalización de maternidad, su participación a cargo de una embarazada y la envergadura de su presencia en paritorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desarrolla diversas funciones en la planta de maternidad.

Estará a cargo de las pacientes cuando lleguen al hospital, llevándolas a su habitación asignada, ayudará a las auxiliares al cambio de ropa, aseo y encamado.

Funciones del celador en maternidad:

- Llevará al laboratorio muestras de (sangre, heces, orina, etc.)
- Traslado de documentación diversa como solicitudes de pruebas diagnósticas.
- Trasladar a la embarazada al paritorio cuando se le indique.
- Traslado de mobiliario y aparataje que sea necesario en la unidad.
- Cumplimiento de las normas en la unidad y controlará el horario de visitas.
- El traslado de la paciente será en cama, asegurándose que lleve el historial clínico de la paciente. Dicho traslado deberá realizarse con prontitud, intentará clamar a la paciente en el trayecto, ya que estará nerviosa y en tensión.
- Realizará todas aquellas funciones que le mande el personal sanitario, que estén dentro de su competencia.

En urgencias, cuando llegue una embarazada, una vez estén sus datos en admisión, se le brindará una silla de ruedas y se trasladará al servicio de ginecología para su exploración, procediendo al ingreso si fuera necesario.

Una vez en paritorio, el celador procederá a pasar a la paciente al potro una vez la epidural puesta.

Una vez haya terminado el parto el desarrollo será el mismo, pasara a la parturienta del potro a la cama y posterior traslado al box evitando movimientos bruscos donde se quedara el tiempo necesario que considere el personal sanitario.

Una vez que madre e hijo estén listos para volver a planta, se avisara al celador para su posterior traslado. La enfermera será la encargada de trasladar al bebé y el celador de la madre. Si es parto natural, dependiendo del hospital, la propia madre llevará a su bebé, velando de la seguridad de madre e hijo.

5 Discusión-Conclusión

El celador deberá llevar a cabo una variedad de trabajos para establecer un servicio de atención a las embarazadas de máximo nivel y garantizar su confianza y comodidad. El cometido del celador en maternidad es vital para un ambiente estable y eficaz. Debido al dolor intenso e interno de la madre, la ansiedad que sufre es notable, por lo cual el apoyo moral que el celador podrá dar a la parturienta. 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 448

EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y EL CELADOR

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

VÍCTOR DEL RIO MONTES

1 Introducción

En el complejo y crucial entorno del ámbito sanitario, donde la salud y el bienestar de las personas están en juego, el servicio de consultas externas desempeña un papel fundamental. En esta sinfonía de cuidado y atención médica, los celadores emergen como piezas esenciales que garantizan el correcto funcionamiento de este sistema. Estos profesionales, a menudo en la sombra, son los guardianes de la armonía en el servicio de consultas externas.

Los servicios de consultas externas son la puerta de entrada para innumerables pacientes que buscan respuestas a sus inquietudes de salud. Aquí, médicos, especialistas y enfermeras se esfuerzan por brindar atención y diagnóstico, pero detrás de este escenario, los celadores desempeñan un papel crucial. Su labor va

más allá de llevar expedientes y facilitar el flujo de pacientes. Son los anfitriones de la calidez en un mundo a menudo frío y clínico, ofreciendo consuelo y apoyo a aquellos que transitan por pasillos desconocidos y emociones inciertas. En esta introducción, exploraremos el vital engranaje que son los celadores en el servicio de consultas externas, destacando su contribución a la atención al paciente y la importancia de su labor en la humanización de la asistencia sanitaria. Sumérjase con nosotros en el mundo de estos héroes anónimos que hacen posible que la atención médica sea más que un proceso, una experiencia cálida y humana.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el ámbito de las consultas externas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados en el ámbito de consultas externas y el papel del celador son imprescindibles para entender la eficacia y el impacto de su labor en la atención médica. Estos resultados se manifiestan en múltiples dimensiones:

- Eficiencia en el flujo de pacientes: Los celadores desempeñan un papel crucial en la organización y fluidez de las consultas externas. Su capacidad para coordinar la llegada de pacientes, la distribución de expedientes y la asistencia en la movilización de personas con movilidad reducida es esencial para evitar retrasos y asegurar que los pacientes sean atendidos puntualmente.
- Atención personalizada: Los resultados se reflejan en la atención personalizada que los celadores proporcionan a los pacientes. Ofrecen orientación, tranquilidad y apoyo emocional en momentos de ansiedad. Esta atención contribuye a una experiencia positiva para los pacientes y mejora su satisfacción con el servicio de consultas externas.

- Humanización de la asistencia sanitaria: La humanización de la asistencia es uno de los resultados más notables de la labor de los celadores. Al ser la cara amable en un entorno a menudo frío y técnico, contribuyen a crear un ambiente más acogedor y compasivo. Esto es fundamental para el bienestar emocional de los pacientes y sus familias.
- Seguridad del paciente: Los celadores también desempeñan un papel en la seguridad del paciente. Aseguran que se sigan protocolos de higiene y prevención de infecciones al movilizar a pacientes. Su presencia y asistencia evitan caídas y accidentes, promoviendo la integridad física de los pacientes.
- Colaboración interprofesional: Los resultados incluyen la colaboración efectiva con el personal médico y de enfermería. Los celadores trabajan en estrecha coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar que las consultas externas funcionen sin problemas, permitiendo una atención más completa y efectiva.

En resumen, los resultados en el ámbito de consultas externas y el papel del celador son visibles en la mejora de la eficiencia, la humanización de la atención, la seguridad del paciente y la colaboración interprofesional. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la atención médica y su labor tiene un impacto significativo en la calidad de los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el servicio de consultas externas en el ámbito sanitario y el papel del celador no solo son componentes esenciales de la atención médica, sino que tienen un profundo impacto en la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema de salud. Los celadores, al facilitar un flujo de pacientes ordenado y brindar apoyo logístico, mejoran significativamente la eficiencia de las consultas externas, reduciendo tiempos de espera y evitando retrasos. Además, su capacidad para humanizar la asistencia, ofrecer apoyo emocional y garantizar la seguridad del paciente contribuye a un entorno de atención más cálido y seguro. Esto no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también puede influir en la recuperación y el bienestar general. En resumen, la labor de los celadores en las consultas externas es un factor clave para el éxito de la atención médica, influyendo en la eficacia, la humanización y la calidad de los servicios sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-consultas-externas/>

Capítulo 449

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA POR DROGODEPENDENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS

CARLOS TORRES ATIENZA

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

VÍCTOR DEL RIO MONTES

1 Introducción

Además del alcohol, los sujetos que consumen sustancias tóxicas tienen un riesgo de suicidio 14 veces mayor que la población general. También ha habido pruebas de un vínculo entre los incidentes de sobredosis y un aumento de los intentos de suicidio. El consumo de drogas intravenosas, las intoxicaciones agudas, la disponibilidad de una sustancia letal, la impulsividad, un estilo de vida desorganizado y la presencia de un trastorno de personalidad antisocial son algunos de los factores que favorecen la conducta suicida en el grupo de adictos a sustancias tóxicas distintas al alcohol

El alcohol y el tabaco se consideran drogas legales si su producción, distribución, comercialización, venta y consumo están permitidos por la ley.

Debido a la aceptación social de su uso, es una droga que se encuentra institucionalizada. Otras sustancias, las drogas ilegales (cannabis, opiáceos, cocaína o derivados, drogas de diseño), así como todas las adicciones comportamentales (juego patológico, teléfono móvil, Internet y redes sociales, compras compulsivas, adicción al sexo), comparten este rasgo.

Durante la fase de experimentación con la droga se forma una especie de red que acabará atrapando al sujeto en una adicción. Sin embargo, el potencial adictivo de la sustancia o comportamiento se combina frecuentemente con sus efectos subjetivos durante la fase de experimentación, creando una red alrededor de la persona que finalmente la atrapará en una adicción mientras la engaña haciéndole creer que tiene el control, sobre la sustancia o el comportamiento y sus propias acciones. Cada día que pasa, dedicará más tiempo, recursos y esfuerzo a sus actividades relacionadas con sus problemas, a expensas de otras actividades o personas importantes.

2 Objetivos

Enumerar las características de los pacientes que han sido diagnosticados de consumo de sustancias y que han realizado comportamientos autolíticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación se describirá cómo el personal de enfermería y el celador manejarán específicamente a los pacientes tratados por intento de suicidio o riesgo de autolesión: Todas las amenazas de suicidio deberán tomarse en serio y denunciarse de inmediato. Se implementarán precauciones de seguridad eliminando elementos potencialmente autodestructivos del entorno del paciente. Deberemos

tener en cuenta que al utilizar nuestros servicios, los pacientes pueden tener acceso a varios artículos potencialmente peligrosos.

Un paciente de alto riesgo deberá ser vigilado constantemente, incluso cuando esté acostado o cuando va al baño. Se prestará mucha atención a cómo se toma el medicamento y los celadores seguirán siempre las instrucciones del médico. Se deberá informar a los pacientes sobre las medidas de seguridad adoptadas e informarles de nuestra preocupación por ellos. Es importante aumentar su sentido de autoestima como persona y evitar adoptar una postura crítica o moral.

Si el paciente está pensando en quitarse la vida, manténgalo quieto. En primer lugar hay que proteger la vida del paciente y detener cualquier intento de suicidio. Esté atento a cualquier cambio en la actitud del paciente (cambios repentinos de humor, conversaciones sobre la muerte, falta de comunicación). Si un paciente angustiado de repente se calma, no significa necesariamente que se haya curado; Es posible que haya planeado suicidarse, lo que debería disminuir su ansiedad. Hasta que el paciente tenga suficiente autocontrol, se debe vigilar el comportamiento. Los siguientes son ejemplos de evaluaciones del riesgo de suicidio que los profesionales del ámbito sanitario deberán conocer: Se debe considerar si es probable que la situación del paciente cambie en el futuro. Dependiendo de la técnica, la gravedad puede variar, la gravedad del paciente que se arrepiente de haber sido salvado es mayor que la del paciente que no está seguro o que se arrepiente del esfuerzo con una crítica abierta. Por eso es importante prestar atención a la actitud del paciente. Los factores de riesgo incluyen enfermedades mentales, abuso de sustancias e intentos de suicidio previos.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio actual se descubrió que: La mayoría de los sujetos que han intentado suicidarse asiduos de consumir alcohol son hombres de entre 20 y 49 años que sólo han completado su educación primaria y actualmente están empleados.

Las conductas suicidas se caracterizan por realizarse principalmente en horas nocturnas, según el patrón de temporalidad que se les asocia.

La intoxicación por drogas y la flebotomía fueron los dos métodos más utilizados para los intentos de suicidio.

La población femenina experimenta con mayor frecuencia pensamientos e intentos suicidas, y el abuso sexual es un tema relacionado de gran relevancia. Estas relaciones pueden dar sentido a la vida de un joven o, por otro lado, pueden empujarlo hacia conductas suicidas. Los estilos de los padres, los vínculos y los diversos roles que se desempeñan en una familia son importantes en los jóvenes

en general.

6 Bibliografía

-<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f5ce57d-1085-11ec-bfb0-874800d2c074/PPCSC.pdf>

Capítulo 450

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL.

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

Una buena administración de recursos humanos en un hospital es de vital importancia por varias razones. El personal de salud es el recurso más valioso en un hospital. Una administración eficiente de recursos humanos garantiza que el hospital cuente con profesionales bien capacitados y motivados para brindar atención de alta calidad a los pacientes. Esto incluye médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo.

La formación adecuada, la gestión de la carga de trabajo y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud son fundamentales para reducir los errores médicos. Una buena administración de recursos humanos puede contribuir

a un entorno de trabajo en el que se minimicen los errores. Además, la rotación de personal en el ámbito médico puede ser costosa y disruptiva. Una administración efectiva de recursos humanos se enfoca en retener a profesionales talentosos al proporcionar un ambiente de trabajo favorable, oportunidades de desarrollo y beneficios adecuados.

Una parte crítica de la administración de recursos humanos es la planificación de la fuerza laboral. Esto implica anticipar las necesidades futuras de personal en función de la demanda de atención médica y garantizar que el hospital cuente con suficientes profesionales en el momento adecuado. En el sector de la salud, existen numerosas regulaciones y normativas relacionadas con el personal y la atención al paciente. Una buena administración de recursos humanos se asegura de que el hospital cumpla con todas estas regulaciones, lo que evita problemas legales y sanciones.

Por lo tanto, los hospitales pueden ser entornos estresantes y emocionales. Una administración eficaz de recursos humanos incluye la resolución de conflictos y la promoción de un ambiente de trabajo colaborativo y armonioso.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito de recursos humanos.

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 la administración de recursos humanos en un hospital es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente de todos los aspectos relacionados con la gestión del personal en el entorno hospitalario. Los auxiliares administrativos en recursos humanos son responsables de mantener registros precisos y actualizados de todos los empleados del hospital. Esto

incluye la gestión de expedientes de empleados, la documentación de sus credenciales, certificaciones y licencias, así como la actualización de cualquier cambio en su información personal o profesional. También se encargan de ayudar en el proceso de contratación, es una función importante. Esto implica colaborar en la revisión de currículos, la programación de entrevistas, la verificación de referencias y la coordinación de las pruebas de selección. Además, los auxiliares administrativos pueden desempeñar un papel clave en la orientación de los nuevos empleados, proporcionándoles información sobre las políticas y procedimientos del hospital, los beneficios, y ayudándoles a completar la documentación necesaria.

Es una realidad que estos profesionales suelen ayudar en la gestión de los beneficios de los empleados, como el seguro de salud, las vacaciones y los programas de jubilación. También pueden ser responsables de la preparación y el procesamiento de las nóminas de los empleados. Esto incluye llevar un registro preciso de la asistencia y las horas trabajadas por los empleados es esencial para el cálculo de las nóminas y el seguimiento de las ausencias. Los auxiliares administrativos suelen gestionar esta tarea.

Los hospitales están sujetos a una serie de regulaciones y normativas relacionadas con la gestión de recursos humanos, como las leyes laborales, la seguridad en el trabajo y la confidencialidad de la información médica. Los auxiliares administrativos ayudan a garantizar que el hospital cumpla con todas estas normativas. Esto les obliga a facilitar la comunicación entre los departamentos de recursos humanos y otros departamentos del hospital, es esencial. Esto puede incluir la distribución de comunicaciones internas, la programación de reuniones y la gestión de consultas de los empleados.

Y es que los auxiliares administrativos pueden ayudar en la resolución de problemas relacionados con los empleados, como conflictos en el lugar de trabajo o cuestiones de cumplimiento. Pueden actuar como intermediarios y proporcionar asistencia administrativa en la implementación de soluciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del auxiliar administrativo en la administración de recursos humanos en un hospital es de gran importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y efectivo de la institución de atención médica. Los auxiliares administrativos desempeñan una serie de funciones cruciales que abarcan desde la gestión de registros y documentación hasta la coordinación de procesos de contratación, la administración de beneficios y la resolución de problemas

relacionados con el personal.

Su contribución es esencial para mantener un entorno de trabajo armonioso, cumplir con las regulaciones normativas, retener talento, mejorar la satisfacción del personal y, en última instancia, brindar una atención de alta calidad a los pacientes. En resumen, los auxiliares administrativos en recursos humanos son un eslabón fundamental en la cadena de gestión de un hospital y contribuyen significativamente al éxito y la eficiencia de la institución médica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-departamento-recursos-humanos/>.
2. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>.
3. <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/auxiliar-administrativo-unidad-salud/>.

Capítulo 451

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE PARITORIOS

MARIA SATUE GABALDON

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

Un paritario o sala de partos es una habitación hospitalaria acondicionada y desarrollada llevar a cabo un parto.

Dentro del paritorio encontramos un estar para el personal sanitario, distintas salas de dilatación, dos salas al menos de partos con todo el instrumental necesario, una sala o dos habilitadas para los partos de cesárea y un centro de control de monitores.

El celador en partos, desempeña un papel fundamental en el área de maternidad y obstetricia brindando apoyo y asistencia tanto a las madres como a los bebés durante el proceso del parto.

El celador en partos trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar que se cumplan todas las necesidades y se brinde la atención adecuada a las madres y los bebés. Su presencia y apoyo son esenciales para crear un entorno seguro y confortable durante este momento tan im-

portante, ya que garantizará los cambios posturales que la mama dicte para su completa comodidad, haciendo este momento mas ameno y llevadero junto al resto de sanitarios.

Entre las responsabilidades del celador en partos se encuentran la preparación de la sala de partos, asegurándose de que esté equipada con todos los suministros necesarios y en óptimas condiciones. También asiste durante el parto, brindando apoyo físico y emocional a la madre, ayudándola a cambiar de posición, proporcionándole agua y manteniéndola cómoda.

2 Objetivos

-Los objetivos a saber en este artículo son:

Saber las funciones del celador en el servicio de ginecología y obstetricia.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, hemos realizado una búsqueda sistemática en páginas de ciencia sanitaria como Pubmed, Scielo y Medline, dando prioridad en la búsqueda a las palabras, el celador en parto, paritario, celador, servicio de ginecología y obstetricia.

4 Resultados

El celador en partos es un profesional de la salud categorizado como no sanitario que brinda apoyo y asistencia en el área de maternidad y obstetricia. Su función principal es garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé durante el proceso de parto ayudando a realizar cambios posturales cuando precise, así como cambios de cama a potro, bañera o lo que en ese momento se especifique.

El celador en partos trabaja en estrecha colaboración con los siguientes sanitarios: médicos pediátricos y anestesta y ginecólogos, enfermería y enfermería especializada en matrn, tcnicos auxiliares de enfermería y limpieza, para asegurarse de que se cumplan todas las necesidades de la madre y el bebé. Algunas de sus responsabilidades pueden incluir:

-Preparar la sala de partos: El celador se encarga de preparar la sala de partos antes de la llegada de la madre. Esto implica asegurarse de que todos los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado (potro, pelota o

cacahuete de ayuda al parto, bañera en caso de que el servicio tenga y cama preparada para partos).

-Asistir durante el parto: Durante el proceso de parto, el celador brinda apoyo físico y emocional a la madre. Puede ayudarla a cambiar de posición corporal, proporcionarle agua y mantenerla cómoda.

-Transporte y movilidad: El celador también será el responsable de transportar a la madre desde su habitación hasta la sala de partos y viceversa. Además, puede ayudar en la movilidad de la madre durante el trabajo de parto.

-Mantener el orden tanto de la sala de espera como de la sala de partos: será responsabilidad del celador mantener la sala de espera y de partos limpia y ordenada. Esto implica desechar los desechos médicos de manera adecuada y asegurarse de que todo esté en su lugar después del parto.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que las responsabilidades exactas de un celador en partos pueden variar según el hospital o centro de salud en el que trabajen. Sin embargo, su objetivo principal es brindar apoyo y asistencia durante el proceso de parto para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé haciendo las movilizaciones corporales que sean necesarias para que este momento sea lo más llevadero posible.

Al terminar el proceso del parto, será el celador el que acompañe a ambos a la habitación de ingreso.

Para que se mantenga el orden en el servicio de ginecología y obstetricia, será el celador el encargado de controlar las salas así como de ordenar el mobiliario en caso de ser necesario.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/postpartumcare.html>

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-embarazo/>

Capítulo 452

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANOS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

MACARENA GARCÍA POVEDA

MILAGROS SAIZ BELINCHON

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

1 Introducción

El celador, aún siendo personal no sanitario, está en contacto directo con el personal sanitario y con los pacientes y enfermos, usuarios de un hospital. Uno de los servicios importantes de un hospital, es el área quirúrgica.

En un área quirúrgica es una sala donde se realizan diferentes tipos de cirugía, y según el tipo de cirugías se pueden clasificar en cirugías mayores, o cirugías menores o ambulatorias.

El quirófano debe estar cerca de la unidad de cuidados intensivos, de REA o de la unidad de partos, así como bien comunicada con el área de urgencias, traumatología y laboratorio. También es importante que este área esté comunicada para estudios de anatomía patológica, y de imagen y radiodiagnóstico.

Los procedimientos en el servicio quirúrgico del hospital varían según el tipo de cirugía que se realiza al paciente, ya que el servicio puede realizar una variedad

de cirugías. Algunas son diferentes, como la cirugía general (tipo de cirugía y tratamiento de los pacientes).

El celador depende del centro de salud, incluido el personal de enfermería, y vela por el cumplimiento de las normas y reglamentos relacionados con la higiene y orden en todas las actividades disponibles. El celador recibe a los pacientes en la puerta de quirófano y ya sea en camilla, silla o acompañándolos andando, los prepara en la mesa de quirófano para su operación, poniendo la posición que los especialistas soliciten.

2 Objetivos

El objetivo principal es entender cómo funciona el trabajo de un celador en el área de quirófano y las diferentes formas de hacer las cosas donde se requiere esterilidad.

3 Metodología

Se realizó un estudio y revisión de literatura científica previamente publicada para profundizar el estudio. Se utilizaron las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de la literatura revisada. También hubo una extensa búsqueda de libros.

4 Resultados

El celador del quirófano trabaja bien en conjunto con el equipo especialista que trabaja en esa área en particular, ayuda a los pacientes y al equipo especialista en el orden y la fluidez del trabajo en este área donde hay equipos multidisciplinarios. En el quirófano se pueden realizar diferentes procedimientos dependiendo del tipo de cirugía que se necesite realizar. Por lo tanto, para que la cirugía del paciente se desarrolle sin problemas, se debe comprender la causa que conlleva a la cirugía.

Este tiempo anterior en la que se explica procedimiento y causas es el período perioperatorio, el momento previo a la cirugía, cuando se le dice al paciente que es necesaria la cirugía para tratar su enfermedad o molestias. Cuando el paciente se somete a la operación, se denomina período medio operatorio y ocurre desde que se coloca al paciente en la mesa de operaciones hasta que sale del quirófano,

cuando ya se ha realizado la cirugía. Las estadísticas en diversos servicios quirúrgicos aún deben mostrar la cooperación y el funcionamiento engranado de todo el equipo de trabajo para garantizar que el paciente esté siempre seguro hasta el final de la operación. Una vez que el paciente es trasladado a la habitación, el personal de enfermería se encarga de monitorizar en todo momento las constantes vitales del paciente mediante los monitores que se encuentran en estas salas, así como otras tareas incluyen medir periódicamente la presión arterial de los pacientes y administrar medicamentos según las indicaciones del médico especialista y el anestesista, quien es responsable de todo lo anterior. Cuando el paciente se despierta, el celador lo lleva a la habitación correspondiente, en el despertar, donde permanecerá hasta su recuperación de la anestesia, y después trasladado a planta o dado de alta, dependiendo su evolución y el tipo de cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son parte del equipo de personal que cuidan al paciente mientras es examinado en la sala, transportado al quirófano, trasladado de la cama a la mesa de operaciones y asistido por el personal médico durante los procedimientos invasivos, como vimos en la sección anterior.

Además, supervisan el suministro de almacenes, balas de oxígeno, camillas, sillas, y se encargan de mantener el orden tanto de pasillos como de las salas. Una vez finalizado el procedimiento, el celador coloca y ayuda a preparar la sala de quirófano para una posible intervención después, y transporta al paciente al área de recuperación o REA.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.bolgspot.com>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. <https://www.essaeformaction.com/el-celador-en-el-quiroyfano>
4. <https://congresoicepa.com>

Capítulo 453

PRINCIPALES FUNCIONES DE UN TELEFONISTA RECEPCIONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Como recepcionista telefonista entendemos como el personal laboral encargado de apoyar administrativamente en el centro sanitario, atender a las visitas o llegadas al mismo y encargarse de la recepción y tramitación de las llamadas telefónicas, aunque esta definición sea muy escueta, realmente las labores de este personal serán más extensas o amplias en su campo de actuación.

El trabajo o la atención personalizada que realice este personal hacia el usuario o ciudadano será la imagen que el centro sanitario proyecte hacia el exterior, pues este personal será el primero que atienda a la persona que tanto acuden al centro como llaman al mismo para cualquier tipo de consulta.

No solo este personal se encargará de recibir o dar información o atender usuarios, también tendrán otras muchas otras funciones que podrían ir desde gestionar avisos, notificaciones, recibir correos, agilizar procesos o comunicaciones, coordinar equipos de actuaciones, etcétera

El trabajo del recepcionista telefonista también irá acorde y se regirá con base en las normas de actuación del centro sanitario, su trato, su tratamiento, su resolución o su gestión de llamadas.

En este tema de investigación trataremos o hablaremos sobre cuáles serían las principales funciones que un recepcionista telefonista debe realizar trabajando en un centro sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las principales funciones del recepcionista telefonista

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 personal recepcionista telefonista pueden ser muy extensas y podrán abarcar más del o que realmente pueda parecer, no solo se limitan a atender al usuario que acude al centro o que llama al mismo para realizar una Consulta.

Este personal puede estar desde controlando la entrada al centro de usuarios mediante monitores o solicitando autorizaciones a los mismos para poder acceder a diferentes áreas del centro, como gestionando llamadas y dándoles prioridad para ser tratadas por el servicio que les corresponda

A continuación veamos cuáles podrían ser algunas de las funciones que debe realizar este personal, aparte de las más significativas que serían las de atender telefónicamente o la atención al usuario que acude al centro:

- Dar buena imagen del centro.
- Ser amable a la par que eficaz.
- Llevar un registro de visitas o llamadas.
- Resolver con solvencia los problemas o acontecimientos que se le presenten.
- Gestionar la correspondencia entrante y saliente.
- Acomodar las entregas de mensajería.
- Seguimiento de la agenda.
- Control de citas.

- Programación de reuniones.

Estas podrían ser algunas características que deberían tratar de seguir en el proceso de atención al ciudadano, así como otras funciones no menos importantes que este personal también debe de realizar en su jornada laboral.

Dichos pasos o actuaciones de este personal cualificado llevarán por buen camino la comunicación con el paciente o visitante y desembocará en buen conocimiento, buena actuación de los expertos que les compete y resultado satisfactorio en la mayor parte de los casos.

Tanto recepcionista como telefonista tendrán que ser hábiles y cualificados para atender las llamadas o al ciudadano personalmente y poder gestionar de manera correcta la consulta la urgencia o sugerencia que se le haya presentado en cualquier momento, tanto coordinando los servicios de actuación como entendiendo y comprendiendo el mensaje explícito que se les haya planteado, pudiendo así actuar acorde con lo que requiera la situación.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos podido conocer tanto las tareas de recepción como de telefonista, y podemos decir que su labor será fundamental para poder agilizar los procesos que el ciudadano necesite del centro sanitario, tanto su tratamiento hacia él, como la solución de cualquier tipo de duda que se le presente.

Las funciones de este personal serán esenciales para la atención hacia el ciudadano.

Este personal deberá estar formado en su puesto para que su atención sea satisfactoria para todas las partes, tanto para el centro en el que trabaja como para el ciudadano que solicita sus servicios.

Una buena actuación por parte del recepcionista telefonista desencadenará en una consiguiente actuación por parte del equipo sanitario rápida y atenta.

Este trabajador es una pieza muy importante en el centro, ya que es la primera persona que el paciente ve o con la primera que se comunican desde fuera del centro, y la primera que empezara a gestionar la atención al ciudadano por parte del centro sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 454

LA CONTRIBUCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

La administración de farmacia hospitalaria es de vital importancia en el entorno de la atención médica por diversas razones. La gestión eficiente de la farmacia hospitalaria garantiza que los medicamentos se utilicen de manera adecuada y segura. Esto incluye la verificación de las prescripciones médicas, la prevención de errores de medicación y el seguimiento de las interacciones medicamentosas. La administración adecuada de la farmacia es esencial para prevenir errores de medicación y garantizar que los pacientes reciban los medicamentos correctos en las dosis adecuadas. Esto contribuye directamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes. Una gestión eficiente de la farmacia ayuda a controlar los costos

relacionados con los medicamentos y los suministros farmacéuticos. Esto es importante para mantener los presupuestos hospitalarios bajo control y garantizar que los recursos se utilicen de manera eficaz (1).

Los hospitales están sujetos a una serie de regulaciones y estándares relacionados con la farmacia y los medicamentos. La administración de farmacia hospitalaria asegura que se cumplan estas regulaciones, lo que es esencial para evitar sanciones legales y mantener la acreditación.

Mantener un inventario adecuado de medicamentos y suministros farmacéuticos es esencial para garantizar que siempre haya suficiente disponibilidad cuando se necesite. Una buena gestión de inventario también ayuda a evitar el desperdicio de medicamentos debido a la expiración. Además, los farmacéuticos y el personal de farmacia hospitalaria desempeñan un papel importante en la revisión de las terapias medicamentosas y el asesoramiento a los médicos sobre las mejores opciones de tratamiento. Esto puede mejorar la eficacia de los tratamientos y reducir los efectos secundarios.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la administración de farmacia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en la administración de farmacia hospitalaria es crucial para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro del servicio de farmacia en un entorno hospitalario.

Los auxiliares administrativos son responsables de mantener un registro preciso de los medicamentos y suministros en el inventario de la farmacia hospitalaria. Esto implica llevar un control de existencias, realizar pedidos de reposi-

ción y supervisar las fechas de caducidad para garantizar que los medicamentos estén disponibles cuando se necesiten y que no se utilicen productos vencidos. Además, los auxiliares administrativos colaboran en el procesamiento de pedidos de medicamentos y suministros farmacéuticos para los pacientes y otros departamentos del hospital. Esto incluye verificar las prescripciones médicas, preparar los medicamentos y asegurarse de que se entreguen de manera oportuna (2).

También ayudan en la facturación de los medicamentos y servicios farmacéuticos a los pacientes y las compañías de seguros. Esto requiere un conocimiento sólido de los procedimientos de facturación y la coordinación con el personal de facturación para garantizar una documentación precisa y el reembolso adecuado. También, llevan a cabo tareas de registro y documentación, como mantener registros de pacientes, registros de medicamentos dispensados y otros documentos administrativos necesarios para cumplir con los estándares de regulación y mantener una trazabilidad adecuada.

Los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con los farmacéuticos y el personal de farmacia para garantizar la seguridad y eficacia de la gestión de medicamentos. Pueden ayudar en la preparación de fórmulas magistrales, etiquetar medicamentos y proporcionar apoyo general en el flujo de trabajo de la farmacia. También pueden interactuar con pacientes y sus familiares, así como con otros miembros del personal del hospital. Brindan atención al cliente, responden preguntas sobre medicamentos y proporcionan información básica sobre el proceso de dispensación (3).

Otra función de estos profesionales es que contribuyen al cumplimiento de las regulaciones y estándares de seguridad establecidos por las agencias reguladoras y las políticas internas del hospital. Esto incluye la gestión de medicamentos controlados y el seguimiento de las normas de seguridad en la manipulación de medicamentos.

Por último, la contribución del auxiliar administrativo en la administración de farmacia hospitalaria es esencial para mantener un flujo de trabajo eficiente, garantizar la disponibilidad de medicamentos seguros y proporcionar un servicio de calidad a los pacientes en el entorno hospitalario. Su trabajo en la gestión de inventario, procesamiento de pedidos, documentación y atención al cliente es fundamental para el funcionamiento exitoso de la farmacia en un hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la contribución del auxiliar administrativo en la administración de farmacia hospitalaria es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente

y seguro de este importante servicio en el entorno hospitalario. Los auxiliares administrativos desempeñan una variedad de roles críticos que van desde la gestión de inventario y el procesamiento de pedidos hasta la documentación y la atención al cliente.

Su labor contribuye directamente a la optimización del uso de medicamentos, la seguridad del paciente, el control de costos y el cumplimiento normativo. En última instancia, su trabajo es fundamental para proporcionar una atención médica de calidad y mantener el bienestar de los pacientes en el hospital.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>
2. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>
3. <https://www.asefarma.com/blog-farmacia/es-necesario-personal-administrativo-en-la-farmacia>

Capítulo 455

EL CELADOR Y SUS DIFERENTES COMETIDOS EN LA RECOGIDA DE RESIDUOS SANITARIOS

VÍCTOR DEL RIO MONTES

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

1 Introducción

Se podrían definir como residuos sanitarios a aquellos producidos en instalaciones o centros que tienen como finalidad ayudar al usuario en general en cuestiones relativas a su salud. De esta forma, una vez agotados dentro del centro sanitario, todos los insumos médicos que provienen de los centros hospitalarios se consideran residuos.

En un entorno hospitalario se pueden producir tres tipos diferentes de residuos, cada uno de los cuales se clasifica según los riesgos que pueden presentar. Por un lado, existen residuos sanitarios no peligrosos (clase I y clase II) y residuos sanitarios peligrosos (clase III, clase IV y clase V y también clase VI).

Dado que es el responsable de realizar estas tareas, el celador desempeña un papel importante en la recogida de residuos sanitarios infecciosos de clase 3. El Protocolo de Residuos Sanitarios Generados en Centros Sanitarios regula la recogida de residuos sanitarios.

Es necesario el uso de medidas preventivas de recogida, almacenamiento y transporte al momento de recolectar los residuos antes mencionados. Esto hará al guardia responsable de realizar las funciones antes mencionadas. Se deben impartir al celador sesiones de capacitación sobre el manejo y separación adecuados de los contenedores de desechos médicos peligrosos.

De esta forma, el celador recibe formación y concienciación sobre las características y riesgos asociados a la gestión de residuos sanitarios, cuyo adecuado manejo y distribución no ponga en peligro la salud pública y laboral en el centro de salud.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en la recogida de residuos sanitarios en las instalaciones hospitalarias.
- Enumerar las distintas clasificaciones de residuos sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Medline, Google Académico.

4 Resultados

Los desechos sanitarios o infecciosos, los desechos anatómicos, la sangre líquida y los productos sanguíneos, las agujas y otros objetos punzantes, las vacunas vivas y atenuadas y los desechos sanitarios o infecciosos pueden clasificarse como específicos de riesgo.

En particular, los desechos sanitarios de clase III pueden descomponerse en desechos infecciosos, desechos anatómicos, desechos de cualquier prueba o ensayo que involucre sangre, agujas u otros objetos punzantes, y desechos de vacunas, ya sean que contengan virus vivos o atenuados.

Estos residuos necesitan precauciones especiales de manipulación tanto para su manipulación interna dentro del centro como para su manipulación externa cuando se retiran del centro.

El celador es el encargado de recolectar los desechos médicos que se guardan en contenedores especiales de plástico y cartón con una capacidad combinada de entre 30 y 50 litros. Los contenedores serán etiquetados con el tipo de residuo y la fecha de retirada, tras lo cual el celador entregará los contenedores a los servicios hospitalarios correspondientes.

El profesional celador transportará residuos médicos peligrosos en varios circuitos utilizando varios ascensores, dependiendo de si los contenedores están vacíos, limpios o llenos. De esta forma se respeta la zona limpia y sucia, claramente delimitada, evitando cualquier contacto entre ellas.

El celador recoge los objetos punzantes en contenedores específicos y herméticamente cerrados de varios tamaños.

La evacuación de los contenedores es realizada por el grupo profesional de celadores, se transportará en carros hasta el almacén general y serán retirados por el gestor de recogidas de residuos sanitarios.

Todo el personal de un centro médico deberá tener conocimientos sobre la gestión de residuos. Debido a que llevan a cabo una variedad de funciones, los celadores participarán directamente en la gestión adecuada de los residuos, minimizando cualquier riesgo para la salud que puedan representar para el personal, los pacientes o los familiares.

5 Discusión-Conclusión

En numerosas ocasiones se afirma que el celador no realiza una tarea especializada, es decir, no es un profesional determinado en un campo en particular, sino que el celador realiza un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, donde su labor posibilita el correcto funcionamiento del centro de salud tanto a nivel interno como externamente. La Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto del Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, define estas competencias.

Las funciones que realiza el celador en la recogida de residuos sanitarios infecciosos clase 3 también son fundamentales porque permiten mantener y organizar los diferentes componentes residuales en sus contenedores adecuados, facilitando la operativa en todas las áreas del centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-celador-residuos-sanitarios/>.

Capítulo 456

LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL POR PARTE DEL CELADOR

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

Con los años, el avance en la investigación y los nuevos fármacos la esperanza de vida ha ido en aumento y con ello el incremento de personas que padecen y/o padecerán cáncer u otras enfermedades como cardíacas, renales, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica), Sida, etc. Muchas de estas personas pueden estar abocadas a ser pacientes terminales, los cuales necesitaran de una atención personalizada y especial para que tengan sus últimos días un estado de máxima dignidad tanto física, psíquica, social y espiritual.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define al paciente terminal como: "Paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico de vida limitado", este estaría considerado en un tiempo inferior a los seis meses.

La enfermedad terminal por ser progresiva e incurable y que no responde a ningún tratamiento por lo que los síntomas se irán agravando con el paso del tiempo con una sintomatología como dolor, disnea, confusión, ansiedad, vómitos, tos, etc.

El celador ha de tener unos conocimientos básicos como la movilidad del paciente y el manejo de materiales de inmovilización, también ha de seguir unas pautas del cuidado del paciente terminal recibidas por parte de médicos, enfermeras.

Nos referiremos a agonía al estado precedente a la muerte donde ya aparecen múltiples complicaciones como pérdida de conciencia, mayor deterioro y la dependencia sanitaria sería de mayor necesidad, ya que el desenlace puede ser cosa de horas o días.

Hoy en día tenemos, tanto cuidados paliativos hospitalarios como domiciliarios para quienes deseen que su familiar pasa los últimos momentos en su hogar con su familia.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación del celador y los cuidados que ofrecer al enfermo terminal.
- Actualizar los conocimientos y la realización de los mejores cuidados del paciente por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos deben de proporcionar el bienestar y la calidad de vida, por lo que el celador como parte del equipo de trabajo debe ser correcto, respetuoso, evitando comentarios o valoraciones médicas ni opiniones así como mostrarse colaborador para mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo sus necesidades psicológicas y las de sus familiares, escuchándoles, hablando con

ellos, ya que los cuidados paliativos se basan en la comunicación entre paciente, familia y equipo coordinador, los cuales respetarán sus creencias o necesidades religiosas.

El celador tendrá en la atención al paciente que:

- Ayudar en el aseo e imagen del paciente.
- Ayudar en colocación y retirada de cuñas.
- Ayudará en el movimiento y traslado de pacientes.
- Ayudar en la inmovilización del paciente.
- Y otras que se le encomiende para el buen estar del enfermo.

Los métodos de cuidados paliativos responderán a los deseos del paciente en los que se emplearan técnicas de comunicación para identificar sus valores, objetivos y preferencias, otros tratamientos farmacológicos que pudieran tratar el dolor u otras dolencias.

Existen varias enfermedades que pueden requerir los cuidados paliativos como serian:

- Neoplasias.
- Demencia.
- Esclerosis Múltiple.
- Sida.
- Anomalías congénitas.
- ELA.
- EPOC.

Los cuidados a los que pudiera tener necesidad el paciente:

- Digestivos.
- Estreñimiento, con la administración de edemas.
- Náuseas, y/o Vómitos, atendiendo a su limpieza cuantas veces precise.
- Sequedad de boca, una higiene bucal y administración de líquido cuando sea posible y precise.
- Caquexia, hidratando y cambios posturales.
- Respiratorios.
- Secreciones, con técnicas de aspiración.
- Disnea, con técnicas de relajación y respiratorias.
- Estertores post mortem, una posición para evitar la aspiración de sus propios fluidos.
- Dolor subjetivo y objetivo que se trataría con farmacología y medidas de confort.

Todo paciente tiene derecho a conocer toda la información sobre su diagnóstico, lo que nos llevaría al cómo afrontará la enfermedad y su final de distinta manera. Y cómo se le debería de tratar según el estado emocional y físico en que se

encuentre.

El celador debería de tener una especial empatía con enfermo y familiares los cuales podrían pasar por una serie de etapas conocidas como:

1. Etapa de negación; la cual puede amortiguar momentáneamente al dolor aunque no demasiado en el tiempo, ya que se enfrentará en algún momento con la realidad.
2. Etapa de ira; en la cual surgen sentimientos de rabia y resentimiento en la cual buscaremos responsables y en la que aparecerá la frustración, el final que inevitablemente llegará.
3. Etapa de negociación; una idea que suele surgir es la reversibilidad de la situación o la posibilidad de poder haber evitado esa situación.
4. Etapa de depresión; la tristeza y sensación de vacío y que no está relacionada con salud mental, sino de las emociones por la pérdida de un ser querido, perdiendo incentivos para continuar con el día a día.
5. Etapa de aceptación; cuando se aprende a vivir con el dolor emocional de que la persona ya no se encuentra entre nosotros.

Existen unidades de cuidados paliativos tanto en Hospitales, Centros de Salud o Domiciliarios los cuales tendrán unos objetivos principales como son:

- Control del dolor y sus síntomas.
- Aportación de confort y bienestar en lo posible.
- Fomentar la comunicación paciente-familia.
- Integración de aspectos físicos, psicológicos y espirituales.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Atención integral, individualizada y continua.
- Desarrollar la autonomía del paciente.
- Mantener una buena imagen del paciente.

Por último y según recoge la Ley 5/2015 de 26 de junio sobre los derechos y garantías en los enfermos terminales y que les otorga:

- Derecho a la atención médica.
- Derecho sobre el estado de su salud.
- Derecho en la participación de decisiones sobre su tratamiento.
- Derecho al rechazo de su tratamiento.
- Derecho a respetar su dignidad.
- Derecho a su confidencialidad.
- Derecho al rechazo de maniobras para su soporte vital.
- Derecho a los cuidados paliativos en hospital, centro de salud o su domicilio.
- Derecho a permanecer acompañado.
- Derecho a la igualdad.

- Derecho a la reducción de su sufrimiento.

5 Discusión-Conclusión

Entendiendo el tratamiento paliativo como una especialidad médica reconocida, basada en el reconfortamiento y la evitación del sufrimiento, el celador, que desempeña funciones de lo más variables, debería tener una formación adecuada en cuidados paliativos para poder ofrecer un trato adecuado al enfermo como a sus familiares y estar presente en los cuidados físicos, psicológicos, emocionales del paciente, al cual vigilará para facilitarle el descanso, mostrándose colaborador, siendo respetuoso y atendiendo y compartiendo necesidades y sentimiento, mostrando gran empatía con el mismo en estos últimos momentos de su vida. Se deberán respetar todos los derechos amparados en la Ley 5/2015 de 26 de Junio, derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

6 Bibliografía

1. Ley 5/2015 de 26 de Junio, derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.
2. Cuidados paliativos: Control de signos y síntomas en el paciente terminal. 2009. María Ángeles García Mata.
3. Atención al Paciente Terminal. 2015 Rosana del Amo López.
4. Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado. 2011 Roberto Germán Zurriarain.
5. <https://scholar.google.es>.
6. <https://scielo.org.es>.
7. <https://dialnet.unirioja.es>.
8. <https://medlineplus.gov.spanish>.

Capítulo 457

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVOS

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

El artículo 14.2 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, expresa “cada centro sanitario archivará las historias clínicas de sus pacientes, quedando bajo la custodia del propio centro sanitario”. Cuando un usuario de una institución sanitaria acude por primera vez a demandar los servicios sanitarios de la misma, el centro tiene la obligación de abrir, generar, guardar y archivar la historia clínica del paciente para futuros procesos asistenciales. La historia clínica irá aumentando con los respectivos informes de cada proceso asistencial del paciente, la cual se prestará a las distintas unidades hospitalarias en caso de ingreso, de realización de pruebas diagnósticas, de operación quirúrgica, de consultas programadas y se devolverán al servicio de archivo cuando el paciente sea dado de alta hospitalaria o finalice su demanda asistencial.

Por lo tanto, para guardar y archivar las historias se necesita un espacio físico, que dentro de los centros sanitarios se conoce con el nombre del servicio de archivos. Este lugar donde se custodian las historias está integrado por profesionales sanitarios, entre los que destacan, auxiliares administrativos, administrativos y celadores.

Como encargado del servicio, se encuentra el jefe de archivos, que generalmente suele ser un técnico-administrativo.

En el servicio de archivo de historias clínicas se ordenan y guardan las mismas por numeración, en estanterías que faciliten su ubicación y localización. Transcurridos cinco años desde la creación de la historia clínica del paciente, esta pasa a guardarse en el Archivo Central.

Los celadores, como se ha mencionado, también forman parte del equipo de profesionales que desarrollan su labor en el archivo, siendo un engranaje importante en el buen funcionamiento del mismo.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de archivo de historias clínicas.
- Exponer las funciones del celador destinado en el servicio de archivo de historias clínicas.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una investigación en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas.

Para ello, se han utilizado buscadores como PubMed, Medline, Google académico y Dialnet.

4 Resultados

El celador destinado en el servicio de archivo, en turno de mañana o de tarde (el servicio está cerrado en turno nocturno) comienza su jornada laboral preparando las historias que deberá repartir por los distintos servicios del Hospital.

Los auxiliares administrativos localizan y preparan las historias de un día para otro, y las colocan en las estanterías de salida, ordenadas por especialidades y tipo

de demanda. Así, las historias destinadas a cualquier tipo de consulta programada especializada, son colocadas en la zona de las estanterías de salida destinadas a tal fin; así como las otras historias para pruebas especiales, quirófanos, etc.

El celador, provisto de un carrito de transporte, coloca las historias ordenadas y se marcha a repartirlas por las distintas consultas y salas de pruebas diagnósticas, recogiendo y devolviendo al archivo, aquellas que han sido utilizadas en la jornada anterior. Cuando se habla de historias se hace referencia a un sobre tamaño din A2, que generalmente es de papel, reforzado con fibras textiles.

En ocasiones se demanda la historia urgente de algún paciente, y el celador sin demora, bajo las órdenes del jefe de archivo, las acerca al servicio peticionario con la mayor celeridad posible, esta situación puede venir desde las plantas, desde las salas de realización de pruebas diagnósticas o del mismo quirófano.

El celador, cuando finaliza el reparto de las primeras historias de las consultas y pruebas, recogerá todas aquellas que han sido utilizadas el día anterior, y que en el día de hoy no han tenido actividad alguna.

Además de ser el encargado de repartir las historias por los servicios del hospital, también ayuda al resto de componentes del archivo, en este caso, a los auxiliares administrativos, en la colocación y ubicación de las historias.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en el servicio de archivo desempeña una labor importante que contribuye al correcto funcionamiento del mismo. Gracias al traslado de las historias clínicas a los diversos servicios y salas, los distintos especialistas médicos pueden desarrollar su trabajo con calidad y eficacia, siempre en interés del paciente.

El celador de archivo debe conocer con exactitud las ubicaciones de todas las unidades hospitalarias, así como, las diferentes salas donde se realizan las diversas pruebas diagnósticas, para ubicar y dejar exactamente las historias en el lugar correcto. Con su labor contribuye a que los objetivos del servicio, como los propios del centro sanitario, se cumplan con calidad y atención para el paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del archivo de historias clínicas. Disponible en <https://revistamedica.com>.
2. El servicio de archivo y documentación. Disponible en <https://riberasalud.com>.

3. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>.

Capítulo 458

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA GUARDIA Y VIGILANCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

1 Introducción

Un centro hospitalario es uno de los lugares a los que las personas no quieren estar o ir, pero el lugar que todos quieren tener cerca. Un centro hospitalario es muy necesario, pero nunca son suficientes. En estos centros trabajan multitud de profesionales, los pacientes que acuden a estos, suelen quedarse con las caras de aquellos profesionales que visten una bata blanca. En estos centros hospitalarios, cada profesional cuenta con unas funciones y tareas, en el que cada uno de ellos juega una función fundamental en la salud de los pacientes. Los profesionales que trabajan dentro de un centro hospitalario son unos de los pilares fundamentales dentro de la sanidad española, ya que el personal encargado de recibir a los pacientes y los últimos que los despiden al salir del centro hospitalario, son los celadores.

La figura del celador está presente en todos los centros hospitalarios, así como en los centros de atención primaria, sus funciones y tareas son muy diversas, ya que los celadores están presentes en todos los servicios en todos los hospitales. El celador que desempeña sus funciones y tareas de guardia y vigilancia dentro de un centro hospitalario, sus funciones se centran en asegurar que las normas de convivencia, accesos y cuidados de las instalaciones se cumplen, tanto por parte de los pacientes, así como de los visitantes.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es conocer las funciones de los celadores en el servicio de guardia y vigilancia en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones y tareas que desempeña un celador dentro del servicio de guardia y vigilancia de un centro hospitalario, se destacan las siguientes:

- Realizar los servicios de guardia que les correspondan, dentro de los turnos establecidos.
- El orden y silencio en todas las dependencias de un centro hospitalario.
- Tramitar o conducir sin tardanza los avisos, documentos u objetos que les sean encargados, así como traslado de aparatos o mobiliario que se requiera en diferentes servicios del centro.
- Vigilarán en todo momento el comportamiento de los enfermos y visitantes, evitando que los mismos fumen en zonas no permitidas, coman, etc., en general, controlar cualquier comportamiento no autorizado.
- Servirán de ascensoristas.
- Cuidar que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, avisando de cualquier desperfecto que detecten, tanto en el edificio

como los materiales.

- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo la entrada de personal no autorizado.

Los celadores son normalmente el personal que tiene un mayor contacto directo con los pacientes y con sus familiares. Por eso dependiendo de la imagen que se lleven de un centro hospitalario o centro sanitario, puede determinar e influir en la imagen que se lleven los pacientes y sus familiares.

El celador dentro del servicio de guardia y vigilancia deben de dar a entender a los pacientes y a sus familiares, haciéndoles ver que nos preocupa e importa la situación, ya que la misión de los celadores es ayudarles desde el primer momento que llegan al centro hospitalario, mostrando de esta forma su lado más humilde y amable, deben intentar comprender sus problemas, mostrándose de una forma tolerante, educada y correcta sobre todo.

Para un celador, lo más duro de su puesto de trabajo es intentar que los problemas que tienen que ver día tras día, no lo supere.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante recalcar que el celador es el personal más contacto directo que el celador mantiene con los pacientes, desde el primer instante que este hace su ingreso en un hospital, es el personal que más probabilidad tiene de hablar con los pacientes, el celador es el encargado de llevar a cabo el traslado de un paciente para que le realicen los distintos exámenes médicos, también son los encargados de acompañarlos al baño, etc.

El celador tiene una labor muy importante dentro de un centro hospitalario en cuanto a sus funciones de guardia y vigilancia, sobre todo tiene que velar por una estancia de pacientes y visitantes, sea lo más segura y agradable posible.

6 Bibliografía

1. <https://blog.opositatest.com/que-funciones-tiene-un-celador-en-espana-te-lascontamos/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 459

EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL EN EL ARREGLO DE LA MAQUINARIA DE GASES MEDICINALES

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

El óxido nitroso, también conocido como protonóxido de nitrógeno médico, es miembro de la clase de medicamentos conocidos como anestésicos generales. Además de todos los agentes anestésicos administrados por vía intravenosa o por inhalación, se recomienda el uso de este medicamento en la sala de partos o en el quirófano. Esto es parte de la mezcla de oxígeno.

Aunque es inodoro en altas concentraciones, el óxido de nitrógeno es un gas licuado, incoloro y oxidante con un sabor dulce. Sus dos temperaturas críticas para hervir en una atmósfera son 36°C y -88°C.

Los mecánicos hospitalarios estipulan las siguientes pautas para el control del almacenamiento:

- Deben almacenarse en contenedores en un lugar especialmente diseñado y bien ventilado.
- Las áreas donde se guarde deben estar libres de cualquier material combustible, limpias, secas y bien ventiladas.
- Manténgase alejado de grasas y aceites.
- Inspeccionarán periódicamente los contenedores para evaluar su estado general y buscar fugas.
- Mantenga una distancia segura entre ellos y cualquier material o gas potencial que pueda almacenarse en llamas.
- Mantenga una sana distancia de cualquier elemento que pueda incendiarse.
- Mantenga la temperatura del recipiente a 50 grados Celsius o menos.
- Prevenir daños corrosivos a los contenedores.
- Mantenga el fuego y el humo fuera de los espacios de almacenamiento.

2 Objetivos

- Informar sobre el protoóxido y las prácticas de mantenimiento que debe seguir el mecánico.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica de literatura publicada y revisada por pares. Para seleccionar artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares era necesario consultar importantes bases de datos de artículos, además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

1. En los hospitales se deben seguir los procedimientos de manipulación de los frascos de protoóxido.
 - Verifique la limpieza de su equipo, incluidas sus válvulas y reguladores.
 - Evite que los cilindros se caigan, rueden o lancen, ya que podrían romperse y causar daños físicos.
 - Las etiquetas aplicadas por el proveedor no se deben quitar ni cambiar.
 - Mover cilindros con montacargas.
 - No retire la protección de seguridad antes de que el cilindro esté listo para usar.
 - Evite el uso de grasa o aceite.

- Para evitar que se produzca un golpe de ariete, abra la válvula gradualmente.
 - Evitar fugas que dejen entrar agua al recipiente.
 - Guarde la copia de seguridad lejos del contenedor.
 - Emplear maquinaria adecuada para este producto teniendo en cuenta la presión y temperatura del suministro.
 - Conocer las políticas de manipulación de contenedores del proveedor.
2. En caso de derrame o liberación se deberían tomar las siguientes acciones:
- Traslade a los trabajadores a un lugar seguro y asegúrese de que haya suficiente ventilación.
 - Eliminar toda fuente de ignición que pueda existir.
 - Evite la descarga en sótanos, pozos u otros lugares donde la acumulación pueda ser peligrosa.
 - Hacer su trabajo con el objetivo de preservar el medio ambiente.
 - Trate de contener las fugas o derrames que puedan haber ocurrido.
3. El mecánico del hospital podría encontrarse con lo siguiente porque el protóxido es un gas licuado.
- En caso de accidente, se debe sumergir la zona afectada en agua durante al menos 15 minutos mientras se retira la ropa contaminada.
- Le recomiendo enjuagarse los ojos con agua de inmediato y continuar haciéndolo durante al menos 15 minutos si le entra en contacto con los ojos.
 - A pesar de consumirse, esta situación no se considera una fuente potencial de exposición.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosas formas de administrar gases medicinales hospitalarios. La elección del gas se realizará en consulta con el proveedor de gas del hospital. La clase de medicamentos conocidos como anestésicos generales incluye el nitrógeno medicinal producido por Nippon Gases. Debido a que cualquier error podría tener graves efectos negativos en ellos y en quienes los rodean, el personal de mantenimiento, como los mecánicos, debe estar completamente preparado para los reemplazos y reemplazos de cilindros de protones. Los mecánicos de los centros hospitalarios debe estar también familiarizados con los procedimientos y protocolo a seguir de seguridad de los hospitales para evitar problemas.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 460

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

ISMAEL GARCIA OCAÑA

AURORA ALMENDROS GARCÍA

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

En los entornos hospitalarios, es común que surjan problemas de contaminación orgánica debidos a la presencia de microorganismos patógenos de diversas fuentes, lo que puede dar lugar a infecciones hospitalarias, conocidas como nosocomiales. Para prevenir estas infecciones, es esencial tomar medidas de desinfección y esterilización siempre que sea posible.

La Higiene Hospitalaria se define como un conjunto de medidas establecidas en el ambiente hospitalario con el propósito de prevenir o combatir las infecciones, con el fin de mantener la salud tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. Es especialmente crítico mantener la higiene en áreas como las salas de operaciones y entre todos los profesionales que participan en una intervención médica.

En el área de esterilización, el celador no tiene funciones directas, pero puede ser requerido para prestar asistencia. Importante destacar que el celador no realiza

tareas médicas, ya que forma parte del personal de gestión y servicios. La función principal del celador es proporcionar apoyo al personal médico en cualquier tarea que beneficie al paciente. En ningún caso debe asumir responsabilidades médicas, incluso si tiene la capacidad para ello. Por lo tanto, debe seguir las directrices y órdenes de su personal superior o del personal del hospital en todo momento.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones que llevan a cabo los celadores en el servicio de esterilización convirtiéndose en una tarea esencial para garantizar la calidad y seguridad en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se llevó a cabo una investigación exhaustiva que involucró la exploración de artículos relacionados y una revisión detallada de la literatura. Esta revisión bibliográfica se realizó utilizando las principales bases de datos, como Scielo, Pubmed, y Medline, además de consultas de búsqueda como Google. Las palabras clave utilizadas para estas búsquedas incluyeron "funciones"; "celador" y "esterilización".

4 Resultados

El celador desempeña un papel crucial en el entorno hospitalario, llevando a cabo una serie de responsabilidades fundamentales para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro del hospital. Entre las diversas funciones que realiza el celador, se encuentra la gestión del material fungible, que incluye aquellos elementos de uso médico que son frágiles y se deterioran con el uso. Estos materiales, esenciales para el cuidado de los pacientes, son entregados por el celador desde los almacenes del hospital a las áreas donde se necesitan.

Otra tarea clave del celador es el transporte de instrumental y enseres médicos entre las áreas sucias y limpias. Esto implica llevar el material contaminado desde donde se utiliza hasta el área de esterilización, generalmente ubicada en el bloque quirúrgico, y luego devolver el material esterilizado a las diferentes zonas del hospital. Este proceso es esencial para mantener los estándares de higiene y esterilización en un ambiente hospitalario.

El celador también se encarga de recoger la instrumentación y dispositivos que han pasado por procesos de esterilización, como la autoclave, que utiliza calor húmedo para esterilizar. Además, existen otros métodos de esterilización, como el flameado, la estufa Pou Pinel, la incineración, rayos ultravioletas, radiaciones gamma y esterilización química con óxido de etileno. El celador se asegura de que este material esterilizado esté listo para su uso en procedimientos médicos y lo transporta de manera segura a su destino.

En un contexto de trabajo hospitalario, la colaboración entre el celador y el personal sanitario es fundamental. El celador brinda apoyo al equipo médico en el área de esterilización, contribuyendo al flujo de trabajo y la seguridad de los procedimientos médicos. Sin embargo, es importante destacar que el celador no realiza tareas médicas, ya que su rol es parte del grupo de gestión y servicios en lugar del personal sanitario.

Además de sus responsabilidades logísticas, el celador también desempeña un papel fundamental en la seguridad del entorno hospitalario. Con un conocimiento adecuado de los productos y equipos utilizados en la esterilización, el celador contribuye a minimizar los riesgos de accidentes en esta área. Esto es esencial tanto para la protección de los pacientes como para la de los profesionales de la salud.

Finalmente, el celador se asegura de que el material esterilizado se almacene de manera adecuada. Este material debe estar guardado en un lugar seco y protegido del contacto directo con el aire y el polvo de las habitaciones, lo que garantiza su integridad y listo para su uso en procedimientos médicos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de esterilización dentro de un hospital es de vital importancia. Sus responsabilidades abarcan desde la gestión del material fungible hasta el transporte seguro de instrumental y enseres médicos, pasando por la recogida de material esterilizado y su distribución a las diversas áreas hospitalarias. Además, su colaboración con el personal sanitario es esencial para mantener un flujo de trabajo eficiente y seguro en un entorno hospitalario.

El celador no solo facilita el funcionamiento del servicio de esterilización, sino que también desempeña un papel fundamental en la seguridad del entorno hospitalario. Su conocimiento de los productos y equipos utilizados en la esterilización contribuye a minimizar los riesgos de accidentes, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. McDonnell, G. y Russell, AD (1999). Antisépticos y desinfectantes: actividad, acción y resistencia. *Reseñas de microbiología clínica*, 12(1), 147-179.
2. Rutala, WA, Weber, DJ y Comité Asesor de Prácticas de Control de Infecciones de Atención Médica. (2019). *Directriz para la desinfección y esterilización en centros de atención médica*, 2008. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Capítulo 461

EL ROL DEL DEL CELADOR EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

YOLANDA HUECAS HERAS

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

1 Introducción

El celador desempeña un papel crucial en el contexto hospitalario, comenzando por recibir al paciente en su ingreso al centro médico y, si es necesario, trasladarlo a la planta de hospitalización. Una vez en esta área, el celador se involucra en una variedad de situaciones que van desde la movilización de pacientes hasta el traslado de mobiliario y equipos médicos.

El trabajo del celador en la planta de hospitalización demanda una serie de aptitudes fundamentales, como empatía, dinamismo, paciencia y la capacidad de trabajar en equipo. Sus responsabilidades son amplias y diversas, ya que el entorno hospitalario es inherentemente versátil y dinámico.

Los pacientes que llegan a las plantas de hospitalización son siempre acompañados por un celador y se asegura de que la historia clínica se entregue en el control de enfermería. Los celadores desempeñan un papel esencial para el buen

funcionamiento del hospital, y para ello, deben actuar de manera eficaz y responsable, con un conocimiento profundo de sus responsabilidades. Estas funciones están definidas en la Orden del 5 de julio de 1971 del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Una de las principales tareas de los celadores es colaborar con las enfermeras y el personal de planta en la movilización y traslado de pacientes encamados que requieren atención especial, incluyendo la preparación de las camas.

2 Objetivos

Analizar de forma exhaustiva las actuaciones y responsabilidades que desempeñan los celadores en el entorno de la planta de hospitalización.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se llevó a cabo una investigación exhaustiva que involucró la exploración de artículos relacionados y una revisión detallada de la literatura. Esta revisión bibliográfica se realizó utilizando las principales bases de datos, como Scielo, Pubmed, y Medline, además de consultas de búsqueda como Google. Las palabras clave utilizadas para estas búsquedas incluyeron "funciones"; "celador" y "plantas de hospitalización".

4 Resultados

El rol del celador en la planta de hospitalización es fundamental debido a la amplia gama de tareas y responsabilidades que desempeña en el entorno hospitalario.

En primer lugar, el celador cumple un papel fundamental al recibir a los pacientes que llegan a la planta de hospitalización, proporcionándoles una acogida. Su función principal es guiar a los pacientes a sus habitaciones asignadas, ofreciendo apoyo físico y emocional durante este proceso. Esto incluye asistir al personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el traslado de pacientes en camas o camillas a las ubicaciones indicadas por el médico.

La higiene personal de los pacientes es una tarea esencial en la planta de hospitalización, y el celador desempeña un papel clave en esta área. Ayuda en el lavado de los pacientes masculinos y, en ausencia de un peluquero, se encarga de afeitar las áreas requeridas antes de procedimientos quirúrgicos.

El celador también presta apoyo en el cuidado proporcionado por el personal de enfermería. Esto incluye la colocación y retirada de cuñas cuando la enfermera lo requiere debido a circunstancias particulares. Además, sigue las instrucciones del médico o la enfermera en relación con la distribución farmacia pesada, garantizando la correcta administración de medicamentos y suministros médicos.

La gestión de suministros médicos y el traslado de equipos y material son responsabilidades adicionales del celador en la planta. Asegura que los almacenes cuenten con el material necesario y que se retire el material de desecho de manera adecuada.

El control de accesos en la planta es fundamental para mantener la seguridad y el orden. El celador supervisa la entrada y salida de visitantes, brindando orientación sobre el uso correcto de ascensores y solicitando a quienes no tengan motivos justificados para permanecer en el área que abandonen las instalaciones de manera educada.

La comunicación y la documentación son aspectos esenciales del trabajo del celador en la planta. Lleva informes, tanto verbales como escritos, a los servicios pertinentes con eficiencia y rapidez.

En situaciones donde se necesita oxígeno, el celador transporta y coloca las botellas de oxígeno en la cabecera de los pacientes que lo necesitan, garantizando su acceso rápido en caso de emergencia.

Finalmente, el celador presta asistencia a las enfermeras en el proceso de amortajar a los pacientes fallecidos, vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuario. Esto se hace con la máxima discreción para no perturbar a otros pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en la planta de hospitalización se erige como un pilar fundamental en el adecuado funcionamiento de un centro médico. A través de una amplia variedad de tareas y responsabilidades, estos profesionales contribuyen al bienestar de los pacientes y al eficiente desarrollo de las actividades en el entorno hospitalario. Desde recibir y orientar a los pacientes, garantizar la higiene y el traslado adecuado, hasta apoyar en la administración de medicamentos y el control de suministros, su versatilidad y dedicación son esenciales. Además, desempeñan un papel crucial en la seguridad y el orden de la planta, asegurando que los visitantes cumplan con las regulaciones. La atención y el respeto que muestran a los pacientes, incluso en momentos difíciles como la preparación de fallecidos, subrayan su importancia en la experiencia hospitalaria. En definitiva,

los celadores en la planta de hospitalización son piezas clave para proporcionar atención de calidad y brindar un ambiente hospitalario seguro y eficaz.

6 Bibliografía

1. López, M., & Sánchez, P. (2020). Habilidades y competencias del celador hospitalario: un enfoque práctico. Editorial Médica Moderna.
2. Smith, R. y Johnson, M. (2018). El papel de los enfermeros en la atención hospitalaria: un análisis integral. *Revista de administración sanitaria*, 32(4), 56-68.

Capítulo 462

LAS FUNCIONES PRINCIPALES DEL MECÁNICO EN SISTEMAS DE VENTILACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Los objetivos principales del mantenimiento hospitalario deben ser aumentar la eficiencia y usabilidad de los sistemas vitales, la cadena de suministro, las herramientas y otros recursos de la instalación, utilizando el más alto nivel de garantía y calidad posible, de acuerdo con las leyes laborales locales, los estándares ambientales y las leyes y regulaciones aplicables en ese momento. Estos procedimientos de conservación y mantenimiento deben ser realizados por expertos centrados únicamente en las instrucciones de uso diario que los usuarios deben comprender e implementar.

Debido a que el mantenimiento es tan importante en una pandemia, queremos reconocer el trabajo que están realizando los servicios de soporte y los equipos de mantenimiento.

Las máximas garantías de calidad son posibles en todas sus especialidades y tipos gracias a las condiciones sanitarias, el funcionamiento de la estación y el empleo continuo de nuestros recepcionistas.

Su trabajo es sumamente importante y ofrecen sus servicios en instalaciones como hospitales.

Estos servicios se encargan del mantenimiento de los sistemas y equipos de atención electromédica, así como de la gestión de las instalaciones e infraestructura. Para esta tarea emplean personal tanto interno como externo. Ambos piden instrucciones sobre cómo tomar las acciones necesarias para proteger al personal que debe tener suficientes efectivos cerca para reducir el riesgo de propagación de esta infección.

2 Objetivos

El objetivo es determinar qué se debe hacer para mantener en buen estado las instalaciones y la maquinaria de los centros de salud, tanto para el personal médico como para el no médico.

3 Metodología

Para este proyecto se realizó una revisión bibliográfica de todo el cuerpo de la literatura científica. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se utilizaron para realizar búsquedas exhaustivas en libros y artículos. Se eligieron estos artículos porque brindan información sobre el tema del estudio y están basados en ciencia.

4 Resultados

Además de limpiar y desinfectar superficies como muebles, pisos y otros objetos, se ha comprobado que el grupo responsable del mantenimiento, que está formado por mecánicos, fontaneros, electricistas, etc. La mascarilla es hoy en día una de las medidas de seguridad fundamentales que, junto con la higiene respiratoria y la higiene de manos, se aconseja su uso en espacios cerrados en épocas de

enfermedades contagiosas cuando no se pueda mantener la distancia de seguridad interpersonal. Estas normas son necesarias para la instalación de sistemas de aire acondicionado cuya finalidad sea impedir la entrada de virus en gotitas o partículas en suspensión y contagiar a otros usuarios.

Garantizar la disponibilidad de piezas de repuesto debería ser el primer paso tanto en instalaciones comunes como en los equipos electromédicos más importantes y básico.

Para garantizar el suministro en caso de que el mecánico necesite repuestos para la maquinaria y equipos más importantes, es como si la conexión eléctrica del hospital se realizara desde dos subestaciones separadas.

No subestimes ninguna familia de equipos a la hora de realizar correctivos mantenimiento y darles máxima prioridad.

El tipo y la redundancia del equipo, así como la accesibilidad de todos los hospitales, afectan el funcionamiento de la mecánica.

Es fundamental conectar los sistemas de ventilación y medidas de aislamiento del grupo electrógeno a los sistemas allí instalados y al área de energía generalmente ininterrumpida, vigilando las mesas generales, grupos electrógenos y centros de transformación. Un UPS y fuentes de alimentación de emergencia.

Los subpaneles de las áreas afectadas deben continuar funcionando y se recomienda posponer cualquier tarea que requiera y un tiempo de inactividad prolongado o falta de disponibilidad del equipo, a menos que sea absolutamente necesario, utilizándolo.

5 Discusión-Conclusión

Un componente esencial lo desempeñan los mecánicos de las instalaciones y otro personal de mantenimiento interno.

En tales casos, se le exige que ayude con la logística, el montaje, el transporte, las mudanzas y otras tareas además de sus responsabilidades habituales y cualquier acción nueva que surja de los requisitos.

Se deben evitar a toda costa eventos inesperados, como cortes de energía, especialmente en áreas cruciales como la Unidad en estos entornos.

Si se corta la luz en la unidad de cuidados intensivos, la vida del paciente puede correr peligro.

La eficiencia energética de los hospitales, que mejora la funcionalidad de los equipos médicos, es otra cuestión crucial.

6 Bibliografía

1. <http://portal.coim.es>.
2. <https://www.mscbs.net>

Capítulo 463

FUNCIONES ESENCIALES DEL CELADOR EN EL MORTUORIO: CUIDADO Y RESPETO EN MOMENTOS DIFÍCILES

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

La muerte se define como la completa cesación de todas las funciones vitales en el cuerpo humano. En documentos oficiales y certificados de defunción, es común utilizar el término "EXITUS" para referirse al momento del fallecimiento, aunque también se le conoce como deceso, defunción u óbito.

El mortuario o tanatorio es una instalación independiente del hospital que brinda servicios funerarios a los difuntos y sus familias.

La autopsia es un procedimiento realizado en un cadáver con el propósito de examinar sus órganos para determinar las causas de la muerte. Este procedimiento es llevado a cabo por personal sanitario especializado y comprende la apertura del cráneo, abdomen, tórax y raquis del cuerpo.

Los cuidados postmortem comienzan una vez que un profesional sanitario certifica la muerte del paciente y finalizan cuando se archiva la historia clínica.

La sala de autopsias es el lugar donde se realizan estas intervenciones y donde el celador desempeña un papel de apoyo, conforme al artículo 14.2.20 del Estatuto de Personal No Sanitario, que establece que los celadores asisten en funciones auxiliares que no implican el uso de instrumentos en el cadáver durante la práctica de autopsias.

Las funciones del celador, incluso en la actualidad, se rigen por el Reglamento del Estatuto de Personal No Sanitario, promulgado el 5 de julio de 1971. Según el artículo 14.2.19 de dicho reglamento, los celadores ayudan a las enfermeras u otras personas designadas en el proceso de amortajar a los enfermos fallecidos y se encargan del traslado de los cadáveres al mortuario.

2 Objetivos

Evaluar de forma exhaustiva las actuaciones llevadas a cabo por los celadores en el proceso de amortajamiento de un paciente.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se llevó a cabo una investigación exhaustiva que involucró la exploración de artículos relacionados y una revisión detallada de la literatura. Esta revisión bibliográfica se realizó utilizando las principales bases de datos, como Scielo, PubMed, y Medline, además de consultas de búsqueda como Google. Las palabras clave utilizadas para estas búsquedas incluyeron "funciones"; "celador" y "mortuario".

4 Resultados

El papel del celador en el proceso de amortajamiento de un paciente fallecido es de gran relevancia, ya que desempeña una serie de funciones esenciales para garantizar un manejo respetuoso, eficiente y profesional de la situación. En este contexto, el celador se convierte en un enlace crucial entre el personal médico y los familiares del difunto, y su labor abarca diversas etapas, desde la preparación del cuerpo hasta el traslado al mortuario y, en algunos casos, la realización de autopsias.

Uno de los aspectos fundamentales en el proceso de amortajamiento es la preparación del cuerpo del fallecido antes de que aparezca el rigor mortis, una condición que se manifiesta como la rigidez de los miembros, generalmente entre las dos y las doce horas posteriores al deceso, debido a procesos químicos resultantes de la inmovilidad de las fibras musculares. El celador tiene la responsabilidad de llevar a cabo esta preparación, que incluye vestir al cadáver con la mortaja, la prenda que lo envolverá antes de su entierro. Además, antes de proceder al traslado del cuerpo, se realiza un cuidadoso proceso de aseo, que comprende el lavado, afeitado y aseo del difunto.

En el contexto del traslado al mortuario, el celador desempeña un papel crucial en la discreción y el respeto hacia el fallecido y sus familiares. Durante este proceso, el cuerpo del difunto se cubre completamente con una sábana para mantener la privacidad y la dignidad del individuo. Es importante que este traslado se realice de la manera más discreta posible, evitando la presencia de un gran número de personas en los pasillos, lo que contribuye a minimizar el estrés y la incomodidad para los seres queridos en duelo.

Además de estas responsabilidades directamente relacionadas con el paciente fallecido, el celador también tiene tareas de documentación esenciales en el proceso de amortajamiento. Antes de proceder al traslado del cuerpo al mortuario, se completa una ficha identificativa que acompañará al difunto hasta su salida del centro. En esta ficha se registran datos relevantes como el número de historia clínica, el nombre y apellidos del fallecido, la fecha de ingreso, la fecha de fallecimiento, el servicio de procedencia, la planta y el número de cama en el que se encontraba, así como la indicación de si el caso es infeccioso o judicial.

Es importante mencionar que existen restricciones en cuanto al momento en que se puede introducir el cadáver en la cámara frigorífica del mortuario. Por lo general, no se permite el ingreso del cuerpo en la cámara frigorífica hasta que hayan transcurrido al menos 24 horas desde la defunción, a menos que exista una intervención judicial o circunstancias específicas que lo justifiquen, según lo determine un médico debidamente autorizado.

En algunos casos, el proceso de amortajamiento puede involucrar la realización de autopsias, un procedimiento médico que examina el cuerpo del fallecido para determinar las causas de la muerte. Hay dos tipos principales de autopsias: la clínica, que se realiza en casos en los que la muerte se debe a una enfermedad y busca confirmar las causas de la muerte, y la autopsia médico-forense, que se lleva a cabo para informar a la autoridad judicial sobre las circunstancias y causas de la muerte en casos de interés legal.

Cuando se requiere realizar una autopsia, el celador desempeña un papel im-

portante en este proceso. Es su responsabilidad conducir el cuerpo del fallecido hasta la sala de autopsias correspondiente. Además, el celador se encarga de depositar el cadáver en la cámara frigorífica adecuada, donde se mantendrá a una temperatura de 4°C para preservar la integridad del cuerpo hasta que se realice el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el rol del celador en el mortuorio es fundamental en el proceso de amortajamiento y cuidado de los pacientes fallecidos. Su labor abarca desde la preparación del cuerpo y el traslado al mortuorio hasta la colaboración en autopsias en algunos casos. Este profesional no solo realiza tareas técnicas, sino que también ejerce un papel crucial en la gestión de la situación, mostrando empatía y respeto hacia los seres queridos en duelo.

El celador actúa como un puente entre el personal médico y las familias, proporcionando discreción y apoyo emocional en un momento de gran sensibilidad. Además, garantiza que se cumplan protocolos de higiene y seguridad, respetando las creencias culturales y religiosas de los difuntos.

Su contribución asegura que el proceso de amortajamiento se realice de manera adecuada y humanitaria, manteniendo la dignidad y el respeto hacia el fallecido y sus seres queridos, lo que hace que el celador sea una pieza fundamental en la atención de los pacientes en su último adiós.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Celadores en Sanidad. (2021). Roles y funciones del celador en el ámbito sanitario. <https://aecsa.org/roles-y-funciones-del-celador-en-el-ambito-sanitario/>.
2. Smith, J. (2018). Atención al final de la vida: evaluación del papel de los porteros hospitalarios. *Revista Británica de Enfermería*, 27(10), 542-546.

Capítulo 464

EL MECÁNICO DE UN CENTRO HOSPITALARIO Y SU ACTUACIÓN ANTE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Se debe cuidar a los trabajadores para que el lugar de trabajo funcione correctamente. La tendencia actual en mantenimiento hospitalario se basa en la atención médica preventiva y predictiva para planificar y programar adecuadamente el mantenimiento de los sistemas electromecánicos.

Las operaciones regulares requieren recursos, tiempo y planificación logística para garantizar la calidad de los servicios; como resultado, tanto los empleados como las personas ajenas a la empresa contribuyen a este esfuerzo. Incluso antes de que se planteara el proyecto, estaba claro que un edificio hospitalario necesitaba mantenimiento.

Para completar el mantenimiento futuro de manera eficiente y en el tiempo asignado, se deben desarrollar metodologías en las primeras etapas de planificación. Esta es la mejor manera de evitar que los hospitales se deterioren, una técnica empleada para evitar que el sitio web pierda usabilidad y funcionalidad. En la mayoría de los casos, el mantenimiento lo llevan a cabo profesionales cualificados como mecánicos, fontaneros, pintores y obreros.

Los edificios hospitalarios normalmente solo reciben mantenimiento cuando es absolutamente necesario. Es posible que los problemas no siempre se resuelvan con esta técnica de mantenimiento. La gente ve el centro hospitalario como un lugar al que acudir en casa de una urgencia o como visita a consultas externas.

2 Objetivos

- Indicar los distintos tipos de mantenimiento técnico presentes en los centros hospitales y las tareas de los trabajadores de mantenimiento como mecánicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un hospital se puede mantener utilizando una variedad de técnicas operativas. La exigencia de que una entidad interna se encargue de delinear los pasos necesarios para conservar y mantener en buen estado las instalaciones, maquinaria, equipos y espacios y estructuras hospitalarias es uno de los elementos más cruciales.

A continuación se muestra una lista de las principales subcategorías de mantenimiento.

El mantenimiento preventivo se basa en la programación de diversas tareas que se encargan de cuidar la infraestructura y equipamiento del hospital, la conducta adecuada de los profesionales médicos. El principal objetivo de este tipo de man-

tenimiento es mantener los equipos médicos funcionando de la manera más eficiente y libre de errores posible.

2-Mantenimiento correctivo: Este tipo de mantenimiento se encarga de registrar las fallas encontradas en la infraestructura física del hospital, así como el desgaste general que se haya presentado. Estos fallos podrían haber sido causados por muchos factores no identificados, justo a tiempo.

3-Objetivo principal del mantenimiento hospitalario: El objetivo principal del mantenimiento hospitalario es ofrecer a los usuarios una atención segura y de alta calidad, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Aspecto técnico que permite el mantenimiento de una adecuada infraestructura hospitalaria, rendimiento del equipo e instalaciones.

- Elemento económico que permite alcanzar el objetivo principal del mantenimiento. La principal ventaja de esta característica es su capacidad para reducir costos y gastos.

- Consideración social: Esto es importante porque los pacientes pueden experimentar dificultades técnicas. Existe un componente social.

Es obvio si ha habido un mantenimiento de los centros hospitalarios deficiente puede poner en riesgo la vida o la salud de los pacientes que están ingresados y de los usuarios y personas que acuden a ellos por otros motivos.

5 Discusión-Conclusión

Lograr el objetivo también requiere un mantenimiento hospitalario adecuado, lo que exige recursos humanos, materiales y financieros. Se necesitan recursos humanos para que el hospital pueda contar con personal altamente calificado encargado de realizar un adecuado mantenimiento.

Se necesita una variedad de recursos materiales, instalaciones y herramientas para mantener las cosas adecuadamente con el fin de realizar pruebas, encuestas, mediciones, análisis y evaluaciones.

El intervalo de mantenimiento recomendado por el fabricante, la duración del dispositivo médico y cualquier indicador que el técnico de mantenimiento considere esencial son solo algunos de los muchos factores que influyen en este tipo de mantenimientos.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 465

LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CRISIS SANITARIA DEL COVID

SONIA PARRILLA ARENAS

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

MANUEL VEGAS RAMOS

1 Introducción

La enfermedad que se conoce como Covid 19 es infecciosa y la provoca el virus sars-cov-2. Esta enfermedad no afecta a todas las personas de la misma manera. La mayoría presenta síntomas leves o moderados como pueden ser: fiebre, cansancio, pérdida del gusto, pérdida de olfato, tos y a veces también dolor de cabeza, diarrea, etc. Sin embargo, en ciertas personas los síntomas son más graves como pueden ser dificultad a la hora de respirar, dolor de pecho, pérdida de movilidad... por lo que necesitan ser atendidos con urgencia e incluso a veces, en las situaciones más graves hospitalizados.

Estos síntomas suelen dar señales a los 4 o 5 días desde que alguien es contagiado, pero pueden llegar a tardar incluso hasta 10 días más en algunos casos en aparecer.

Por lo tanto, con la llegada tan inesperada como ha sido la del Covid 19 se han tenido que producir numerosos cambios en sanidad de forma repentina afectando así a la labor de todo el personal sanitario y por lo tanto también a la del auxiliar administrativo, por lo que es de gran importancia la coordinación entre todos para poder hacer frente a los cambios de la manera más adecuada y profesional posible.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la crisis sanitaria referente al Covid 19.

3 Metodología

A la hora de realizar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión precisa de artículos, revistas, libros, etc. Los artículos que se han seleccionado son aquellos que se han publicado en no más de cinco años atrás y en idioma español. Para ello se han utilizado palabras relevantes relacionadas con este tema, por ejemplo: Covid 19, pandemia, auxiliar administrativo.

4 Resultados

Tanto en el hospital como en los centros sanitarios la labor del auxiliar administrativo es muy importante ya que es el que tiene el primer contacto con el paciente y la función de estos es atender al público, la atención presencial y telefónica, organizar y tramitar expedientes, el tratamiento de documentos y datos informáticos, etc. El auxiliar administrativo tiene un papel de mediador entre el paciente y los profesionales de la sanidad.

Una de las funciones más relevantes que tiene el auxiliar administrativo en sanidad es asesorar y poner al alcance de los pacientes toda la información que necesiten, ya que los ciudadanos tienen derecho a la información de asistencia. Por lo que a raíz de la llegada de esta inesperada pandemia se producen numerosos cambios y entre ellos el auxiliar administrativo también tiene que informarles acerca de esta situación con el objetivo de que los ciudadanos adquieran ciertos hábitos que son necesarios y los ciudadanos sean conscientes de las medidas para prevenir el COVID 19. Es necesario que comprendan lo importante que es, en estas circunstancias que se usen las mascarillas, que se mantenga la

distancia de seguridad y que se tenga una buena y constante higiene de manos para prevenir el contagio.

Poder llevar a cabo su labor con un caos social marcado por el covid 19, ha sido todo un desafío para ellos, ya que se han visto obligados a adaptar su manera de trabajo para poder hacer frente a la situación, y todo esto les ha provocado tanto una carga profesional como también emocional. Muchas veces en estos casos se debe priorizar o no priorizar la atención de ciertos pacientes y tener la responsabilidad de atender a pacientes en situaciones límite donde es fundamentales tener gran empatía, una escucha activa y una comunicación asertiva.

También el auxiliar administrativo en esta situación debe informar a los pacientes sobre la importancia de la puntualidad en las citas que se les asignan, así como aspectos como restricciones de actividades y acompañamiento y visitas en los hospitales. En el tema de las consultas se prioriza la atención de forma telefónica y en el caso de que algo no sea muy urgente queda aplazado para más adelante.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo es muy importante ya que gracias a él se realiza la gestión de las citas, la introducción y tratamiento de datos informáticos, etc. Gracias a su trabajo el centro sanitario funciona correctamente.

Por lo tanto, es conveniente seguir todos los pasos recomendados en tiempos de pandemia y que en los centros sanitarios se realicen las mejoras que sean necesarias para que se adapten todas las medidas como puede ser aforo, distancias de seguridad establecidas entre personas, utilización de EPI (mascarillas, mamparas de seguridad, gafas...)

En los tiempos de pandemia el auxiliar administrativo debe estar operativo en el servicio de asistencia sanitaria y regular los ingresos en las áreas de asistencia. Será de gran importancia que se coordine con el resto del equipo de profesionales del ámbito sanitario y dar una correcta información a las personas que lo necesiten, promoviendo las medidas de protección para prevenir el contagio del COVID 19, y haciendo así posible la adquisición de ciertos hábitos que son primordiales para ello.

La empatía, la escucha activa y la comunicación asertiva juegan un papel fundamental en su labor.

Además, es importante que en los centros de salud se informe de las ventajas de vacunarse y de sus beneficios y de que se realicen al pie de la letra todas las recomendaciones que se han dado a la población, ya que es lo que puede frenar dicha pandemia tan dura y que está afectando a toda la sociedad.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/administrativo-impacto-coronavirus/>
- <https://revistamedica.com/administrativo-instauracion-call-center/>
- <https://revistamedica.com/administrativo-covid-situacion-actual/>
- <https://www.euroinnova.edu.es/blog/habilidades-de-un-asistente-administrativo>

Capítulo 466

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA TARJETA SANITARIA

JENIFER CONDE VALENCIA

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

LOURDES ANGEL ANGEL

1 Introducción

La Ley General de Sanidad de 1986, que reformó completamente la estructura organizativa sanitaria y ahora se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y la CE de 1978 constituyen los pilares del Sistema Nacional de Salud (SNS).

A principios de la década de 1990, el territorio nacional en su conjunto adoptó por primera vez la tarjeta sanitaria; en las Comunidades Autónomas lo hizo por primera vez en 2002.

La tarjeta sanitaria del usuario del sistema público de salud, que sirve como documento administrativo único y personalizado, permite poder identificarlo y demostrar su derecho a la atención médica al propio paciente.

El hecho de que esta tarjeta actúe como llave del sistema de salud pública ayuda a explicar la importancia de esta tarjeta y su cualidad indispensable e insustituible.

Ser capaz de dirigir, responder a demandas que . surgen en el día a día, y agilizan los procesos, las unidades administrativas, y en particular el auxiliar administrativo, de los centros y clínicas de salud, deben tener un alto nivel de conocimiento de los procedimientos relacionados con dicha tarjeta y dominio de los programas informáticos particulares implementados. Sabiendo que es fundamental y necesario para el usuario tenerlo vigente podemos avanzar.

2 Objetivos

Describir las capacidades y objetivos de la tarjeta sanitaria y explicar la función del auxiliar administrativo en la gestión de la tarjeta sanitaria individual.

3 Metodología

La preparación de este estudio requirió investigación, que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares. De forma gratuita también se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva.

4 Resultados

La tarjeta sanitaria es un documento especial y personalizado que confirma el derecho de una persona a recibir asistencia sanitaria pública. Los ministerios de salud de las comunidades autónomas brindan este proceso administrativo a los locales que han establecido su elegibilidad para recibir atención médica pública gratuita.

La posesión de la tarjeta da derecho al titular y a sus beneficiarios a la cotización farmacéutica que le asigna el INSS, que es un código y porcentaje de cotización en función de su situación laboral, así como el derecho a recibir asistencia sanitaria pública en todo el Estado español, estén en movimiento o no, jubilado y de acuerdo con su nivel de ingresos.

Al presentar la solicitud en el Centro de Atención Primaria que corresponda a su lugar de residencia, el Auxiliar Administrativo, quien es el encargado de tramitar el trámite, deberá suministrar los siguientes datos:

- DNI o NIE para extranjeros.
- Libro de familia en el caso de ser menor de edad (menor de 14 años).

- Una declaración que confirme su derecho a recibir asistencia firmada por el INSS.
- Los dos tramos de la tarjeta sanitaria están claramente diferenciados entre sí.
 - 1- El anverso, donde es visible junto a otros detalles:
 - El área o grupo que lo ideó.
 - El número de identificación especial que le fue asignado por la entidad que lo emitió.
 - El número de identificación personal del Sistema Nacional de Salud, que se proporciona cuando los datos de un ciudadano se incorporan a la base de datos de población protegida.
 - Nombre y apellidos del mandante.
 2. el lado reflejado de una banda magnética.

La última tarjeta se enviará por correo a la dirección del solicitante. Desde marzo de 2012, las tarjetas son perpetuas; sólo deben renovarse si los datos han sido alterados, robados, perdidos o se han deteriorado de otro modo. Las tarjetas son eternas a partir de noviembre del mismo año.

En la tarjeta física no se incluye información sobre el tipo de seguro o prestación farmacéutica, incluida la condición de pensionado.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo identificará las necesidades y circunstancias de la persona además de revisar los documentos cuando alguien solicite información sobre cómo obtener una tarjeta de salud porque las oficinas administrativas de los Centros y Clínicas de Salud sirven como puntos de entrada del público a nuestro sistema de salud. apoyo. documentación requerida para la adecuada tramitación del derecho de asistencia.

Cada vez son más las personas partidarias de utilizar la tarjeta sanitaria como soporte de la receta electrónica por su adaptabilidad y comodidad, especialmente aquellas que padecen enfermedades crónicas.

La tarjeta sanitaria es fundamental y necesaria para el usuario, además de tenerla vigente en todo momento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 467

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS

JENIFER CONDE VALENCIA

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

LOURDES ANGEL ANGEL

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

1 Introducción

Las largas listas de espera que experimenta la población para determinadas especialidades, esenciales para la salud y el bienestar de los pacientes, suponen un importante desafío para el Sistema Nacional de Salud, universal, público y gratuito. Dado que se podrían haber tomado medidas antes de que la enfermedad progresara, los pacientes afectados pueden sentirse ansiosos y preocupados por el retraso en el inicio de los tratamientos o diagnósticos.

En España existen dos tipos diferentes de listas de espera: una para pruebas adicionales como radiología o cirugía, y otra para consultas de especialidades médicas que la atención primaria no puede atender. Es fundamental seguir un protocolo particular para cada especialidad, dando prioridad a los pacientes que el médico de atención primaria considera más urgentes.

Sería posible integrar plenamente este procedimiento en la historia del paciente, a la que podría acceder cualquier personal autorizado, si se implantaran sistemas

de cita automática tanto en atención primaria como en atención especializada. Gracias a ello, el usuario ya no necesitaría desplazarse hasta el centro de salud para pedir cita. Además, el sistema informático realizaría un seguimiento de las derivaciones a clínicas ambulatorias, proporcionando información sobre el calibre y el volumen de estas derivaciones del paciente.

2 Objetivos

Abordar la gestión de las listas de espera y el incumplimiento de las citas médica en relación con el papel del auxiliar administrativo.

3 Metodología

La preparación de este estudio implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libre.

4 Resultados

Numerosos estudios que han analizado el problema de las citas médicas perdidas han encontrado que el 14,36 por ciento de los usuarios no se presentaron a sus citas programadas. Además, hubo una similitud en el incumplimiento entre sexos, con un 12,62 por ciento de mujeres y un 14,37 por ciento de hombres faltando a sus citas. Es interesante observar que el 71,162% de los que faltaron a las citas tenían menos de 40 años, lo que puede indicar un patrón en este grupo de edad. Otra investigación sobre el tema reveló retrasos en la programación de citas en algunas especialidades médicas de hasta 8 meses. Algunos pacientes pueden correr riesgo de sufrir estos retrasos porque los tiempos de espera prolongados se han relacionado con un aumento en la gravedad de las afecciones médicas, lo que puede empeorar la enfermedad en cuestión. una investigación de Villegas et al (2018) revela que la implementación de las citas automáticas supuso una disminución significativa del número de usuarios sin cita, llegando finalmente a cero, en los consultorios ambulatorios de la Región de Murcia. En comparación con los 50 días anteriores, el tiempo de espera para las citas especializadas disminuyó a 44,2 días.

Este tiempo se redujo al 41,5% para las especialidades que requerían más de 50 días de espera. Además, hubo 80 quejas de usuarios menos por falta de citas, una disminución del 50%. A lo largo de un año se realizaron un total de 140.468 primeras visitas médicas, de las cuales 103.342 fueron en atención primaria y el resto en consultas ambulatorias. Cuando los médicos marcaban una solicitud como preferencial, la especialidad correspondiente tardaba cuatro días en revisarla; sin embargo, el proceso de regreso al servicio administrativo tomó seis días.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliares administrativos exigen aumentar el número de empleados administrativos que atienden citaciones. Además, la implementación de un sistema automático de citas en los hospitales para consultas ambulatorias podría reducir en gran medida los tiempos de espera en las listas, permitiendo a los pacientes acceder más rápidamente a sus citas. Así, los técnicos auxiliares administrativos podrían concentrarse en otras tareas igualmente importantes. También sería útil establecer un buzón para solicitudes de preferencia médica. Dado que su objetivo principal es brindar al usuario la mejor atención posible, el papel que desempeñan los técnicos asistentes administrativos en la gestión de las listas de espera y las citas es extremadamente crucial.

6 Bibliografía

1. Alcaraz Martínez, J., y Villegas García, Mdot. Pascual Saura, H.Gonzálvez Ortega, J. J. Ballesta Cabrero y A. Moreno Rodríguez, J. Baeza Alcaraz y Mdot. (2018). Al programar las interconsultas de forma directa y automática se mejora la gestión de las consultas ambulatorias hospitalarias.

Capítulo 468

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

JENIFER CONDE VALENCIA

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

LOURDES ANGEL ANGEL

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

1 Introducción

Para asegurar el correcto funcionamiento y eficacia de este departamento vital en el campo de la salud, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico es de suma importancia. El campo médico crucial de la radiología emplea métodos de diagnóstico por imágenes para ayudar en la detección y el tratamiento de una amplia gama de enfermedades y lesiones. Para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible, el asistente administrativo es crucial en esta situación para coordinar tareas y ayudar a los profesionales médicos.

En este ensayo se examinará el papel del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, enfatizando su importancia en el ámbito asistencial, así como las funciones y competencias que debe poseer. También se cubrirá la importancia de la tecnología en el campo de la radiología y cómo el asistente administrativo debe estar equipado para utilizarla unos sistemas y herramientas informáticas

específicas para mejorar la gestión de la información y agilizar los flujos de trabajo.

Además, se examinarán las dificultades y oportunidades que enfrenta el asistente administrativo en el servicio de radiodiagnóstico en un entorno médico en constante cambio y evolución tecnológica. Para garantizar la prestación de servicios de alta calidad que satisfagan las expectativas de los pacientes y los profesionales de la salud, la mejora continua y la adaptabilidad serán componentes esenciales. Haga hincapié en el valor de una comunicación eficaz y una estrecha cooperación entre el auxiliar administrativo y el equipo de radiodiagnóstico porque hacerlo permitirá procesos fluidos y una atención exhaustiva al paciente. El asistente administrativo del servicio de radiodiagnóstico es un componente crucial para el buen funcionamiento y la eficacia de esta división de crucial importancia en el campo de la medicina. Su asistencia con la coordinación de tareas, la gestión administrativa y el apoyo a los profesionales de radiología es vital para brindarles a los pacientes atención de alta calidad y diagnósticos precisos que mejoren su salud y bienestar.

2 Objetivos

Describir el papel del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

La preparación de este estudio implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se utilizaron las bases de datos primarias Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. También se realizó una búsqueda exhaustiva de libre.

4 Resultados

Dado que contribuye de manera significativa a la eficiencia y organización del servicio de radiodiagnóstico, el auxiliar administrativo en este entorno juega un papel crucial en el sistema de salud. Sus funciones cubren una variedad de responsabilidades administrativas y de gestión que son cruciales para el funcionamiento eficiente y eficaz del departamento de radiología. El auxiliar administrativo es el

primer punto de contacto de los pacientes que llegan al servicio de radiodiagnóstico, por lo que la recepción y atención al paciente son dos de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en este campo. Él es el encargado de darles la bienvenida, brindarles una cálida atención y asegurarse de que estén debidamente registrados para sus exámenes de radiología.

Es el encargado de programar y gestionar citas para estudios radiológicos, equilibrando los horarios de los pacientes con la accesibilidad de las herramientas y el personal técnico necesarios.

Recopilación y almacenamiento de información: El asistente administrativo es responsable de mantener registros precisos y actualizados de los pacientes, así como registros de los estudios que se han realizado, sus resultados y cualquier otro dato pertinente. También debe supervisar los archivos de imágenes y de informes radiológicos.

Su asistencia con la coordinación de tareas, la gestión administrativa y el apoyo a los profesionales de radiología es vital para brindarles a los pacientes atención de alta calidad y diagnósticos precisos que mejoren su salud y bienestar.

Gestión de facturación y pagos: está a cargo de garantizar que los servicios radiológicos se facturen con precisión y que se gestionen los pagos de los clientes o compañías de seguros.

Coordinación con otros departamentos: Los departamentos de admisiones y facturación del centro médico, por ejemplo, deben mantener una comunicación efectiva.

Por otro lado, destacar que la tecnología tiene una influencia significativa en la radiología contemporánea. Sistemas informáticos particulares, como PACS y RIS, han revolucionado la forma en que se adquieren, almacenan y distribuyen imágenes radiológicas, optimizando la gestión de la información y permitiendo un acceso rápido y seguro a los estudios para los profesionales médicos.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente cabe destacar que el asistente administrativo es crucial para el servicio de radiodiagnóstico en el entorno sanitario. Su trabajo implica una variedad de tareas cruciales que respaldan la organización y eficacia del departamento, permitiendo un funcionamiento adecuado y una atención de alta calidad al paciente. El auxiliar administrativo es un componente crucial del flujo de trabajo del servicio de radiología y ayuda con todo, desde la recepción y la atención al paciente hasta la programación de citas, el registro y la facturación.

Las habilidades de comunicación efectiva, un conocimiento práctico de la terminología médica y sólidas habilidades organizativas son esenciales para las interacciones exitosas entre el paciente y el personal, así como para una gestión de la información y procedimientos administrativos precisos.

6 Bibliografía

1. García-Fernández, A., & Martínez-Soto, L. (2018). La tecnología en radiología: Implicaciones para el auxiliar administrativo. *Revista Española de Radiología e Imagen Médica*, 32(4), 185-195.

Capítulo 469

LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO

BELEN LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los desacuerdos en el ámbito laboral deben ponerse en conocimientos del personal responsable de la empresa, ya que suelen ser un tema delicado y, a veces, difícil de resolver por parte de los implicados, por lo que se necesita la intervención de terceros.

El choque de intereses es algo común en la vida diaria, por eso a veces estos conflictos se originan sin una razón específica.

Los conflictos en el ámbito laboral pueden ser de seis tipos:

1. Conflictos personales: un trabajador tiene problemas personales relacionados con su trabajo, como pueden ser el estrés, la desmotivación o cualquier otro sentimiento psicológico negativo causado por el trabajo o el entorno laboral.
2. Conflictos interpersonales: este tipo de conflictos se dan dentro de la empresa, cuando dos o más trabajadores tienen desavenencias causadas por el trabajo. Puede ser debido a diferentes causas, tales como la falta de comunicación, diferencias por razones culturales, raciales o sexuales, o simplemente, por los intereses personales de cada uno.
3. Conflictos funcionales: se trata de desacuerdos normales en cualquier ámbito laboral y que acaban siendo positivos para todos, trabajadores y empresa, ya que

permiten conseguir mejores objetivos, estrechar relaciones y tratar temas propios del trabajo. En definitiva, este tipo de conflictos son beneficiosos.

4. Conflictos disfuncionales: este tipo de conflicto se refiere a desencuentros personales entre los trabajadores. Es importante detectarlos y darles una solución precisa lo antes posible, ya que suelen afectar negativamente al rendimiento de la empresa y pueden, incluso, involucrar a otros trabajadores.

5. Conflictos empleados-jefe: los sindicatos son un ente importante en la resolución de estos conflictos, que se suelen resolver a través del diálogo, puesto que afectan a los derechos de los trabajadores.

6. Conflictos organizacionales: estos conflictos se suelen producir en empresas grandes donde hay determinados departamentos que, por sus intereses, chocan entre ellos, provocando situaciones de tensión entre los trabajadores.

2 Objetivos

Conocer los aspectos básicos en cuanto a la resolución de conflictos que afectan al personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la redacción del presente capítulo, se ha realizado una exhaustiva investigación, revisando diversa bibliografía científica, sobre el tema que nos ocupa, la resolución de conflictos. Realizando una búsqueda en diferentes artículos y libros especializados, recurriendo para ello a las principales bases de datos: Scielo, Medline, Pubmed, donde se han escogido aquellos trabajos que por su contenido se relacionaban con el tema que estamos estudiando.

4 Resultados

Un conflicto es un choque entre posiciones y opiniones diferentes, contrarias o incompatibles entre dos partes, individuos o grupos, que afectan a la relación entre ellas, bien fortaleciéndola o bien deteriorándola.

Los elementos que componen el conflicto, son tres:

1. Las personas: son los individuos protagonistas del conflicto, que mantienen su posición para defender sus necesidades e intereses, utilizando para ello una dinámica de poder.

2. El problema: se trata del origen en sí del conflicto, que puede ser por temas de comunicación, intereses o necesidades, creencias, discriminación, entre otros.

3. El proceso: está basado en la comunicación entre los implicados y se trata de la dinámica con la que transcurre el conflicto.

Todo conflicto puede seguir dos caminos, el de hacerse más grave, aumentando así la tensión y llegando incluso a la violencia o el de hacerse más débil hasta llegar a desaparecer.

El modo de afrontar los conflictos, pese a las diversas causas que lo pueden provocar, pasa por diferentes formas de actuar:

☒ Colaboración: para que los afectados acepten la colaboración, debe buscarse la opción que más satisfaga los intereses de todos los implicados, viéndose todos recompensados o perjudicados por igual.

☒ Negociación: las partes afectadas ceden ante un acuerdo común a todos.

☒ Adecuación: para evitar un mal mayor, uno de los implicados se adapta y cede.

☒ Evitación: la parte implicada actúa como si nada pasara, negando que exista conflicto alguno, aunque, lógicamente, el conflicto sigue estando ahí porque no se resuelve.

☒ Competencia: ninguna de las partes implicadas cede, manteniendo su posición invariable.

Los trabajadores pueden utilizar varias herramientas para solucionar los conflictos que se vayan presentando en su trabajo a lo largo de su carrera laboral:

- Gestionar las emociones: existen emociones que pueden dar lugar a severos problemas, tales como la culpa, la ansiedad o el estrés. Saber gestionar estas emociones permite que el trabajador no se deje llevar por un impulso en un momento determinado y le ayudará a tomar decisiones sensatas y racionales.

- Ser empático: el trabajador debe intentar ser empático con sus compañeros o incluso sus jefes y tratar de ponerse en su situación, para evitar así males mayores, ya que el entorno laboral es, en muchas ocasiones, un entorno cerrado en el que se crean problemas y conflictos.

- Análisis: Esta es la fase más importante del proceso, donde el trabajador debe pararse a analizar el problema que ocasiona el conflicto, para así poder determinar su causa.

- Diálogo y escucha: para que exista un conflicto, tiene que haber al menos dos partes implicadas, con intereses y opiniones diferentes. Pues bien, para poder llegar a un acuerdo y solucionar así ese enfrentamiento, es importante escuchar la opinión de la otra parte y dialogar sobre ello.

- Consenso: el consenso implica defender nuestros derechos respetando a los demás y siendo asertivos, ya que a veces para poder llegar a un acuerdo es nece-

sario renunciar a determinados objetivos.

- Seguimiento: es conveniente realizar un seguimiento del conflicto durante algún tiempo, semanas o meses, aunque parezca que el conflicto está ya resuelto.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio de este capítulo, hemos aprendido diversas técnicas para la resolución de conflictos desde el punto de vista del personal no sanitario que desempeña su carrera laboral en un centro hospitalario, como auxiliar administrativo.

Ahora tenemos más claro en qué consiste un conflicto, las partes que lo forman y las diversas conductas que el trabajador puede adoptar para afrontarlo, así como las herramientas disponibles para resolverlo.

La resolución de conflictos implica la utilización de la inteligencia emocional, para no dejarnos llevar por las emociones y aprender a gestionarnos, reconociendo así, nuestros propios sentimientos y los de los demás, para poder llegar a un acuerdo lo más favorable posible para todos.

6 Bibliografía

1. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Resolución de conflictos en el entorno sanitario. Miscelánea – Salud (2020). <https://revistamedica.com/resolucion-conflictos-entorno-sanitario/>
2. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Resolución de conflictos en un entorno sanitario: una óptica de atención al usuario. Personal administrativo (2020). <https://revistamedica.com/resolucion-conflictos-entorno-sanitario-atencion-usuario/>
3. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Técnicas de resolución de conflictos en un entorno sanitario. Personal administrativo (2023). <https://revistamedica.com/tecnicas-resolucion-conflictos-sanidad/>
4. Biotyc Fundación. Prevención y resolución de conflictos en el entorno sanitario. <https://biotyc.nubily-educa.com/educa/1-prevencion-y-resolucion-de-conflictos-en-el-entorno-sanitario-50-horas/menu.html?account=biotyc>
5. Revista de Mediación. Mediando en salud, una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. María Carnero de Blas. <https://revistademediacion.com/articulos/mediando-en-salud-una-propuesta-de-mediacion-sanitaria-en-hospitales/index.html>
6. Plataforma Redes. La humanización de los conflictos sanitarios: presente y futuro de los sistemas alternativos de resolución. Yolanda Aguilar Olivares (2021).

<https://plataformaredes.es/2021/01/04/la-humanizacion-de-los-conflictos-sanitarios-presente-y-futuro-de-los-sistemas-alternativos-de-resolucion/>

Capítulo 470

EL PINCHE DE COCINA Y EL ENVASADO DENTRO DE UNA COCINA HOSPITALARIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

1 Introducción

Los alimentos normalmente se venden envasados porque el envase tiene dos propósitos esenciales: publicita el producto, por un lado, y lo protege, por el otro, sirve para salvaguardarlo y fomentar los esfuerzos de conservación.

Existen muchos tipos diferentes de envases, incluidos los envases convencionales, los envases al vacío (que implican eliminar el oxígeno del interior del recipiente) y los envases en atmósfera modificada. Los contenedores que se emplearon.

Los hay de distintos tamaños, formas y materiales, como botellas, cajas y tarros de plástico, cartón y aluminio, entre otros.

Todos estos productos deben cumplir una serie de requisitos porque todos entrarán en contacto con los alimentos. El principal marco legal para el envasado

de alimentos es el Reglamento Europeo 1935/2004 sobre materiales y objetos destinados a entrar en contacto con alimentos. Este reglamento establece requisitos de seguridad y trazabilidad de los alimentos para las empresas que producen envases de alimentos.

El objetivo principal de esta legislación es salvaguardar la salud de los consumidores en todo lo relativo a los productos que entran en contacto con los alimentos, como envases, botellas, tapas e incluso tintas y pegamentos.

El pinche de cocina deberá estar informado para realizar la tarea de etiquetado, que requiere información.

2 Objetivos

- Informar sobre los materiales que se usan para el envasado de los alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos estos materiales utilizados para los envases deberán estar fabricados de acuerdo con buenas prácticas de fabricación y en ningún caso podrán provocar la migración de sus componentes a los alimentos en cantidades que puedan. Ponen en peligro la salud de las personas.

- Tener un impacto en cómo se elaboran los alimentos.
- Provocar modificaciones en las características organolépticas de los alimentos.
- Se cree que los siguientes artículos y materiales son apropiados para su uso en contacto directo con alimentos.
- Artículos y materiales que sean reveladores y activos. Con el fin de mantener o mejorar el estado de los alimentos envasados, extender su vida útil, o ambas, los materiales y artículos activos son aquellos que se elaboran específicamente para incorporar componentes que transmiten sustancias a los alimentos. Alimentos envasados, su entorno o cualquier cosa que consuma materiales de ellos.

-Los materiales y objetos inteligentes son aquellos con capacidad de controlar su entorno o el estado de los alimentos envasados.

- Pegamento.
- Productos a base de cerámica.
- Corcho.
- Las bandas elásticas son un ejemplo.
- Vaso.
- Resinas de intercambio iónico.
- Metales y aleaciones.
- Papel y cartón.
- Componentes plásticos.
- Tinta para imprimir.
- Celulosa regenerada.
- Siliconas.
- Artículos de base textil.
- Barnices y revestimientos.
- Ceras.

5 Discusión-Conclusión

Deberás adquirir ciertos conocimientos en lo que respecta al envasado de alimentos si tienes previsto desempeñar tus funciones como ayudante de cocina en un centro hospitalario como personal no sanitario.

Somos conscientes de que la mayoría de alimentos se comercializan envasados debido a la doble función del envase de proteger el producto y favorecer su conservación.

También sabemos que estos alimentos deben estar siempre envasados para garantizar la trazabilidad y elaborarse de acuerdo con las normas marcadas por la normativa.

Por nombrar algunos de estos materiales, se encuentran las resinas de intercambio iónico, el corcho, el pegamento y los artículos cerámicos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 471

EL PINCHE Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

LAALIA ROUAB PIQUERAS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

VICTOR SANTOS PLASENCIA

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

1 Introducción

En las cocinas de los hospitales, los ayudantes de cocina desempeñan un papel crucial a la hora de garantizar que se sigan los procedimientos y que los alimentos se manipulen correctamente.

Ayudantes y cocineros son los términos utilizados para describir a los empleados que manipulan los alimentos en las cocinas de los hospitales. Su trabajo es esencial porque los estudios han demostrado un vínculo entre el procesamiento deficiente de los alimentos y la propagación de enfermedades.

Evitar que esto suceda es la forma más eficaz de gestionarlo debido a las precauciones de seguridad e higiene necesarias.

El personal de limpieza que trabaja en hospitales debe conocer y respetar los métodos correctos de preparación y almacenamiento de alimentos.

Actualmente, está vigente la siguiente ley: El artículo 8 del Real Decreto Legislativo 1/2007* establece que los consumidores tienen el derecho fundamental a estar “protegidos contra riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad”.

La Organización Mundial de la Salud afirma que uno de los factores internacionales que contribuye a la mayoría de las enfermedades son los alimentos contaminados.

Debemos tener en cuenta que los consumidores de los alimentos son personas enfermas y con su salud comprometida. Además, según investigaciones científicas, comer los alimentos adecuados y recibir la nutrición adecuada se ha relacionado con un tiempo de recuperación más rápido para los pacientes.

2 Objetivos

Describir las precauciones que deben tomar los pinches de las cocinas de los hospitales para manipular correctamente los alimentos del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El pinche debe tomar las siguientes medidas de seguridad al manipular correctamente los alimentos:

- Higiene: Lo primero que debemos hacer es lavarnos bien las manos con agua caliente y jabón. A continuación, necesitaremos utilizar toallas de papel para secarlos. Vendaremos las heridas que podamos tener. Se realizará tanto antes como después de la manipulación de alimentos.

Las uñas deben ser cortas y estar bien cuidadas para evitar que el pelo entre en contacto con la comida. Además, se utilizará un sombrero para cubrir la cabeza.

- Salud: Debido a que los alimentos que se consumen crudos o poco cocidos contienen bacterias y gérmenes, debemos tener en cuenta cómo pueden afectar a nuestro bienestar.

Los alimentos deben mantenerse separados unos de otros, cocidos y crudos, según las recomendaciones.

- Preparar la comida: todo el equipo que utilizaremos para preparar la comida debe estar limpio. Para lograr esto, es necesario que la temperatura suba por encima de los 70 grados para poder matar los microorganismos patógenos.

Hay que tener en cuenta que los alimentos no llegan a estos rangos porque los microorganismos se multiplican rápidamente a temperaturas entre 10° y 60°.

- Alimentos fríos: Si los alimentos preparados no se van a consumir en el momento, es necesario refrigerarlos y consumirlos dentro de las siguientes 24 horas. Sin embargo, si queremos que la comida nos dure más tiempo, debemos congelarla; la temperatura ideal no supera los -18 grados.

La comida no debe guardarse en la habitación. Temperatura porque al hacerlo se promueve el crecimiento de bacterias.

Debido a que pueden transmitir enfermedades, no se deben permitir insectos de ningún tipo en la cocina, debemos tener esto en cuenta.

Es importante recordar que los pacientes con diversas patologías son los destinatarios de los alimentos que procesamos.

Su salud puede verse afectada negativamente por el procesamiento inadecuado de alimentos que realizamos.

5 Discusión-Conclusión

En las cocinas de los hospitales, los ayudantes de cocina desempeñan un papel fundamental. Están a cargo de asegurarse de que se sigan los procedimientos y que los alimentos se manipulen adecuadamente.

Es importante recordar que los pacientes con diversas patologías son los destinatarios de los alimentos que procesamos.

Su salud puede verse afectada como resultado de lo que hacemos cuando procesamos incorrectamente los alimentos.

Algunas de las precauciones que debemos tomar son usar una higiene personal y de manos adecuadas, preparar y cocinar alimentos, enfriar rápidamente los alimentos cocidos, manipular huevos frescos y mantener alejados a los insectos dentro de la cocina.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 472

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y SU PAPEL EN LAS DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

1 Introducción

Actualmente, el cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2019, se descubrieron 191 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo, según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer.

Según las previsiones de la misma organización (proyecto GLOBO CAN), en 2020 se diagnosticarán alrededor de 19,3 millones de nuevos casos en todo el mundo. La pandemia de Covid-19 ha reducido el número de diagnósticos de cáncer en demasiados países, por lo que el número real de diagnósticos de cáncer en 2021 probablemente sea inferior a lo informado.

Los pronósticos mundiales también predicen que durante los próximos 20 años, el número de casos nuevos aumentará exponencialmente, alcanzando los 30,5 millones de nuevos casos en el año 2040. Las habitaciones de hospital o áreas conocidas como salas de oncología brindan servicios únicamente a pacientes con cáncer, casi todas las instalaciones o instituciones hospitalarias.

Los pacientes suelen experimentar una mayor inmunosupresión como resultado de sus tratamientos médicos, incluida la radioterapia y la quimioterapia, entre otros.

Por lo que, a la hora de introducir cualquier patógeno en su entorno o dieta, se debe extremar la precaución. Esto se evita cumpliendo con las normas establecidas para la alimentación y las comidas, a las que nos referiremos como ayudantes de cocina.

2 Objetivos

Describir los requisitos del protocolo de cocina para la preparación y actuación con la mirada puesta en la planta de oncología desde la perspectiva del pinche de cocina.

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 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

Gracias a terapias como la quimioterapia, se necesitan una serie de protocolos de actuación para cocinar, preparar y reparar todo lo destinado a la dieta de pacientes oncológicos inmunodeprimidos. Para garantizar esto se lleva a cabo una asepsia absoluta.

- La persona encargada de la preparación y cocción de los alimentos deberá mantener una excelente higiene de manos y brazos, y se le proporcionarán guantes para apoyar esta higiene.
- La mascarilla, el gorro y la bata del profesional también son fundamentales.

- Se evitará así que el uniforme del pinche entre en contacto con la comida del paciente. Además, evitará que el médico estornude o tosa junto o delante de la comida del paciente, lo que podría propagar bacterias o virus peligrosos.
- El pinche debe ser siempre el mismo; en otras palabras, deben dedicarse a las dietas de los pacientes con cáncer y no deben dedicarse a otras tareas ni a la preparación de menús.
- Antes de su uso, se debe limpiar minuciosamente el equipo que se utilizará para la preparación y preparación.
- La zona o espacio de trabajo debe estar siempre impecablemente limpio, libre de microorganismos patógenos que puedan poner en peligro la salud del paciente y dotado de un espacio para la manipulación de estos alimentos. materiales.
- En la unidad de oncología deberán estar impecablemente limpios todos los utensilios de cocina, bandejas, cubiertos y carritos que se utilicen para transportar y almacenar los alimentos.
- Para prevenir y evitar la contaminación constante, es fundamental que el pinche de cocina manipule lo menos posible las bandejas al pasar al mueble.
- La logística de un food truck debe seguir siempre un rumbo predeterminado.
- Siempre será específico para esta unidad y nunca se utilizará para ningún otro servicio.
- Para evitar la contaminación antes mencionada, el pinche de cocina deberá manipular con extremo cuidado las bandejas una vez entregadas.
- Sería beneficioso para el asistente cambiarse los guantes al ingresar a la unidad para garantizar la asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con cáncer u oncología tienen sistemas inmunológicos extremadamente debilitados como resultado de los tratamientos que reciben. En consecuencia, el pinche de cocina debe conocer plenamente todas las técnicas asépticas a la hora de manipular, preparar.

Es fundamental cumplir exactamente los protocolos; de lo contrario, corremos el riesgo de que el estado clínico del paciente se deteriore y posiblemente aumente su riesgo de enfermar o incluso morir. Si se hace incorrectamente, los resultados podrían ser fatales y plantear problemas graves para el paciente, su familia y el equipo médico.

Otra posibilidad sería hablar de cuestiones socioeconómicas. Por todo ello, el pinche de cocina brinda al paciente con cáncer que se encuentra bajo un agresivo tratamiento de quimioterapia la seguridad de que todo se hace conforme a los

procedimientos adecuados, lo que redundará en seguridad y tranquilidad 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 473

¿CÓMO DEBE ACTUAR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA?

ALVARO GRANADINO CHICA

DAVID PRADILLO CARPIO

1 Introducción

Los pacientes en la planta de traumatología presentan generalmente dificultades para la realización de ejercicios tan simples como la movilidad de alguna de sus extremidades, moverse en la cama, realizar movimientos simples, entre otros. Este tipo de pacientes precisan de la atención de personal sanitario que esté de manera continua y presente atendiendo las necesidades de los mismos.

Además, requiere de la presencia de la figura de los celadores que trabajan en la planta de traumatología, ya que este personal no sanitario va a ser el encargado de realizar todo tipo de maniobras, movimientos y movilizaciones sobre el paciente, desde el traslado del mismo a la realización de determinadas pruebas, así como ayudar al personal de auxiliar de enfermería de la planta a realizar tareas de aseo del paciente.

Es por ello, que los celadores de la planta de traumatología necesitan de un amplio conocimiento de las patologías de cada enfermo, además de ser experto en qué tipo de colocaciones y movilizaciones se ha de tomar con cada uno de ellos.

En este sentido, durante el desarrollo de este trabajo, se van a conocer las tareas y actuaciones que desempeñan los celadores en la planta de traumatología,

conociendo los protocolos de actuación de cómo han de ser las correctas movilizaciones que se han de realizar con este tipo de pacientes que se encuentran en la planta.

2 Objetivos

- Indicar las tareas que lleva a cabo el celador en la planta de traumatología.
- Conocer las actuaciones en la movilización de pacientes en traumatología por parte del celador.

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 actuaciones que el celador de la planta de traumatología realiza sobre los pacientes, así como el resto de tarea encomendadas por el personal superior.

Los celadores en la planta de traumatología se encargan de realizar el traslado de pacientes a la realización de las pruebas que el personal sanitario determina para dichos enfermos. En este caso, destaca la implicación de las pruebas de radiografías para comprobar el estado de su patología.

Para ello, desde la planta de traumatología se hace una llamada al celador a través del teléfono busca. Una vez que el celador se presenta en la planta, el personal sanitario le entrega el volante de petición de radiografía con el que el celador debe llevar consigo y entregar a los técnicos de rayos. De este modo, el celador se encarga de llevar al paciente hasta el área de rayos y por consiguiente, devolverlo e instalarlo en su habitación.

En cuanto a las movilización y colocaciones con los pacientes, el celador debe ser conocedor de las dolencias y características patológicas de cada uno de ellos, para poder así adoptar unas movilizaciones u otras. Así, cuando el personal sanitario indique al celador que el paciente debe pasar de la cama a la silla, el celador podrá

optar por usar la grúa o en colaboración con un segundo celador acomodar al paciente en el sillón.

El celador también colabora en las tareas de aseo y limpieza de pacientes. En este caso, el celador se coloca en un lado de la cama contrario a las auxiliares. Así, el celador trae al paciente consigo sujetándolo con una mano en la cadera y en la otra a la altura de los hombros, facilitando así el trabajo de las auxiliares.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se ensalza el papel de los celadores en el centro hospitalario, pero, sobre todo, destacar la participación del celador en la planta de traumatología, ya que, gracias al amplio conocimiento en movilización y colocaciones de pacientes, permite desarrollar de manera plena todas las actividades y actuaciones que se realizan sobre los pacientes.

Además, sin la participación del celador, que es un gran pilar fundamental de colaboración y cooperación con el resto de personal sanitario, es imposible garantizar un correcto funcionamiento interno del servicio, puesto que muchas de las tareas que se llevan a cabo en la misma recaen directamente sobre el papel del celador.

6 Bibliografía

1. Importancia del celador en traumatología de un hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Técnicas de movilización de pacientes por parte del celador. Disponible en: <https://www.auxiliardeenfermeria.com>

Capítulo 474

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE MATERIALES Y MUESTRAS EN EL QUIRÓFANO

MARIA DEL MAR HERNÁN CHOQUE

NATALIA BOLAÑOS LOARCES

1 Introducción

En el transcurso diario dentro del área de quirófano se trabaja de manera conjunta un gran equipo de personal médico y sanitario, donde se incluyen anestesistas, cirujanos, enfermeros, auxiliares de enfermería, entre otros. Todos ellos trabajan de manera conjunta también con el personal no sanitario, es decir, con la figura de los celadores, que desempeñan un papel fundamental tanto en la preparación previa de los quirófanos, así como todas las tareas que conllevan para la correcta organización de los mismos.

De este modo, los celadores de quirófano cumplen y llevan a cabo todo tipo de protocolos establecidos dentro del quirófano, siendo un elemento fundamental, dado que se utiliza una gran variedad de instrumental y de elementos en cada una de las intervenciones, destacando sobre todo la participación en la recogida de fármacos y útiles de farmacia y, donde los celadores, son los responsables de la colocación y recogida de los mismos.

Por ello, durante el próximo trabajo, se van a exponer y conocer todas las tareas, funciones y actuaciones llevadas a cabo por los celadores en el quirófano. Además, se van a tratar las tareas que realiza previa, durante y posteriormente a cada una de las operaciones que son realizadas por parte del personal médico.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que lleva a cabo el celador de quirófano.
- Exponer las tareas y actuaciones del celador de quirófano en el traslado y muestras de materiales.

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

Los celadores en quirófano disponen de un listado de las intervenciones que van a ser realizadas a lo largo de la jornada. En este sentido, en el listado queda reflejado el paciente que va a ser intervenido, la planta donde se encuentra y el número de habitación de la misma. En este caso, los celadores de quirófano se encargan de recoger al paciente y llevarlo hasta la ante sala de quirófano. Durante este trayecto, el celador debe traer consigo la historia clínica del paciente y una bala de oxígeno.

El celador en quirófano también debe ser el encargado de reponer y colocar todos los materiales y enseres que se encuentran en el almacén, siguiendo el protocolo y orden establecido, facilitando la búsqueda posterior por parte del personal sanitario.

En algunas intervenciones se toman muestras analíticas a los pacientes que, en su mayoría, deben ser llevadas a anatomía patológica. El celador se encarga de bajar, junto con la hoja de petición, dicha prueba al laboratorio de anatomía.

Es posible que el equipo médico precisa de algún ecógrafo. Si esto ocurre, el celador debe acudir al almacén donde se encuentran ubicados. Si no se dispone de ninguno, por el uso en otras intervenciones, el celador de quirófano debe acudir con rapidez a la UCSI (Unidad de Cirugía Sin Ingreso), donde se ubican el resto de ecógrafos y llevarlo hasta la antesala de quirófano, donde el personal sanitario lo incorpora a la intervención.

Por otro lado, el celador en el quirófano se encarga de recoger todo tipo de medicación en el servicio de farmacia que sea encomendado por los superiores, siempre acompañado de una receta de planta que justifique la salida del medicamento.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se afirma la importancia que presenta el celador de quirófano en el traslado de materiales y muestras biológicas, así como la importancia de la recogida de suministros y medicaciones en el servicio de farmacia, ya que el quirófano es un área donde se trabaja a diario con un gran número de elementos quirúrgicos, donde el celador toma gran protagonismo, puesto que es él quien recoge, coloca y distribuye dichos elementos.

De este modo, gracias a la participación y a la figura del celador de quirófano, se observa una mejoría en el área, siendo un pilar fundamental en el desarrollo de tareas, siendo un elemento clave de cooperación y colaboración con el resto de personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Qué hace un celador en quirófano. Disponible en: <https://www.euroinnova.edu.es>.
2. Funciones del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 475

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE URGENCIAS

NATALIA BOLAÑOS LOARCES

MARIA DEL MAR HERNÁN CHOQUE

1 Introducción

Dentro de las urgencias hospitalarias se cuenta con determinadas áreas, repartidas por todas las inmediaciones de las urgencias, donde en cada una de ellas se atiende y se especializa en la atención de determinados casos en pacientes enfermos.

En este sentido, las urgencias hospitalarias cuenta con el área de observación, donde los pacientes se encuentran encamados, esperando la futura revisión de los doctores y donde, sobre todo, son derivados a la planta de hospitalización.

El área de pediatría, que alberga la atención a niños y niñas menores de 12 años; el área de especialidades, dedicada en exclusiva a la atención de pacientes de roturas, caídas, radiografías, entre otros, y el área de boxes, dedicado a la atención de todo tipo características y enfermedades de los pacientes.

En cada una de estas áreas se compone por personal médico, personal sanitario, destacando auxiliares de enfermería y enfermeras, y también se encuentra personal no sanitario, donde se enmarca la figura de los celadores, que cumplen un papel determinante a la hora de realizar tareas y actuaciones sobre los pacientes. De este modo, durante el desarrollo del presente trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas de los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias, en la atención a los pacientes desde su llegada hasta la salida de los mismos,

además de atender todas las tareas de colaboración y asistencia de los celadores con el resto de personal sanitario.

2 Objetivos

- Exponer el papel los celadores en el área de especialidades médicas de las urgencias hospitalarias.
- Dar a conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la atención a pacientes en el área de especialidades médicas 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.

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 celador de las especialidades médicas tiene contacto con una gran clasificación de pacientes por la funcionalidad del esta área. Con los pacientes que son derivados a las especialidades médicas de traumatología, puede encontrarse con roturas de cadera, de codo, luxaciones, colocación de sondas, heridas, pacientes con hemorragias nasales, erupciones en la piel, etc.

La movilización de las roturas de cadera tiene que realizarlas el celador siempre por el lado bueno del paciente, es decir, por la cadera que no está rota, doblando la rodilla buena del paciente y movilizarlo para el lateral. En los traslados de estos pacientes a la sala de rayos, el celador de especialidades, advertirá al personal de la sala, la cadera fracturada.

El celador de especialidades tiene que acompañar a los pacientes a las diferentes consultas que el médico de urgencias ha solicitado, siempre portando la petición de la interconsulta. Estas consultas pueden ser de oftalmología, de otorrinolaringología, de dermatología, etc.

Con los pacientes psiquiátricos, el celador, colabora con el personal sanitario, en caso de agitación, en la contención mecánica del paciente, cerrando los dispos-

itivos imantados y la colocación de las correas de sujeción. En caso de ingreso del paciente, el celador acompañado, del psiquiatra y del servicio de seguridad realiza el traslado del mismo.

Otra de las funciones muy frecuentes del celador en especialidades es el traslado de muestras biológicas al laboratorio, de urgencias y de microbiología, dependiendo del tipo de muestras transportadas. En estos traslados el celador mantendrá todas las normas de seguridad vigentes.

Toda la ropa sucia del área y recogidas por el auxiliar de enfermería, el celador, con su correspondiente carro, la traslada al servicio de lencería, reponiendo el carro en su ubicación dentro del área.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se afirma la enorme importancia en el papel de los celadores de las urgencias hospitalarias y, en concreto, destacar la participación del celador de boxes de las urgencias, pues el desempeño y el trabajo realizado diariamente de sus funciones ofrece un correcto desarrollo interno del servicio, siendo un pilar fundamental de organización con todo el personal sanitario y no sanitario que trabaja de manera conjunta.

Por otro lado, el cumplimiento de tareas y actuaciones del celador en los boxes posibilita un trabajo cooperativo y de cooperación con el resto de personal sanitario, ofreciendo así una sanidad de calidad adaptada las características individuales de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano y urgencias. Disponible en: <https://essaeformacion.com>.
2. El papel del celador en el servicio de las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>.

Capítulo 476

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

1 Introducción

En las urgencias hospitalarias existe un área determinada a atender las necesidades de pacientes enfermos de corta edad, como es el caso de los niños y niñas menores de 12 años, así como los recién nacidos.

En esta área se encuentra trabajando en equipo el personal sanitario, el equipo médico y el personal no sanitario, donde se destaca la figura de los celadores, quienes llevan a cabo numerosas tareas que logran el correcto funcionamiento del área.

Así, es necesario dar prioridad a la atención de aquellos pacientes cuya enfermedad sea de mayor gravedad siguiendo el protocolo establecido en la pediatría de las urgencias.

De este modo, durante el próximo trabajo, se van a conocer y desarrollar las funciones, actuaciones y tareas que lleva a cabo el celador en la pediatría de las urgencias hospitalarias, siendo esta labor esencial y determinante para atender las necesidades de los niños, así como siendo un pilar vital para el resto de compañeros y compañeras que trabajan de manera conjunta en el área.

Cuando el paciente enfermo llega a las dependencias de las urgencias y es derivado a la pediatría dada su edad, el celador de pediatría recoge la carpeta con los datos identificativos del niño o niña y se lo entrega al personal sanitario.

2 Objetivos

- Exponer el papel del celador de las urgencias pediátricas.
- Dar a conocer las funciones que lleva a cabo el celador en la atención a niños y niñas en pediatría.

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, funciones y actuaciones que lleva a cabo el celador en el área pediatría de las urgencias hospitalarias.

Los celadores en el área de pediatría de las urgencias hospitalarias llevan a cabo funciones determinantes para el correcto funcionamiento de la misma. De este modo, dado que se puede encontrar pacientes recientes nacidos o de corta edad, estos necesitan de diferentes medicaciones y elementos sanitarios que no se encuentran en el área de pediatría, sino que están almacenados en la farmacia hospitalaria. Para ello, cuando se precisa de dicha medicación o elementos, el celador de pediatría de las urgencias acude al servicio de farmacia donde le proporcionan la cantidad indicada por el personal sanitario para, finalmente, entregarlo al equipo de enfermería de pediatría.

Otra de las tareas que lleva a cabo el celador de pediatría en las urgencias es acompañar y trasladar a los niños, junto con sus acompañantes (madres, padres, abuelos, entre otros) a la realización de pruebas, como es el caso de radiografías. En este caso, el celador sale a la sala de espera y llama al paciente. Una vez llamado, este con los acompañantes acuden al área de rayos para hacerse una radiografía. Finalmente, el celador vuelve a acompañar al paciente y sus familiares a la sala de espera de pediatría.

Por otro lado, el celador de pediatría en las urgencias se encarga de llevar todo tipo de muestras para su análisis al laboratorio: sangre, orina, heces, entre otras. Así, cuando el personal sanitario indique al celador que debe llevar la muestra

en una batea, lo hará acompañado del volante con los datos identificativos del paciente, datos que el celador debe comprobar que concuerde muestra y volante.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se afirma la importancia que cumplen los celadores en el área de las urgencias hospitalarias, destacando la participación llevada a cabo en el área de pediatría.

De este modo, gracias a la intervención del celador en la colocación y traslado de los niños y niñas, así como el conjunto de tareas que realiza para el área, sirve de pilar fundamental para una buena organización y funcionamiento interno del área de pediatría.

Así, gracias a la participación del celador en colaboración con el resto de personal sanitario, permite ofrecer a los niños y niñas una atención directa y dedicada a las necesidades de cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El celador en la atención a niños y niñas hospitalizados en las urgencias pediátricas. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>.

Capítulo 477

LAS TAREAS DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LAS INYECCIONES INTRAVÍTREAS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

MARIA JOSE MARTINEZ CONTRERAS

ROBERTO VILLORA GÓMEZ

1 Introducción

Dentro del centro hospitalario se cuenta con un área que se encarga específicamente del tratamiento y curación de los ojos de los pacientes. Por un lado, se encuentra las consultas de oftalmología, compuesto, sobre todo, por doctores que se encargan de la atención de determinados pacientes cuyo tratamiento se ciñe a la revisión progresiva y continua de los ojos.

Así, algunos de estos pacientes necesitan de una serie de tratamientos en sus ojos, es decir, unas inyecciones, que normalmente son reguladas de manera continua, teniendo siempre presentes las revisiones de los doctores y que son administradas en el quirófano de ojos, también denominados intravítrea o avastines.

En los avastines, se cuenta con un personal sanitario, TCAE, enfermero, doctor oftalmólogo y el papel de los celadores, imprescindible y vital para el correcto funcionamiento interno del servicio, pues el conjunto y desempeño de sus funciones hace que el trabajo diario se desarrolle con total normalidad.

Por tanto, durante el próximo trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas y funciones que lleva a cabo el celador en intravítreas, tanto en la atención previa

en la antesala del quirófano con el paciente, como en la colocación y preparación previa a las inyecciones de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que lleva a cabo el celador en el quirófano de oftalmología.
- Desarrollar las funciones del celador en la atención al paciente en el quirófano de ojos.

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 exponen las tareas y funciones que cumplen los celadores en intravítreas.

Los pacientes que vienen al quirófano de ojos lo hacen para la inyección de los mismos. Estos precisan de una medicación para su inyección, que es administrada diariamente para cada uno de ellos. En este caso, el celador debe acudir a primera hora al servicio de farmacia para la recogida de dicha medicación. Así, una vez que el celador recoge la medicación, debe depositarla en el frigorífico que se encuentra en las inmediaciones.

El celador en intravítreas conoce los pacientes que van a acudir durante la jornada, ya que dispone de un listado con el nombre de cada uno de ellos. En este sentido, el celador, en función de la hora a la que estén citados y si se han registrado previamente, sale y llama a cada paciente.

Una vez que los llama, los pasa dentro a la antesala de quirófano y les pone una bata desechable, unas calzas y un gorro, equipo que debe permanecer en el paciente hasta la salida del quirófano.

Finalmente, cuando el paciente sale, el celador hace entrega de las gotas y medicación que se le administra al paciente junto con unas gasas. Posteriormente, quita el equipo y acompaña al paciente hasta la salida.

En la finalización de la jornada, si algún paciente no ha acudido y por consiguiente, sobra su medicación, el celador debe bajar al servicio de farmacia y hacer entrega de la medicación que ha sobrado.

Por otro lado, cuando finaliza la jornada de pacientes, el celador se encarga de reponer los equipos médicos que se trabajan sobre los pacientes, así como los equipos de bata, guantes y calzas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se afirma necesidad de la presencia de la figura de los celadores en los avastines, puesto que el desempeño de sus funciones posibilita un correcto funcionamiento en el desarrollo de trabajo diario del servicio.

En este caso, gracias a la participación del celador, se ofrece al paciente una adecuada asistencia sanitaria, además de evitar cualquier posible altercado y eliminando el nerviosismo y temor ante la entrada al pequeño quirófano, gracias a la preparación previa.

Por tanto, el celador en el quirófano de ojos es un pilar fundamental, no solo antes de la entrada al paciente al quirófano, sino toda la preparación previa que conlleva el trabajo que se realiza dentro del mismo, que es realizada en su gran mayoría por el celador.

6 Bibliografía

1. El celador de quirófano. Funciones del celador en el quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador en las tareas asistenciales a pacientes. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>

Capítulo 478

¿QUÉ LABOR DESEMPEÑA EL CELADOR EN LA PLANTA DE UROLOGÍA?

JESUS PRADILLO CALCERRADA

MANUEL JESÚS GRANADINO CHICA

1 Introducción

Los celadores en el centro hospitalario son los responsables individuales de albergar las necesidades que se precisan en cada una de las plantas de hospitalización, llevando a su cargo una planta cada celador. En este sentido, en la planta de urología, por ejemplo, el desarrollo de funciones que alberguen la asistencia de pacientes en la realización de pruebas, recae directamente en el papel del celador. Los celadores de la planta de urología toman gran protagonismo, puesto que con el desarrollo de sus funciones se consigue un correcto funcionamiento de la misma. Además, se precisa del conocimiento en la colocación y movilización de los pacientes para la realización de tareas por parte del equipo sanitario, como puede ser el caso de aseos, colocaciones en la cama, traslados de habitaciones, ingresos y altas, entre otros, así como para llevar a cabo traslados a las diferentes pruebas a las que son sometidos.

Por todo ello, durante el próximo trabajo, se van a atender y desarrollar las tareas, actuaciones y funciones que el celador de la planta de urología lleva a cabo tanto en labores asistenciales directos con los pacientes, así como las funciones del celador en colaboración y cooperación con el personal sanitario de enfermería.

2 Objetivos

- Mostrar el papel de los celadores en la planta de urología.
- Dar a conocer las tareas que realiza en celador en la asistencia a pacientes de planta de urología.

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

A continuación, se exponen las tareas, actuaciones y funciones llevadas a cabo por el celador en la planta de urología, así como las tareas que cumple en las labores asistenciales con los pacientes.

Los pacientes en la planta de urología necesitan constantemente de la toma de muestras analíticas por parte del personal sanitario. En este caso, cuando el equipo sanitario realiza dichas intervenciones, se hace una llamada al celador a través de su teléfono busca, con el objetivo de bajar dichas muestras para su análisis al laboratorio. El celador hace uso de guantes desechables y coloca la muestra en una batea, que junto con la hoja de petición de laboratorio lo lleva hasta su destino.

Los celadores en la planta de urología se encargan de bajar y recoger la medicación que se proporciona a determinados pacientes. Cuando una medicación es requerida para la planta de urología, el servicio de farmacia llama al celador que, rápidamente, acude hasta el área de farmacia para recoger la medicación y su posterior entrega al personal sanitario.

Por otro lado, los celadores en la planta de urología realizan tareas de ayuda y colaboración con el personal sanitario, en concreto con las auxiliares de enfermería, en la movilización y colocación de pacientes para la realización del aseo por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

También se encarga de realizar ingresos programados, es decir, un paciente tiene un ingreso programado en la planta de urología y se encuentra en la puerta prin-

cipal. Así, el celador acude hasta la sala donde se encuentra el paciente y lo acompaña e instala en la habitación correspondiente de la planta de urología.

Los pacientes de la planta de urología, en ocasiones, precisan de la realización de ecografías y radiografías. Es por ello que el celador se encarga de bajar a los pacientes, en sus respectivas camas, a la realización de dichas pruebas. Posteriormente, el celador lo sube y lo vuelve a instalar en su habitación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se afirma la importancia de los celadores en la planta de hospitalización y, sobre todo, ensalzar el papel del celador en la planta de urología, puesto que gracias al cumplimiento de sus funciones se logra un correcto funcionamiento de la misma.

Además, gracias a la participación del celador, que es un pilar fundamental de apoyo y colaboración con el resto de personal sanitario, se consigue ofrecer a los pacientes una sanidad de calidad y eficaz adaptada a cada paciente.

Por tanto, la figura del celador es esencial dentro del centro hospitalario, destacando el cumplimiento en el desarrollo de tareas y actuaciones dentro de la planta de urología.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Funcionamiento de la planta de urología y actuaciones del celador. Disponible en: <https://chopsab.es>.

Capítulo 479

¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DE OJOS?

MANUEL JESÚS GRANADINO CHICA

JESUS PRADILLO CALCERRADA

1 Introducción

La visión es una de las características intrínseca más importante del ser humano que debe ser cuidada y atendida durante toda nuestra vida. De este modo, se ha observado durante los últimos años un descenso en la calidad de visión de la población.

Para ello, en el centro hospitalario se encuentra habilitado un espacio determinado donde se atienden a las necesidades de la visión de los ojos. En concreto, se cuenta con las consultas de oftalmología, donde los doctores atienden de manera individual y escuchan las dolencias y características de cada uno de ellos y, por otro lado, está el quirófano de ojos, donde se realizan inyecciones en los mismos con el objetivo de no seguir incrementando esa pérdida de visión que los pacientes presentan.

El quirófano de ojos se encuentra dispuesto por el personal médico, una enfermera, el auxiliar de enfermería y la figura del celador. Todos realizan labores de manera conjunta, posibilitando el trabajo en equipo.

En el presente trabajo, se van a desarrollar y conocer el papel que desempeña el celador en el quirófano de ojos, sobre todo se va a atender a las actuaciones

previas al quirófano, la atención al paciente en la antesala del quirófano y las tareas de reposición y colocación al terminar los pacientes.

2 Objetivos

- Exponer el papel que lleva a cabo el celador en el quirófano de ojos.
- Dar a conocer las funciones del celador en la atención a pacientes en la antesala del quirófano de ojos.

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 actuaciones que lleva el celador en el quirófano de ojos, atendiendo a las tareas que lleva a cabo en la preparación del quirófano, la preparación de pacientes en la antesala de quirófano y la colocación y reposición de materiales posterior a la jornada.

- En primer lugar, el celador al comienzo del día se encarga de recoger la medicación que va a ser inyectada sobre los pacientes en la farmacia hospitalaria del centro. De este modo, acude a la farmacia y pide la medicación del quirófano de ojos. Una vez que llega al quirófano, dicha medicación debe permanecer en el frigorífico, dada las características de la misma.
- Cuando llega al quirófano, debe colocar los guantes estériles para el doctor, los colirios que se dan a los pacientes, así como las gasas estériles, entre otras muchas cosas.
- El celador dispone de un listado de los pacientes que van a acudir en el día a sus respectivas inyecciones. En este caso, cada uno de estos pacientes están citados en un tramo horario determinado. Así, cuando llega ese tramo, el celador sale y llama a los pacientes para que acudan a la antesala de quirófano. Una vez que

entran, el celador coloca una serie de elementos sobre los pacientes: bata, guantes, calzas y gorro desechables, ya que van a entrar a un quirófano.

- Cuando el paciente entra al quirófano, el celador sigue un pequeño protocolo, por lo que debe colocar en el paciente el pulsímetro y el tensiómetro, de modo que el equipo médico pueda observar las constantes del paciente.
- Finalmente, cuando el paciente sale, el celador quita todos los enseres que le han sido colocados y le proporciona su medicación y unas gasas estériles. Posteriormente, le acompaña a la ventanilla donde se encuentra la auxiliar de administración para que le sea entregada la siguiente cita.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia del celador en el quirófano de ojos, ya que el desarrollo de sus funciones posibilita el correcto funcionamiento interno del quirófano, en colaboración y cooperación con todo el personal sanitario que trabaja de manera conjunta dentro del servicio aunando los esfuerzos en beneficio del paciente.

Por otro lado, la preparación previa en el proceso de atención a los pacientes, así como todo lo relacionado de manera interna (guantes, medicación, gasas estériles...) recae en la labor del celador, cuya correcta colocación y posterior aplicación sobre los pacientes sería imposible realizar si no estuviese el papel del celador.

Así, gracias a la participación del celador se logra ofrecer una correcta y adecuada sanidad eficaz y de calidad a todo tipo de paciente que acude al quirófano de ojos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El celador en el quirófano de oftalmología. Disponible en: <https://ocronos.com>.

Capítulo 480

EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

LORENA SEGUIDO PANTOJA

PABLO HERRERO POZUELO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

1 Introducción

El celador, además de las enfermeras, TCAE y personal de lavandería, es una pieza clave en el servicio de lencería y es responsable de una parte importante del trabajo que allí se realiza.

Este artículo describirá las funciones que realiza el celador en la sección de lavandería, que son cruciales para que los hospitales funcionen de manera eficiente, detengan la propagación de infecciones y garanticen que los pacientes se sientan cómodos durante su estancia en el centro sanitario.

El servicio de lencería del hospital se encarga de toda la ropa de cama, sábanas de quirófano, toallas, uniformes para el personal médico y no médico y pijamas de los pacientes. Sus funciones incluyen recoger toda la ropa sucia, transportarla al servicio de lavandería, donde será limpiada e higienizada de acuerdo con la normativa vigente, y luego devolverla al hospital o áreas de personal para su nueva utilización.

Como sabemos que gran parte de estos microorganismos multirresistentes son potencialmente transmisibles a través de uniformes o pijamas que no están adecuadamente desinfectados, el servicio de lencería ayuda a mantener limpio el hospital y prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales. Dado que una parte importante de los presupuestos hospitalarios se dedica a ello, es fundamental impartir instrucción sobre cómo maximizar este servicio.

2 Objetivos

- Enumerar las distintas funciones que el celador lleva a cabo en la sección de lencería.
- Explicar en qué consisten dichas funciones, destacando la labor del celador este 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. 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 celadores traerán al hospital los carros que contienen la ropa, uniformes y demás enseres en aquellos hospitales donde el servicio de lavandería no se realiza dentro de las instalaciones hospitalarias, sino que ha sido contratado a través de una empresa externa. Serán cargados en camiones en el muelle del hospital. Del mismo modo, los celadores ayudarán a los transportistas en la descarga de los camiones por la mañana antes de distribuir la mercancía por el hospital. Harán esto para garantizar que los productos solicitados sean correctos y para realizar un seguimiento de los pedidos que se han descargado.

A continuación, se enumerarán y explicarán las funciones que desempeña el celador en el servicio de ropa blanca del hospital:

El celador será el encargado de cuidar del resto del personal y enseñar a los enfermos a utilizar correctamente el equipamiento y la vestimenta hospitalaria, evitando su mal uso y deterioro, y, si es necesario, comunicará a sus superiores

cualquier cambio o anomalía que advierta.

Los celadores serán quienes descargarán los contenedores de ropa limpia, trasladarán las sábanas y el resto de ropa de cama, pijamas quirúrgicos, batas, zapatos y uniformes del personal a las plantas, vestuarios de quirófano y demás servicios donde realizan sus funciones. Al final de la jornada, también se encargarán de armar las bolsas de pijamas usados del quirófano y de ropa sucia de las plantas, y transportarlas al servicio de lavandería.

Los celadores ayudarán a los asistentes a hacer la cama con el paciente encamado, uno de pie a cada lado del paciente, si el paciente no puede levantarse para cambiar las sábanas y hacer la cama por sí mismo, necesita estar encamado, está inconsciente o no puede hacerlo debido a su condición. Se le explicará lo que se hará, moviéndolo con extrema precaución en todo momento y velando por su comodidad. Al hacer la cama mientras el paciente está acostado, el cuidador siempre se lavará las manos, se pondrá guantes y tomará otras precauciones de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Es un servicio en el que intervienen un gran número de empleados, entre costureras, auxiliares, personal de lencería y celadores, este último se encarga principalmente de distribuir y transportar por el interior del hospital todos los enseres de los que se encarga el servicio de lencería y devolver la ropa sucia a la lavandería.

El servicio de ropa blanca, como ya se ha enumerado, es crucial para el funcionamiento eficiente de los hospitales porque se encarga del suministro, distribución, transporte y recogida de toda la ropa y pijamas de los pacientes, los uniformes y batas del personal y toda la ropa tanto del personal médico como del resto de profesionales.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>

Capítulo 481

EL CELADOR ANTE LA ACEPTACIÓN DE LA PÉRDIDA Y LA MUERTE.

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

MARIA LOZANO PEREZ

ANTONIO GIL MORENO

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

La muerte es la cesación de todas las funciones vitales del organismo humano. Al referirnos al momento del fallecimiento, habitualmente se utiliza el término "exitus". Una parte afectada también cuando se produce un fallecimiento será la familia, el celador deberá saber actuar en todo momento, deberá conocer el cuidado que requiere una persona fallecida dando un apropiado trato a las familias brindándoles la ayuda que necesiten.

El celador con pacientes terminales deberá poseer una formación cualificada para saber como actuar en situaciones tan delicadas, para familiares y paciente. Deberá tener en cuenta la comunicación verbal u la no verbal.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer funciones y cuidados del celador ante el paciente fallecido, conociendo los cuidados después de la muerte, dando un trato adecuado a familiares, ofreciendo su ayuda en lo necesario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 examinar la evolución de los fallecimientos en España de 1997-2018 podremos observar como la tendencia del ratio de fallecidos como de altas hospitalarias muestra una leve tendencia alcista. A la hora de un deceso habrá que empatizar con la familia del fallecido. Se actuará con delicadeza, humanidad. Abra que evitar cualquier situación que pueda incomodar a sus seres queridos, esta será una de las numerosas tareas que tendrá el celador.

El personal sanitario puede ayudar a suavizar en lo posible la pérdida y acompañarlos de alguna manera a mitigar un trance tan doloroso.

Una manera para que la familia pueda asimilar el trance será dar margen para que se tranquilicen y se desahoguen antes de pedirles amablemente que salgan de la habitación, es otra de las cosas que realiza el celador en este tipo de situaciones.

En las funciones del celador será importante recalcar que viene recogida en el Estatuto de personal no sanitario 5 de julio de 1971 en el artículo 14.2.

Una vez se haya certificado la muerte del paciente, el celador ayudará al TCAE y a la enfermera amortajar al fallecido, siendo competencia exclusiva del celador el traslado al mortuario. Será indispensable tener la mayor intimidad que sea posible mientras se realiza el amortajamiento, se usaran cortinas, biombos o mamparas en caso de que haya otro paciente en la habitación. Si no se realizara autopsia se colocara al fallecido encima de un sudario, taparemos el cuerpo dejando la cara al descubierto hasta llegar al mortuario, se le echara una sabana tapando todo el cuerpo mientras el celador traslada al mortuario al fallecido todo lo discretamente posible.

Los fallecidos por enfermedades contagiosas será amortajado de forma especial. Antes del traslado, el celador deberá asegurarse de que las puertas del resto de habitaciones estén cerradas y no deambulen pacientes por los pasillos.

El traslado del paciente al mortuario se hará por zonas poco transitadas y discretamente. Se deberá notificar el exitus a los servicios que corresponda: farmacia, cocina, admisión, etc. Se tendrá el mismo miramiento con el cuerpo vivo que con el muerto.

5 Discusión-Conclusión

El celador participará aproximadamente en todos los procesos una vez que el paciente ha fallecido. Tener los procedimientos a seguir y tener definidos a su vez cuando se produzca la muerte será clave para aliviar o evitar en la medida que sea posible el dolor de la familia ante este hecho. Para muchos celadores, prestar sus servicios en mortuarios o sala de autopsias podrá ser causa de angustia o ansiedad, llegando a la incapacidad del desempeño de dichas funciones por alguna razón o fobia.

Aunque la muerte forme parte del ciclo de la vida, hay personas que siguen temiendo este tema tabú, siendo una difícil situación de afrontar estas circunstancias. Para familiares y amigos es un momento difícil, exigiendo especial delicadeza y empatía por parte de los profesionales de modo directo e indirecto que presten sus servicios en centros hospitalarios y luchen a diario por alargar la vida de los pacientes en las mejores condiciones que sea posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 482

COMUNICACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO DEL CELADOR

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

LORENA SEGUIDO PANTOJA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

PABLO HERRERO POZUELO

1 Introducción

Hoy en día hay diferencias de los pacientes actuales con los de años anteriores, demanda una atención y un conocimiento más informativo y de calidad, es por lo que el personal sanitario y celadores tienen que saber cuál es la forma más correcta de atender dichos pacientes y adecuarse en cada momento a dicho perfil con las distintas habilidades de comunicación y sociales para satisfacer la demanda de dichos pacientes y familiares.

También desde el punto de vista entre los distintos grupos, profesionales sanitarios que están realizando y complementado para la consecución de un objetivo, que dicha comunicación sean claras, concisa y un lenguaje adecuado entre profesionales y también con el paciente, todo esto es la base esencial para una buena comunicación y un buen trabajo en equipo.

Los estudios revelan que algunos motivos por lo que ocurren estos episodios al relacionarse los profesionales con los pacientes o familiares son por la comunicación, ya que bien no se transmite de forma adecuada dicha información o de manera escueta dejando la imposibilidad de comprensión en los pacientes y familiares.

Los pacientes no solo se acuerdan del proceso que ha tenido que hacer hasta su recuperación en el centro, sino también sus recuerdos van dirigidos a cómo ha sido el trato humano recibido durante todo el proceso por el equipo que le estuvo atendiendo.

2 Objetivos

- Satisfacer a los pacientes mediante el diálogo y la comprensión oral.
- Facilitar información, evitar indagar en el impacto psicológico y social de la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hoy en día, la pérdida de tiempo y los errores muchas veces son debido a la falta de comunicación y entendimiento entre los distintos receptores, esto es debido a documentaciones mal redactadas, explicaciones que no se entienden bien o no escuchar al comunicador, entre otros casos. Todo esto conlleva pérdida de tiempo que es igual a pérdidas económicas, ya que se tendría que hacer el trabajo doble e incluso más veces, poco rendimiento y conflictos entre los miembros de un mismo equipo de trabajo o distintos.

¿Qué es la comunicación?

La comunicación es una manera esencial en toda la humanidad para poderse

transmitir los pensamientos de unos a otros, en el ámbito sanitario aún más. En el caso de los celadores tiene que ser efectiva para poder comunicarse adecuadamente con los pacientes, familiares y equipos médicos, es un proceso de intercambio de información entre emisor y receptor con un lenguaje en común, para tener determinadas conductas o respuestas.

A lo largo de la historia de la comunicación, se ha comunicado de muchas formas diferentes y el lenguaje ha podido pasar de ser de lo más simple a lo más complejo, pero, existen ciertos elementos que guardan relación entre sí y son básicos en el proceso de la comunicación.

Elementos en el proceso de comunicación:

Fuente: es objeto por la cual dice o sale la información, los datos, el contenido que se envía

Emisor: es la persona que manda el mensaje para su recepción.

Receptor: es la persona que recibe el mensaje.

Código: es el conjunto de normas para que el receptor pueda entendernos mediante signos y símbolos, puede ser escrito, por gestos, de palabra.

Mensaje: es todo aquello que se quiere decir y transmitir el emisor al receptor y que sea comprendido por dicho receptor, esta información podemos decir que es una información codificada.

Canal: son los distintos caudales por donde se puede emitir la información. Por ejemplo: el aire, en el caso de la voz, el papel en el caso de que fuese escrita, el hilo telefónico, en el caso de una conversación telefónica.

Situación: es el tiempo y el lugar donde damos esa comunicación o información.

Interferencia, barrera o ruido son las barreras que nos podemos encontrar a la hora de comunicarnos con cualquier persona pudiendo el mensaje.

Comunicación: transmisión, la información y comprobación de que esta se ha recibido.

Información: es el contenido del comunicado que se da a conocer.

Retroalimentación (mensaje de retorno): es la condición que se debe de dar para que sea necesaria un proceso comunicativo.

Con respecto a la comunicación y habilidades sociales, para mejorar en el ámbito sanitario el celador saber una serie de objetivos.

- Una escucha activa es que tiene que prestar atención a los pacientes y personal sanitario y si no entiende algo preguntar hasta entenderlo.
- Ponerse en el lugar de la persona o paciente y comprender por lo que está pasando, te permite un mejor apoyo.

- Utilizar una forma sencilla de que te comprenda y debe asegurarse de que lo ha entendido.
- Tratar en todo momento con respeto y cortesía.
- En la comunicación no verbal ser cercano y comunicativo con expresiones agradables.
- Tener tono tranquilo con pacientes nerviosos, esto dará seguridad y confianza.

Hay que recordar que cada paciente es único y lo que sirve para unos puede o no que sirva para otros pacientes es por lo que se debe de ver las distintas necesidades de cada uno para actuar debidamente.

5 Discusión-Conclusión

Algunas claves que nos van a ayudar a mejorar la relación con el paciente son:

- Cuidar la forma cuando se dirige al paciente.
- Escuchando y entendiendo al paciente
- Trato del paciente según se encuentre: es una persona.
- Muy importante: en el entorno familiar, acompañante... puede que influya tanto positiva como negativamente en el proceso de recuperación del paciente.
- Ofreciendo seguridad y confianza (reales).
- No crear situaciones de información conflictiva.
- Ser coherente todo el equipo a la hora de los diagnósticos.

Al aplicar esta y otras normas podemos hacer un ambiente agradable y de confianza para los pacientes y familiares, teniendo una experiencia satisfactoria en el ámbito sanitario, así mismo daremos eficacia y calidad en el trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 483

PLANES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA: ACTUACIÓN DEL CELADOR

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

MARIA LOZANO PEREZ

ANTONIO GIL MORENO

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

Los conceptos de accidente y emergencia están enlazados entre sí. En las instituciones sanitarias existen numerosas instalaciones y distintas actividades que pueden originar un incendio o explosión.

Algunos son de desarrollo rápido, como puede ser la muerte de alguien por electroinducción o explosión. Prevención, reparación y protección son las medidas contra accidentes-emergencia.

En los centros sanitarios las emergencias pueden ser muy variadas, alcanzando desde una situación de catástrofe externa que puede originar la llegada de numerosos enfermos o heridos, como situación de emergencia interna, como posibles accidentes o aviso de bomba que puede ocasionarse en las instalaciones o actividades que se desarrollen en el centro hospitalario.

La ley de prevención de riesgos laborales, regulariza las actuaciones a desarrollar en situaciones de emergencia. El incendio, como emergencia, tendrá el cometido de tener un tratamiento singular que se regulará en la Orden 24 de octubre de 1979 sobre protección antiincendios en centros sanitarios.

El plan de actuación frente emergencias responde a:

- ¿Cómo se debe hacer?
- ¿Cuándo se debe hacer?
- ¿Qué se debe hacer?
- ¿Con qué se debe hacer?

El proceder del experto va a depender de la emergencia que nos vayamos a encontrar:

Nivel 1 Conato.

Nivel 2 Emergencia parcial.

Nivel 3 Emergencia general.

2 Objetivos

Conocer la obligación y responsabilidad de formar a todo el personal sanitario y no sanitario y la transcendencia de implantar un buen plan de emergencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 propósito del plan de actuación ante un incendio:

- Planificar los recursos técnicos y humanos necesarios para la prevención y lucha contra riesgos como un incendio.
- Que no se lleve a efecto la situación que dé origen a siniestros.
- Dar garantía de la evaluación de forma regularizada de pacientes, trabajadores y ciudadanos que se encuentren en nuestras instalaciones.

Nivel 1 Conato: puede ser controlado de forma rápida y sencilla con recursos y medios disponibles presentes en el momento.

NIVEL 2 Emergencia parcial: estado en el que el accidente o riesgo pone en acción al equipo de profesionales instruidas y designadas explícitamente para ello.

NIVEL 3. Emergencia general: situación que pone en peligro la integridad física y la seguridad de personas, siendo necesario la evacuación o el desalojo parcial o total. Se solicita la intervención de equipos de alarma, traslado y ayuda externa.

Constituir diferentes equipos de emergencia:

- Comunicárselo a todos los trabajadores del hospital.
- Formar a los trabajadores designados.
- Equipos de alarma y evacuación, garantizar la evacuación de forma educada del centro.
- Equipos de primera intervención, supervisar hasta la llegada de equipos especializados.
- Equipos de segunda intervención, utilizar material específico contra incendios.
- Equipos de apoyo, actuaciones de tipo técnico, facilitando la ayuda al exterior.

Métodos de traslados:

- Por levantamiento: son los más rápidos, no requieren excesivo esfuerzo y son fáciles de aplicar.
- Por arrastre con silla: rápido y suficientemente confortable, generalmente para evacuación vertical.
- Por arrastre directo: Indicado cuando los humos, imposible en evacuación vertical, requieran entrenamiento, necesiten gran esfuerzo y es lento.
- Por arrastre con colchón: seguro y confortable, muy lento y complicado.

La actuación del celador en equipos de la segunda intervención, recopila la misma información de emergencia, originaria de la centralita.

Aprovisionarse y atraer el fuego bajo las órdenes directas del jefe de intervención.

Resto de celadores:

- Utilizar los ascensores como guía de evacuación.
- Inmovilizar los ascensores en la planta baja.
- Utilizar los ascensores en montacamas.
- Asignar a un celador en cada ascensor desde dentro.
- Usar el montacargas de cocina para el uso exclusivo de equipos de intervención.
- Ubicar a 2 celadores en urgencias para ayudar a paciente que acuden por las escaleras y sacar los que lleguen por el ascensor.
- Cerrar puertas y ventanas de servicios y unidades.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido comprobar como el celador debe actuar siguiendo reglas, según la normativa estudiada en el estatuto. En un plan de emergencia se deberá seguir varios pasos, como la evaluación del riesgo, se estudiarán los medios de protección de personas e instalaciones. Todo ello tendrá que hacerse de la mejor actitud y voluntad, ya que se realizarán cometidos varios, tendrá que haber una coordinación con todos los servicios, personal sanitario y no sanitario. Se tratará de que haya una atención natural, sencilla y de calidad.

La instauración de planes de emergencia servirá para favorecer de forma sencilla una respuesta ante cualquier situación de emergencia, una vez al año realizar simulacros, deberá ser actualizado periódicamente. Se recogerá la máxima información de la emergencia y se acatarán las órdenes del jefe de intervención.

El tiempo de intervención será importante para controlar con rapidez la emergencia para reducir las consecuencias.

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/planes-emergencia-centros-sanitarios/.
5. Revista Ocronos. Vol.IVN3-marzo 2021. Pág. Inicial: Vol IV; n. 3.

Capítulo 484

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DE LA CAMILLA A LA CAMA

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

MACARENA GARCÍA POVEDA

MILAGROS SAIZ BELINCHON

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

1 Introducción

En un entorno sanitario, la responsabilidad del sistema de garantizar que los pacientes reciban la atención y el cuidado adecuados es muy importante. Uno de los aspectos más importantes de su trabajo es brindar un apoyo seguro y eficaz a los pacientes, especialmente cuando son trasladados de la cama a la camilla. Esto requiere habilidades y conocimientos técnicos especiales para evitar daños al paciente y al personal médico involucrado.

Esta investigación y sus resultados se centrarán en aspectos importantes relacionados con la seguridad del paciente, incluidos los procedimientos adecuados, la buena comunicación con los pacientes y la colaboración con otros profesionales de la salud. Además, también se explorarán los desafíos y estrategias para aumentar la motivación del paciente en entornos clínicos. El celador debe seguir

todas las instrucciones establecidas en todas las políticas del centro de salud y hospital y tener la oportunidad de intercambiar todos los procedimientos que se deben seguir durante el ingreso el número de pacientes que precisen atención. En el procedimiento para el traslado de camilla a cama durante el ingreso, se debe:

- Colocar al paciente en posición vertical sobre la cama.
- Trasladar adecuadamente al paciente de la camilla a la cama para evitar lesiones, con ayuda de otros profesionales si fuera necesario y utilizando el transfer para mayor seguridad.
- Seguir los procedimientos para el traslado del paciente al hospital, y estar actualizado en protocolos de traslado.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el traslado del paciente de la camilla a la cama.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del celador en la movilización del enfermo es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Para realizar esta tarea de manera efectiva, el celador debe contar con habilidades técnicas y conocimientos específicos sobre las técnicas de movilización adecuadas. Estas técnicas pueden incluir el uso de ayudas para la movilización, como sábanas deslizantes, camillas con altura ajustable y técnicas de elevación segura. Además, es importante comunicarse bien con el paciente durante el proceso de movimiento y traslado. Los profesionales deben explicar todo el proceso a los pacientes, responder a sus dudas y atender sus necesidades e inquietudes.

Una buena comunicación ayuda a reducir la ansiedad y el estrés del paciente y aumenta la cooperación durante el proceso de recolección. La colaboración entre especialistas y otros profesionales de la salud puede resultar muy eficaz para empoderar a los pacientes. La coordinación y colaboración adecuadas con los celadores, médicos y otros miembros del equipo permiten interacciones seguras y sin estrés. Una buena comunicación y una comprensión de la función y las responsabilidades de cada miembro del equipo son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente durante la transición.

En el traslado del paciente de la cama a la camilla, el procedimiento consta de: El traslado del paciente de la cama a la camilla depende de la movilidad del paciente y del número de personas que realizan el movimiento. El primer paso es colocar protectores de colchón a ambos lados de la cama, entre la cama y el colchón. Posteriormente, se debe quitar la ropa al paciente.

- Si el paciente se mueve bien puede incorporarse con ayuda del celador.
- Cuando participan varios celadores si el paciente no colabora: un celador se coloca sobre la cabeza del paciente para ayudar y proteger la cabeza y los hombros, y el otro permanece al lado de la cama para completar el movimiento estirando hacia él de la sábana sobre la que está acostado el paciente, o sobre el transfer, para completar el movimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son un apoyo para el paciente que desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la seguridad, confort y cuidado de la salud de los enfermos. Al utilizar procedimientos adecuados, comunicarse y colaborar con otros profesionales de la salud, el sistema puede facilitar una transición segura y sin problemas. La implementación de estrategias y recomendaciones adecuadas puede mejorar aún más la movilización del enfermo en el entorno hospitalario. La mayoría de las personas que están hospitalizadas o acuden a hospitales o centros residenciales están incapacitadas por enfermedad o vejez y suelen requerir alguna movilidad o asistencia parcial. Esto requiere la ayuda de personal médico como el del celador. Todo esto debe hacerse de acuerdo con los estándares y protocolos establecidos para reducir el riesgo y aumentar la comodidad del paciente.

6 Bibliografía

1."Nuestra medicina geriátrica no es popular." Macías Núñez JF, Guillén Llera F, Shore Marine JM.

- 2."La debilidad y movilidad del paciente." Mencía Seco VR. Jaén: Arquitectura de Alcalá;
3. "Movilización del paciente. "Vértice; 2011.Aguilar Casas M.
4. "Protocolos generales de cuidados y manuales de protocolo." Universidad Reina Sofía de Córdoba. Servicios de Salud de Andalucía.

Capítulo 485

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

En los centros hospitalarios existen unos laboratorios que emplean tecnología avanzada, y que cuentan con unos departamentos especializados en realizar analíticas específicas como pueden ser: de genética, microbiología, de bioseguridad, de Investigación y Desarrollo, clínico, analítico, etc, que miden diversidad de parámetros de tipo toxicológico, inmunológico, bioquímico, inmunológico, etc. Además está formado por un equipo totalmente profesional en el que se incluyen: médicos, patólogos clínicos, tecnólogos, técnicos de diagnóstico y análisis clínico, analistas, radiólogos, técnicos auxiliares de enfermería, etc.

El celador no será parte del organigrama funcional del servicio, pero acudirá a él a la hora de llevar muestras biológicas a analizar, para tener información

acerca del cuadro clínico que presenta el paciente, ya sea para ver la existencia de compatibilidad para donar órganos, para estudiar el comportamiento de ciertas moléculas, para hacer pruebas de paternidad, etc. El equipo médico lo avisará para que lleve la muestra con celeridad.

La muestra biológica se extrae del organismo del paciente de distintos áreas como puede ser órganos, tejidos, orina, heces, sangre, ADN, líquido cefalorraquídeo, exudados vaginales, saliva etc. Algunas de ellas las puede obtener el propio paciente en su casa, otras serán extraídas en los centros sanitarios fácilmente como las de la nariz o garganta por el personal competente. Pero otras requerirán de una intervención con instrumental como son las de sangre, médula ósea, biopsias, etc.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la función del celador a la hora de llevar muestras biológicas al laboratorio para su análisis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe relativa a la función de trasladar muestras al laboratorio por parte del celador, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos :Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A la hora de la recogida de las muestras hay que tener en cuenta una serie de consideraciones inherentes a las características de cada una de ellas:

- Unas muestras se podrán transferir después de enfriarse, pero otras no podrán demorarse debido al crecimiento bacteriano.
- Dado que los valores han cambiado, los gases en sangre arterial deben enviarse inmediatamente al laboratorio.
- En el caso de los urocultivos y analíticas de orina simple, deben de conservarse en nevera a una temperatura de 4 grados y nunca más de 24 horas

- Si se fueran a analizar un cultivo de esporas, hay que tener en cuenta que no deberían pasar más de 30 minutos.
- Las muestras de heces se guardan en el refrigerador no por más de 24 horas.
- Líquido cefalorraquídeo: si la muestra no se puede enviar al laboratorio, se debe conservar siempre a 37 grados, pero sin emplear una nevera ni dejarlo a temperatura ambiente.

El celador seguirá una serie de recomendaciones a la hora de transportar las muestras:

- Lo primero será lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
- Comprobará que las muestras lleven una pegatina con el nombre y apellidos del paciente, el servicio peticionario, el número de historia clínica y el número de cama si estuviera ingresado
- Además la pegatina llevará un color distinto: rojo si debe mantenerse caliente, azul si necesita frío, o amarillo si debe estar a temperatura ambiente.
- Debe de comprobar que se indica la fecha y la hora de su recogida.
- El recipiente donde se introduzca la muestra deberá de ser el específico para su tipología, con los conservantes o anticoagulantes que necesite para que no se vea alterada su composición.
- El laboratorio tiene un horario para que se sean llevadas las muestras, salvo que haya urgencia en el análisis de alguna, que por lo tanto el celador ya llevará con la máxima celeridad.
- El envase de ciertas muestras contará con una prima capa formado por un material absorbente para evitar derrames, después tendrá otra capa impermeable, y por último otra capa que le protegerá de los posibles golpes que pueda sufrir en el recorrido hasta el laboratorio.
- Las muestras que necesiten frío se llevarán en neveras portátiles refrigeradas.
- Cuando se entregan muestras, el celador también entrega un volante que deberá ser firmado por el responsable del laboratorio.
- Evitará el distraerse o hablar por los pasillos mientras que lleve la muestra.

5 Discusión-Conclusión

La labor que desarrolla el servicio de laboratorio del hospital es encomiable, ya que el análisis de las distintas muestras arrojará datos del estado de salud del paciente, que permitirá el que se pongan tratamientos farmacológicos, se realicen intervenciones quirúrgicas, etc, todo ello con la finalidad de frenar los síntomas o curar enfermedades. Las muestras a analizar pueden ser de : orina, sangre, líquido

cefalorraquídeo, ADN, exudados vaginales, etc, las cuales siempre irán perfectamente empaquetadas, evitando golpes o derrames durante el recorrido.

El celador las tramitará sin dilación cuando son urgente, o deberá de esperar a los horarios marcados por dicho servicio. Siempre comprobando que lleva las etiquetas con todos los datos necesarios, vigilando el método de conservación, aportando a su llegada un volante que firmará el responsable de laboratorio, etc, en definitiva actuar con profesionalidad y cuidado en éste tipo de labores encomendadas.

6 Bibliografía

- Orden Ministerial de 5 de julio de 1971, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009 (juntadeandalucia.es)
- Muestras biológicas para pruebas de laboratorio - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 486

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE INFECCIOSO HOSPITALIZADO

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas o transmisibles son las que han tenido su origen en la propagación de microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, pudiéndose dar lugar de una persona a otra o de un animal a una persona, ya sea directa o indirectamente., siendo algunas de ellas: la gripe común, mononucleosis, rabia, fiebre tifoidea, hepatitis vírica, herpes, herpes zóster, tétanos, tuberculosis, etc.

Las infecciones nosocomiales son aquellas que un paciente puede contraer cuando se encuentra ingresado en el hospital, sin que éste fuera el motivo de su hospitalización ni estuviera en el periodo habitual de incubación, o cuando la contrae a la hora de la realización de una prueba complementaria. Tienen la

característica de que suelen aparecer a las 48h después, pudiéndose hacer presentes en distintas regiones del cuerpo del paciente como señal de alarma. En estos casos, al paciente hay que aislarlo para su mejor control y evaluación de los síntomas.

El aislamiento hospitalario es la principal medida para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas a otros departamentos, servicios de un hospital, así como a otros pacientes y a los propios trabajadores, para así cortar con la cadena epidemiológica. En ésta situación es primordial que haya una correcta comunicación de esta circunstancia a todo el personal sanitario que tenga o pueda tener contacto con el paciente y a su entorno, a parte de poner carteles en la puerta del tipo de infección, con un carro al lado con los distintos elementos de protección que tendrán que ponerse tanto trabajadores como acompañantes, y quitárselo una vez que salgan de ella.

2 Objetivos

- Definir las funciones del celador ante un paciente contagioso y la importancia de las 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 sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador cuando atiende a un paciente con una enfermedad contagiosa. 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 dirección del centro hospitalario deberá de desarrollar unas normas para la prevención sobre fuentes de infecciones como puede ser: diagnóstico precoz de lo que está sucediendo así como la aplicación inmediata de un tratamiento eficaz, hacer encuestas epidemiológicas, realizar tareas exhaustivas de desinfección y desparasitación, realizar aislamiento de los afectados así una vigilancia continua

de su evolución, realizar cuarentenas, etc. Además se pueden realizar acciones en los saneamientos de la siguiente forma: mayor higiene del hospital y centros anexos, control y eliminación segura de los residuos, utilización de recipientes específicos para cada tipo de residuos, inspección de aguas residuales para comprobar la existencia del agente infeccioso, hacer analíticas de agua potable, así como con dispositivos mecánicos, físicos y/o químicos destruir insectos o roedores.

Otras medidas se realizarán sobre la propia persona que ha contraído la enfermedad contagiosa como el suministro de sustancias farmacológicas para contrarrestar los síntomas, y aplicar sistemas de inmunización. A parte a nivel poblacional, los distintos gobiernos podrán establecer campañas de información y educación explicando hábitos higiénicos, sanitarios, alimentarios adecuados.

El celador es básicamente un trabajador multidisciplinar cuyo cometido es ayudar a médicos, enfermeras y TCAE, para que el trabajo de ellos se haga más eficaz y rápido, a la vez de ocuparse del bienestar del paciente para darle un servicio sanitario de calidad, además de vigilar que se cumplan las normas de funcionamiento del centro sanitario, entre otras. Además en los casos de pacientes con enfermedades contagiosas, deberá seguir la normativa interna para reducir su transmisión.

Como medida preventiva es obligación del celador usar bata, mascarilla y guantes, y que siempre sea cauto a la hora de recoger el material cortante como bisturís, aguas, cuchillas, dejándolo en un contenedor o recipiente rígido específico para ello. También tendrá cuidado a la hora de ayudar al TCAE en aseo, o de realizar movilizaciones para las curas que realiza el personal de enfermería, para evitar el contacto con cualquier fluido corporal como : exudados, sangre, semen, líquido amniótico, leche materna, fluidos vaginales, líquido sinovial, pleural, pericárdico, y cualquier otro líquido que visiblemente haya estado mezclado con sangre.

Es fundamental el lavado de manos y frecuente antes y después de estar en contacto con los pacientes, haciéndolo con agua y jabón o soluciones alcohólicas. Además el celador tendrá contacto cuerpo a cuerpo con el paciente a la hora de realizarse las movilizaciones necesarias y que no puede hacer por sí mismo, por lo que siempre se pondrá el EPI de forma correcta y se lo quitará antes de tratar a otro paciente y al salir de la habitación. Así mismo el material utilizado se llevará a esterilizar para eliminar totalmente el foco infeccioso del utensilio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que existen multitud de medidas preventivas con las cuales hacer frente a los distintos patógenos, disminuyendo así la transmisión de enfermedades tanto a otros pacientes, a familiares y a los propios trabajadores sea cual sea la categoría, ya que todos estarán en el mismo ambiente. Será fundamental aislar a los pacientes infectados, separarlos del resto, poner carteles en la puerta que identifiquen el tipo de aislamiento que es, disponiendo a la entrada de todo el material de protección individual como batas, gorros, protección ocular, mascarillas y guantes, el cual se tendrán que quitar cada persona o trabajador que haya pasado a la habitación.

El celador es uno de los trabajadores que se mueve por todo el hospital y que está en contacto muy directo con todo tipo de pacientes, por lo que puede ser un mecanismo fácil de propagación de microorganismos que puedan dar lugar a la transmisión de infecciones, de ahí la importancia de que siga unas exhaustivas normas de protección, que puedan servir de barrera para prevenir dicha transmisión.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social [Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971]
2. Búsqueda en Google con palabras clave: celador, enfermedades infecciosas.
3. Actuación del celador en la prevención de infecciones nosocomiales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
4. Celador temario específico MAD. La editorial del opositor.

Capítulo 487

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAVANDERÍA Y CARACTERÍSTICAS DE ESTE SERVICIO

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

1 Introducción

El Servicio de Lavandería es aquel en el que se lleva a cabo todo el proceso de limpieza e higiene de todo tipo de ropa hospitalaria y textiles, en procedimientos con maquinaria compleja para atender la gran demanda existente, utilizando agua, detergentes específicos y otros productos más especializados. Es impensable que no exista en los grandes hospitales un servicio de Lavandería, ya que en el entorno hospitalario debe existir una exhaustiva limpieza y desinfección, de uniformes de los trabajadores, pijamas y camisones, ropa de cama, toallas, etc., debido al entorno que incita a la existencia de con virus, gérmenes, patógenos, pudiendo generar focos de infección y generar enfermedades tanto a pacientes como a los propios trabajadores de cualquier categoría.

El celador podrá trabajar en este servicio llevando a cabo unas funciones específicas como son: recoger la ropa sucia y llevarla a lavandería para ser procesada, clasificar la ropa según lo sucia que esté o los distintos tipos de tejidos que la integran para así someterla a un procedimiento u otro, distribuir ropa limpia a las distintas unidades, clasificarla y almacenarla en los distintos armarios o estanterías, colaborar con la gobernanta, costureras, planchadoras en algún asunto puntual, velar haya orden en las instalaciones, etc.

En el sistema sanitario, podemos encontrarnos con un servicio de lavandería institucional, el cual se integrará dentro de sus instalaciones abasteciendo todas las necesidades. Sin embargo, puede ser que sea Centralizada, permitiendo cubrir las necesidades de otros hospitales pero gestionándose con sus propios medios. O puede ser semicentralizada en la que también se sirve a otros hospitales, pero la gestión la tramita otro centro.

2 Objetivos

- Explicar las características principales del servicio de lavandería en el ámbito sanitario y las funciones que desempeña el celador en este servicio.

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 principales del celador en el servicio de lavandería y sus características. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En este servicio el personal trabajador se encarga del lavado, secado, planchado y arreglos de costura de toda la ropa de todos los pacientes, así como de los uniformes del personal, sábanas, etc. Mediante este sistema, se garantiza que la ropa quede higiénicamente limpia para que pueda volver a utilizarse, incluyendo en cuanto a su estructura organizativa los siguientes procesos:

1. Logística: se diferencia la ropa sucia de la limpia, trasladando la sucia al servicio de Lavandería y la limpia a los distintos departamentos peticionarios.
2. Lavado e higienizado del textil: incluye el lavado, secado, planchado y empaquetado de la ropa de distintos tipos.
3. Adquisición de nuevo textil: se observarán las necesidades de comprar nuevas unidades, bajo el asesoramiento técnico necesario.

El Celador realizará una serie de funciones básicas:

- Recoger toda la ropa sucia que entre en el servicio en sacas o carros, también de la ropa de que llega en furgonetas procedentes de otros centros u hospitales.
- Clasificar la ropa sucia según los siguientes condicionantes:
 - * Por el peso o tamaño: ya que por ejemplo las mantas o edredones se lavaran juntas, independiente del resto de ropa.
 - * Por colores: la ropa blanca siempre va junta sin mezclarse con otros. Los azules también se separan de los verdes.
 - * Por su origen: para evitar la contaminación cruzada, se tendrá en cuenta la ropa que viene de quirófano, de la de otras dependencias.
- Preparar los detergentes u otros productos para lavar si la maquinaria no tuviera un sistema de dosificación automática.
- Tendrá que pesar la ropa para no cargar la maquinaria de lavado o secado en exceso. Después sacarla.
- Saber como funcionan las distintas maquinarias, sus programas, los tiempos, etc.
- Colocar la ropa en los trenes de planchado o secado, doblándola de la manera especificada.
- Ayudarse de medios mecánicos a la hora de levantar cajas o cargar los medios de transporte de reparto de ropa limpia.
- Organizar el almacén de productos y utensilios para el lavado.
- Elaboración de inventarios de textil existente, y evaluar si falta suministro de los productos necesarios.
- Comunicar cualquier incidencia o desperfecto en las maquinarias al superior para que haga el parte de mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que el servicio de lavandería es una de las partes más importantes del entorno hospitalario, ya que de su buen hacer en la limpieza, higiene y desinfección de toda la ropa que a este servicio llega, depende la salud de los pacientes y de los propios trabajadores, puesto que como sabemos,

en los hospitales existe el riesgo de enfermarse debido a la existencia de distintos patógenos, bacterias, virus, etc., lo que puede repercutir en la proliferación de enfermedades. Por ello, toda la ropa y el textil utilizado para dar una asistencia de calidad al paciente, pasa por este servicio y por exhaustivos procesos de limpieza. El celador deberá estar formado y capacitado para utilizar la maquinaria industrial que existe, conociendo las peculiaridades y la normativa interna de como se hacen las cosas, estando entre sus funciones: cargar y descargar la ropa sucia y la limpia, separarla por tamaño o colores, distribuir la ropa limpia a las unidades que la necesiten, mantener en perfecto orden el almacén, etc.

6 Bibliografía

1. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971.
2. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: celador, lavandería hospitalaria.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-4-lenceria-tecnicas-de-arreglode.html>.
4. Editorial Mad 2021. El manual del Celador.

Capítulo 488

EL EMPLEO Y LA CARGA MENTAL

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

Como introducción se puede destacar que el mercado laboral del mundo contemporáneo en el que nos encontramos ha evolucionado hacia un modelo en el que cada vez son más los trabajos que exigen un gran esfuerzo intelectual, lo que propicia la aparición de la denominada carga mental, así como un componente de estrés psicológico muy notable.

La carga mental en el trabajo se podría definir como el esfuerzo intelectual al que se ve obligado el trabajador durante su jornada laboral, es decir, el nivel de actividad mental que le exige el llevar a cabo una determinada función o determinada concatenación de tareas.

Por tanto en dicha cuestión existe una relación directa entre el esfuerzo que se exige al trabajador a la hora de realizar determinadas tareas y los recursos que posee el propio trabajador para afrontar dicha tarea.

Cabe destacar que la carga mental aparece en aquellas tareas que requieren mucha intensidad y duración de esfuerzo intelectual, aquellas que requieren mayor concentración y atención a la hora de ser llevadas a cabo por el trabajador, también en aquellas en la que el trabajo puede ser muy repetitivo o con una elevada carga de trabajo, generando consecuencias nefastas para la salud del trabajador.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es destacar la relevancia que tiene el necesario desarrollo de una cultura que establezca parámetros, tanto para evitar su

aparición, como para reconocer su sintomatología una vez instaurada en la organización, contra un problema en auge en el mercado laboral como es la carga mental que todo trabajador desarrolla a lo largo de su vida laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dependiendo del puesto y el trabajo a realizar podemos encontrarnos con diferentes factores de riesgo asociados al aumento de la carga mental, a continuación detallaremos algunos de ellos, así como las medidas que deberían tomar las empresas para atajarlos.

Los factores de riesgo más asociados a generar carga mental en el trabajador se podrían resumir entre otros, en los siguientes:

En primer lugar destacaríamos los relacionados con la propia tarea como pueden ser, la información recibida al trabajador para el desempeño de la tarea, el procesamiento de la información recibida por el trabajador, y la respuesta del trabajador a dicha tarea.

Otro factor importante sería el tiempo que el trabajador tiene para la realización de la tarea encomendada, a mayor ritmo de trabajo el esfuerzo mental aumenta. Unas condiciones inadecuadas en el entorno laboral como una mala ventilación, iluminación, ruido, climatización, mala organización del equipo de trabajo o exceso de responsabilidades, también generan una fatiga o carga mental en las personas expuestas a ellas.

Y por último las condiciones propias del trabajador, como son edad, salud mental, experiencia en el puesto de trabajo, ayuda por parte de compañeros, expectativas laborales, etc.

Dicho esto, es de suma importancia que las empresas tomen medidas destinadas para prevenir y combatir la carga mental, como ejemplo destacaríamos las siguientes:

- Formación necesaria en función del trabajo a realizar, cuanta más formación el trabajador se verá más seguro a la hora de realizar su trabajo.

- Mantener unos horarios de trabajo organizados, en los que se realicen pausas breves a lo largo de la jornada.
 - Turnos de trabajo equilibrados.
 - Distribución equilibrada del trabajo.
 - Equipos de trabajo adecuados, así como adaptados al trabajador.
 - Formación de cara a reconocer y manejar la carga mental.
 - Priorizar el trabajo.
 - Por parte de la empresa también sería interesante medir mediante estudios anuales el grado de carga mental a la que están sometidos todos los trabajadores en sus diferentes puestos de trabajo. Este se podría llevar a cabo por medio de cuestionarios así de como métodos para recabar información.
- Por parte del trabajador también es importante que sepa cómo combatir individualmente, tanto fuera como dentro de su puesto de trabajo la fatiga y carga mental con una serie de elementos básicos como pueden ser, un buen descanso, buena alimentación, practicar ejercicio con regularidad, fomentar un buen ambiente de trabajo, meditar o practicar yoga.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir este capítulo afirmando que la carga mental como pone de manifiesto varios estudios, va íntimamente relacionada con el buen desempeño de las funciones por parte del trabajador, con consecuencias tanto en la persona como en la organización, siendo a más carga mental mayores los problemas físicos, psicológicos, menos motivación, etc., por parte del trabajador afectado, creando a su vez mayor absentismo, menor rendimiento y peor clima organizativo en la empresa, dificultando por ello el buen funcionamiento de esta.

Por eso la importancia de crear una serie de medidas, como las detallas en este capítulo, destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y evitar la carga mental en los trabajadores.

6 Bibliografía

1. https://insst.es/documents/94886/326853/ntp_179.pdf.
2. <https://saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/carga-mental>.

Capítulo 489

CONDUCTAS ANTISOCIALES EN CENTROS HOSPITALARIOS

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

Uno de los riesgos laborales a los que están sometidas todas las personas trabajadoras que prestan sus servicios en cualquier centro sanitario, ya sean hospitales, centros de salud o cualquier otro espacio socio-sanitario, en el desempeño de sus funciones es la interrelación constante con otras personas (usuarios del servicio de salud, familiares, trabajadores de empresas externas, proveedores y visitantes, etc.). Por este motivo dichas personas trabajadoras, sea cual sea su puesto de trabajo, en algún momento de su vida laboral y debido a esa interrelación permanente con otros interlocutores, se pueden ver involucradas en situaciones que impliquen violencia, conducta antisocial así como afectación a su salud y seguridad.

La ley de riesgos laborales 31/1995 (LPRL) establece que el empresario debe garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con su trabajo. El riesgo descrito en el presente capítulo no puede ser ajeno y ha de ser tratado evidentemente como un elemento más sobre el que trabajar desde la evaluación de riesgos profesionales en el centro de trabajo.

Generalmente entre las causas más comunes que generan situaciones de violencia contra las personas trabajadoras así como otros usuarios de hospitales o centros análogos se pueden destacar:

- Las relacionadas con la organización del trabajo: tiempo de espera, falta de información.
- Las relacionadas con la señalización de espacios, confort o limpieza.

- Disconformidad con la atención recibida o el trato recibido por el profesional.
- Estado general o elementos afectados por problemas en las instalaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es establecer la descripción de una serie de medidas y estrategias preventivas frente a las situaciones que pueden padecer los trabajadores en el ámbito hospitalario ante situaciones de violencia externa en el puesto de trabajo, así como actuar cuando la situación de violencia externa no se ha podido controlar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante reconocer situaciones que ayudan a detectar a un posible agresor o persona con actitud violenta o antisocial, estas pueden ser por medio del volumen alto de voz, intimidación, mirada amenazante, lenguaje abusivo o violación del espacio personal.

Algunas recomendaciones a seguir por todo trabajador ante posibles situaciones de violencia extrema serían las siguientes:

- Controlar los impulsos, pensar antes de actuar.
- Responder de forma calmada, evitar perder el control de la situación.
- Siempre usar un lenguaje correcto, en un tono adecuado.
- Se debe mantener una actitud calmada y tranquila pero firme.
- Permitir que la persona exprese su enfado, no interrumpirla, reconocer sus sentimientos.
- Mantener cierta distancia de seguridad siempre que sea posible, no perder de vista al agresor.
- Siempre que la situación se escape de su control, actuar bajo las pautas establecidas en los protocolos.

Es importante recordar que NO se debe hacer en casos de conductas antisociales o de violencia en el puesto de trabajo:

- No responder a las provocaciones.
- No desafiar ni amenazar una vez iniciada la situación de confrontación.
- No interrumpir al usuario mientras este expresando su queja.
- No elevar la voz ni hablar rápido.
- No descuidar la distancia de seguridad.
- No hacer gestos que se puedan malinterpretar.
- No implicarse personalmente en la discusión.
- No intentar razonar cuando la persona no está en condiciones de hacerlo.

Cuando la situación de violencia externa no se ha podido evitar se seguirán una serie de pasos establecidos que todo trabajador deberá seguir, entre otros, solicitar ayuda de su mando directo, avisar al personal de seguridad, y si fuera necesario en el caso de que ninguna de las anteriores medidas haya podido tener éxito para atajar favorablemente la situación, avisar a las fuerzas del orden y/o asistencia médica en su caso.

5 Discusión-Conclusión

Diferentes informes concluyen que algunas ocupaciones, como es el caso de los trabajadores del ámbito hospitalario, existe un grado de violencia o conductas antisociales mayor que en otras ocupaciones laborales, también destacar que dicho grado es mayor cuando se trata del espectro poblacional de las mujeres trabajadoras.

Dicho esto, es necesario destacar la importancia de hacer frente a esta violencia con calma, aplicando medidas tanto preventivas como específicas que perduren en el tiempo, en las cuales todas las personas trabajadoras de los diferentes sectores del ámbito hospitalario y socio-sanitario conozcan y pongan en práctica si la situación así lo requiere.

6 Bibliografía

1. <https://psicologiaymente.com/psicologia/conducta-antisocial>.
2. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>.
3. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52007DC0686>.

Capítulo 490

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

RAQUEL ISIDORO CARMONA

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

1 Introducción

Un auxiliar administrativo en el campo quirúrgico realiza una variedad de tareas como parte de sus funciones. Algunas de ellas son proteger, recopilar y mantener registros actualizados de los pacientes que se han agregado a la lista de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes.

Analizaremos las funciones que son competencia del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para procedimientos quirúrgicos. También examinaremos las tareas particulares que se le han impuesto en el campo quirúrgico. Debido a la importancia y dedicación del auxiliar administrativo tanto en los aspectos administrativos de la gestión como en las interacciones con los pacientes y el equipo de trabajo, también evaluaremos la relevancia del rol.

Para ello, es fundamental que el sistema interno de la administración sea comprendido, actualizado y mejorado continuamente para reducir la posibilidad de errores relacionados con cuestiones tecnológicas o procedimientos confusos que puedan producir complicaciones durante todo el proceso.

En conclusión, discutiremos cualquier tarea de gestión que el servicio asigne al personal auxiliar administrativo en este capítulo y cómo deben llevarse a cabo dentro de los límites de sus responsabilidades laborales. La evaluación de la capacitación y la adecuada ejecución de las tareas es crucial debido a la relevancia del rol del asistente administrativo.

2 Objetivos

Reconocer los deberes y responsabilidades básicos de los auxiliares administrativos en el manejo de listas y realización de tareas administrativas en el servicio de quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo juega un papel crucial dentro de la Secretaría del Área Quirúrgica. En esta Secretaría se centraliza la organización y distribución de todas las responsabilidades administrativas propias del campo quirúrgico. También sirve como punto de contacto entre el quirófano y los pacientes.

Los siguientes son los elementos cruciales de las funciones del auxiliar administrativo que deben cuidar para un procesamiento efectivo:

- Agregar pacientes a la lista de espera quirúrgica.
- Preparar a los pacientes programados para cirugía.
- Controlar la programación de las intervenciones quirúrgicas.
- Registro de salidas, modificaciones y movimientos tanto dentro de la lista de espera como durante la actividad quirúrgica.

- Gestión y valoración del proceso médico.

Esto ayuda a agilizar los procesos y reducir posibles errores, especialmente en áreas administrativas, durante todo el proceso. Estos esfuerzos ayudan enormemente al uso eficaz de los recursos del sistema y su gestión.

El auxiliar administrativo colabora con el supervisor de área para gestionar los suministros quirúrgicos, entre muchas otras cosas. En esta gestión se incluye el desarrollo de la farmacia, almacén y listas de pedidos. Se utilizan herramientas informáticas para completar estas tareas y las copias impresas de los documentos que se producen permiten enviarlos a los lugares adecuados.

También gestionan llamadas telefónicas y visitas en persona, procesan expedientes, reúnen suministros quirúrgicos y protésicos y supervisan el sistema de comunicación interna (ya sea telefónico o sistema de megafonía) para rastrear el paradero de los pacientes y el personal local.

También supervisa la gestión de los informes de alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Cirugía de Sin Ingreso (UCSI). También son responsables de recibir solicitudes o quejas de la región y dirigirlas, procesarlas o enviarlas a los miembros del personal o departamentos correspondientes.

Al ser uno de los puntos de entrada al procedimiento médico que se le realizará al paciente, no podemos ignorar la importancia del auxiliare administrativo en términos de interacción con el paciente. Es fundamental reconocer y recordar que tratar al paciente con amabilidad y respeto siempre tendrá un efecto positivo en el proceso, ya sea con el propio paciente mientras recibe el tratamiento o con quienes están relacionados con él y participan en él de alguna manera.

La comunicación ineficaz puede dar lugar a errores, lo cual es especialmente importante en el campo de la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, queda claro que el puesto del auxiliar administrativo en la organización es crucial.

Para que el servicio funcione lo mejor posible, el área quirúrgica debe contar con al menos un auxiliar administrativo.

Este requisito resalta la importancia de una previsión precisa de las necesidades de personal. Es posible que sea necesario aumentar el número de auxiliares administrativos para garantizar una gestión eficaz en el entorno quirúrgico, dependiendo de la carga de trabajo, la informatización y la distribución de responsabilidades.

Otro aspecto destacable del desempeño del auxiliar administrativo es la importancia de la comunicación. La comunicación fluida y clara es crucial en las interacciones entre los distintos departamentos del hospital que trabajan con el servicio de cirugía, así como en las interacciones con los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.fundacionsigno.com.

Capítulo 491

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

SONIA CORONADO RUBIO

RAQUEL ISIDORO CARMONA

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

El malestar provocado por la enfermedad es común entre los pacientes que visitan los hospitales. Los usuarios del centro de salud son recibidos por el departamento administrativo.

Sin embargo, factores como la falta de tiempo, el exceso de trabajo, la falta de motivación, el cansancio, etc. pueden hacer que descuiden los problemas y brinden una atención deficiente. increíblemente crucial. Lo que estamos discutiendo son cuestiones sociales y éticas. La ética laboral de una persona es un conjunto de habilidades y actitudes que le permiten hacer bien su trabajo. La esencia de esta profesión es humanizar el servicio al cliente, lo que incluye incorporar y defender valores éticos para fomentar el entorno adecuado. La excelencia se define por las

mejores prácticas. El trabajo de un asistente administrativo puede parecer sencillo.

Las actividades de un hospital o centro de salud también son necesarias para su correcto funcionamiento.

2 Objetivos

Determinar los principios morales que guían las acciones para mejorar las interacciones entre pacientes y asistentes administrativos en los establecimientos de salud.

3 Metodología

Para preparar este estudio se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada previamente. Para realizar una búsqueda sistemática de libros y artículos se utilizaron las bases de datos más importantes, Pubmed, Medline y Scielo. También se incluyeron artículos científicos seleccionados de publicaciones científicas revisadas por pares.

4 Resultados

En los centros de salud, un auxiliar administrativo competente es alguien que puede trabajar bien en una variedad de entornos y sitios humanos complejos, tiene una sólida ética, es excelente para escuchar al paciente, está comprometido con la gestión de los procesos y es responsable de las tareas administrativas y fomentar el llevar un estilo de vida saludable. Los auxiliares administrativos requieren buenas habilidades de comunicación, incluido el uso del lenguaje formal. Además, deben de poder gestionar datos confidenciales, interactuar con los pacientes de manera amigable y útil, y priorizar y organizar todas sus tareas. Las habilidades de escucha de los asistentes administrativos son cruciales en el lugar de trabajo actual. El paciente y el centro de salud público nunca antes habían hablado. Ante la situación de pandemia en la que nos encontramos, el requerimiento inicial de los asistentes administrativos Las interacciones con los pacientes, así como su capacidad para escuchar atentamente y comunicarse con claridad, facilitarán su trabajo, garantizarán la seguridad de los profesionales y darán como resultado una mejor atención al paciente. Más que nunca, los pacientes necesitan sentirse apoyados por asistentes administrativos que les ofrezcan seguridad,

tranquilidad y momentos en los que los profesionales estén a la altura de sus expectativas.

5 Discusión-Conclusión

Al fomentar estrategias como la comprensión de los procesos de comunicación, el pensamiento optimista, la visualización de objetivos y el aprendizaje, se puede elevar el nivel de la atención médica desarrollando sus habilidades sociales. Los asistentes administrativos deben trabajar de la manera más eficiente posible y al mismo tiempo ser accesibles, escuchar y comunicarse con claridad. Su objetivo es ayudar y asesorar a las personas que utilizan la asistencia sanitaria. El auxiliar administrativo del centro médico es el primer punto de contacto con el paciente. Brinda información a los pacientes sobre los distintos días y horarios que están disponibles para el tratamiento para que puedan programar consultas con varios especialistas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 492

TURNOS DE TRABAJO Y TRABAJO NOCTURNO

ISRAEL LINARES BAO

1 Introducción

Se puede definir el trabajo a turnos como aquella forma organizativa en la cual los trabajadores van ocupando sucesivamente el mismo puesto de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, por el cual el trabajador presta sus servicios en diferentes horas en un periodo de días o semanas, para poder abarcar así de ese modo las 24 horas al día los 365 días por año.

A su vez el trabajo nocturno se indica como aquel que se desarrolla entre las 22 horas de la noche y las 6 horas de la mañana, según se expresa en el artículo 36.1 del estatuto de los trabajadores.

También se debe destacar que el trabajador nocturno es aquel que invierte no menos de 3 horas de trabajo al día o al menos una tercera parte de su jornada anual en este horario.

El trabajo en hospitales, centros de salud o centros sociosanitarios, debido su idiosincrasia y a la exigencia de mantener un cuidado continuo las 24 horas del día lleva a gran parte del personal que trabaja en dichos centros a la realización de turnos de trabajo rotatorios incluyendo el trabajo nocturno.

Esta organización del trabajo puede producir diferentes tipos de alteraciones físicas, psicológicas o sociales, con consecuencias negativas para el trabajador y su entorno.

2 Objetivos

En el presente capítulo se procede a realizar una revisión de las diferentes alteraciones que produce, tanto el trabajo a turnos como el trabajo nocturno, en las personas trabajadoras que realizan sus funciones en hospitales, centros de salud o demás centros asistenciales, y a su vez plasmar algunas recomendaciones para evitar daños en la salud de dichos trabajadores derivados de este modo de trabajo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, y en diferentes buscadores, usando los términos “trabajo a turnos”, “trabajo nocturno”, “salud”, “calidad de vida”, “enfermedad cardíacas”, “alteraciones gastrointestinales”, así como en el Estatuto del trabajadores o Ley de prevención de riesgos laborales (31/1995), entre otros.

4 Resultados

Como resultado del trabajo realizado a turnos y/o el trabajo nocturno, podemos destacar las siguientes alteraciones, las cuales son sufridas por el trabajador a lo largo de vida laboral, así como pautas o recomendaciones para intentar minimizar dichas perturbaciones/trastornos:

- Alteraciones en el equilibrio biológico(ritmos circadianos). Como bien sabemos toda persona tiene unos ritmos biológicos, es decir nuestras funciones fisiológicas siguen unas repeticiones regulares, las cuales si siguen un ritmo de 24 horas se denominan -circadianos-, los cuales son los más estudiados en relación al trabajo, ya que estos ritmos coinciden con los estados de vigilia y sueño. Por lo tanto cuando cambiamos nuestros ciclos de vigilia/sueño, estos ritmos se desequilibran. En el trabajo a turnos, sobre todo en el turno de noche, forzamos al trabajador a invertir su ciclo normal de descanso. Para ello debemos buscar estrategias de adaptación para evitar problemas de salud crónicos.
- Alteraciones en los hábitos alimenticios. Los turnos de trabajo pueden generar para el trabajador un deterioro en la salud física manifestándose por alteraciones en la alimentación. Los horarios de trabajo pueden afectar a la calidad y cantidad de las comidas y la largo plazo pueden degenerar en problemas gastrointestinales, cardiovasculares, etc. Para ello es recomendable realizar 3 comidas diarias, siendo al menos una de ellas caliente, realizar las comidas en horarios los más regulares

posibles, y evitar el exceso de excitantes, alcohol, café, etc., tres horas antes de acostarse.

- Alteraciones del sueño. Una de las alteraciones más importante que se producen en el organismo debido al trabajo a turnos son las causadas al modificar el ritmo biológico del sueño. Entre los efectos más destacados cuando alteramos el patrón de sueño encontraríamos, la disminución de la capacidad de reaccionar, motricidad más lenta, temblor de manos, aparición de micro sueños y en casos graves, pérdida de consciencia. Algunos consejos para conciliar mejor el sueño serian, evitar el alcohol, cafeína y estimulantes en general, evitar las comidas copiosas antes de acostarse, espacios oscuros y silenciosos para dormir, intentar adaptar un horario de sueño acorde a los turnos de trabajo.
- Alteraciones en la vida familiar y social. La vida cotidiana está organizada pensando en los horarios habituales, esto dificulta el día a día de las personas que trabajan en turnos de trabajo y/o de noche, colocándoles en un desajuste de su vida familiar y social, y causándoles repercusiones personales como pueden ser menor vida social, aislamiento, bajo estado emocional, incapacidad para realizar asuntos personales, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito el trabajo a turnos y/o nocturno conlleva una serie de alteraciones importantes que sufre el trabajador, un reciente estudio muestra que un 20% de la población europea trabaja a turnos, presentando diferentes problemas asociados a ese horario un 70% de esa población.

Teniendo en cuenta estos trastornos es muy recomendable una organización de los turnos teniendo como objetivo la protección a la salud del trabajador, como pueden ser, elección de turnos por los trabajadores, turnos más cortos en la tarde/noche, menor carga de trabajo en el turno de noche, turnos flexibles, disminución del número de años en trabajos de noches, excluir a trabajadores que presenten alguna patología medica que haga incompatible su trabajo con el turno asignado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 493

COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

SONIA CORONADO RUBIO

RAQUEL ISIDORO CARMONA

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

El auxiliar administrativo en salud podrá introducir a los usuarios en el sistema general de seguridad social en salud, orientar y asistir a las personas en el acceso a los servicios de salud, admitir e identificar al paciente en la red de servicios de salud y presentar factura por servicios de salud. Los servicios de salud gestionarán los ingresos y valores que se encuentran mediante la adopción de acciones sobre la cartera de servicios de salud que se encuentran actualmente disponibles.

Existen varios puestos en los que uno puede desempeñar sus funciones como auxiliar administrativo, dependiendo de su nivel de competencia en las operaciones de la institución de salud: asistente en la unidad responsable de la recaudación de ingresos, asistente en.

Las cuentas médicas, la asistencia en el cobro y la facturación a familiares son funciones de la Unidad de Atención al Usuario, que se encuentra ubicada en unidades de ingreso, consultorios de Atención Primaria y centros de hospitalización administrativo en hospitales y otros centros de salud.

El auxiliar Administrativo de Salud tiene como funciones primordiales el apoyo material, el ejercicio y el desarrollo, según el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Públicas de Salud de la Seguridad Social de 1971.

2 Objetivos

Conocer las funciones administrativas y de apoyo de la Institución, incluidas las de secretaría de planta, servicios y recolección y procesamiento de datos para cómputo.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó la realización de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, este estudio también consultó artículos de las principales bases de datos, eligiendo aquellos de revistas académicas de renombre.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de citas debe programar y reprogramar efectivamente cada cita manejando, controlando y estando al tanto de los horarios de las diversas especialidades que están presentes en el hospital para evitar largas listas de espera que irriten a los pacientes. Todo ello hace necesaria una estrecha comunicación entre esta unidad y los responsables de cada especialidad existente.

Para diferenciar entre citas realizadas por atención primaria o atención especializada, por el propio hospital o por el servicio de urgencias, el auxiliar administrativo de la unidad de citas en el ámbito hospitalario debe conocer el protocolo y la normativa interna. Cada una de estas situaciones requiere un enfoque diferente. diferente. Bajo la dirección del asistente administrativo de la unidad de citas del hospital de referencia correspondiente, el propio centro de salud utiliza los programas informáticos adecuados para procesar las citas realizadas por los proveedores de atención primaria para las consultas hospitalarias iniciales. El hospital

tiene la tarea de procesar las citas cuando sean necesarias para el seguimiento continuo del paciente. De manera similar a como el Departamento de Emergencias administra las citas, esta unidad de citas también lo hace.

Un sistema informático de pantallas y códigos se activa cuando un paciente es llamado a consulta. Actualmente se utilizan nuevas tecnologías en los hospitales. En este sistema no se muestra información privada. Esto se hace en reconocimiento de la considerable cantidad de datos personales que deben manejar los hospitales. Debido a que los pacientes programan sus propias citas con los especialistas, algunos hospitales han implementado un sistema de programación en línea.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de cita es un instrumento esencial para la atención continuada del paciente a nivel médico.

Las funciones clave del asistente administrativo de esta unidad incluyen gestionar, planificar y programar citas para atención especializada y consultas médicas. Para ello deben ser expertos en sistemas informáticos, conocer los protocolos y conocer la normativa sanitaria más reciente de cada centro.

Se requiere una comunicación que sea efectiva entre la unidad de citas y los responsables de cada especialidad de atención hospitalaria para poder crear agendas de citas que nos lo permitan. Estos procedimientos deben ser organizados, lúcidos y sobre todo claros.

6 Bibliografía

1. <https://www.politecnicomayor.edu.co/escuela-de-salud/auxiliaradministrativo-en-salud.html>.

Capítulo 494

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN PSIQUIATRÍA: MODO DE ACTUAR ANTE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

La psiquiatría es la rama de la medicina que estudia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y trastornos del comportamiento y la personalidad. Con la Ley General de Sanidad 1986, 25 de abril, se produjo la plena equiparación del enfermo mental con el resto de pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general (Art.20 L.G.S.).

En los antiguos hospitales psiquiátricos (que eran competencia de las Diputaciones Provinciales), había una categoría de trabajadores que eran los mozos y cuyas funciones pasaron a ser asumidas por los actuales celadores en el sistema de la Seguridad Social.

El estatuto de Personal No Sanitario de las instituciones sanitarias no hace referencia a las actuaciones de los celadores en las unidades de Salud Mental, ya que el estatuto se publicó en 1971 y la Ley General de Sanidad que integró la Salud Mental lo fue en 1986. Es por eso que las funciones que debe realizar el celador se recogen en los protocolos y normas de cada centro, siendo en su mayoría labores de vigilancia, apoyo y ayuda al personal sanitario.

Este trabajo puede llegar a ser muy estresante debido a la presión que supone manejar este tipo de pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación será determinar las funciones de los celadores en las unidades de psiquiatría y exponer las dificultades a las que se tienen que enfrentar para llevarlas a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y se ha utilizado el temario específico de la profesión de celador de instituciones sanitarias.

Se trata de un trabajo de investigación, de modo que no se ha llevado a cabo ningún estudio práctico que requiera de una metodología definida, sino que se ha limitado a una búsqueda de información para lograr el objetivo previamente planteado.

4 Resultados

En una unidad de psiquiatría el celador es un profesional con una gran relevancia y responsabilidad, debido al trato cercano que tiene con los pacientes. Su actuación dependerá del problema mental del paciente y tratará de crear un clima de confianza y seguridad, transmitiendo calma e interés por lo que sucede; invitándolo a expresar sus inquietudes y evitando discusiones y amenazas.

El celador en esta unidad realizará unas funciones diferentes a las que haría en otra. Su principal objetivo será mantener el orden dentro del centro sanitario. Las principales funciones que desempeña el celador en una unidad de psiquiatría son :

- Vigilancia de las puertas de acceso (controlando las entradas y salidas) y cuidando de que no se introduzcan comidas, bebidas ni objetos que puedan ser peligrosos.
- Cuidar del entorno ambiental del paciente durante el día y la noche (bajando las persianas por la noche y levantándolas por la mañana) y controlando los ruidos para asegurar el descanso del paciente.
- Vigilar a los pacientes ante posibles agresiones y autolesiones (incluso intentos de suicidio).
- Acompañar a los pacientes a pasear por las zonas ajardinadas próximas al centro sanitario.

- Ayudar a los sanitarios en la administración de medicación inyectable a enfermos que se nieguen a colaborar.
- Controlar el suministro de tabaco en pacientes que lo tengan permitido.
- Colaborar con el resto de profesionales en la reducción o contención de pacientes agitados, aplicando los medios adecuados.

La contención en Salud Mental se usa para proteger al paciente cuando sufre una crisis y cuando las otras medidas fracasan.

Hay tres tipos de reducción del paciente psiquiátrico :

- Reducción verbal.- Hablando con el paciente entre dos o más personas con una actitud positiva, fortaleciendo su autoestima y generando la necesidad de comunicarse.
- Reducción farmacológica.- Medicación suministrada al paciente (aunque en ningún caso un celador suministrará medicamentos a este).
- Reducción física.- Inmovilización del paciente agitado y violento que puede causar daño o autolesión. En ocasiones, en pacientes especialmente agresivos, es necesaria la contención mecánica, que debe estar siempre autorizada por un facultativo.

5 Discusión-Conclusión

El celador que realice sus funciones en el área de Salud Mental debe ser una persona que entienda la particularidad y las necesidades de este tipo de pacientes, que en su mayoría requieren una dosis extra de paciencia y comprensión, transmitiéndoles confianza y seguridad (tanto al paciente como a su familia).

Es muy importante cuidar el lenguaje y fomentar el buen ambiente y la armonía en la unidad, para que el paciente se encuentre tranquilo y colaborador.

El celador destinado a este servicio debe tener un conocimiento básico del tipo de patologías que puedan presentar estos pacientes y tratarlos, en todo caso, de una forma amable.

6 Bibliografía

1. Ahmed Mohamed, N., Molina Heredia, R., López Ramos, M. D., Ali Mohand, N., López Verdegay, M. E., & Domínguez Hernández, M. (31 de diciembre de 2022). El celador en la unidad de psiquiatría. Recuperado el 3 de octubre de 2023, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>

2. Álvarez Álvarez, A. (11 de noviembre de 2022). El celador en las unidades de psiquiatría. Recuperado el 4 de octubre de 2023, de Ocronos: <https://revistamedica.com/actuacion-importancia-celadores-psiquiatria/>
3. SESPA. (2022). Temario CSI TCAE OPE.
4. Tema 25 - Actuación del celador con el paciente psiquiátrico. (s.f.). Recuperado el 7 de octubre de 2023, de <https://www.celadoresonline.blogspot.com>

Capítulo 495

EL PAPEL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INTERVENCIONES EXITOSAS

GLORIA MARTINEZ ASIN

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

1 Introducción

El abuso de sustancias representa una de las problemáticas más urgentes y complejas a nivel global, que no solo afecta a la persona que consume, sino también a sus familias, comunidades y a la sociedad en general. El fenómeno del abuso de sustancias es multidimensional, abarcando aspectos médicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. En este complejo entramado, los trabajadores sociales emergen como profesionales clave en la identificación, prevención y tratamiento de los individuos afectados. Su papel es especialmente crítico dado que actúan como mediadores entre los servicios de salud, las instituciones gubernamentales y las comunidades.

Las intervenciones en el ámbito del abuso de sustancias son variadas y abarcan desde programas de prevención en comunidades y escuelas, hasta tratamientos

médicos y psicoterapéuticos. Sin embargo, la literatura científica ha dado relativamente poca atención a las estrategias específicas empleadas por los trabajadores sociales y su eficacia. Esta revisión sistemática se centra, por tanto, en desglosar y evaluar las intervenciones en las que los trabajadores sociales han tenido un papel relevante, en un intento por identificar prácticas exitosas y áreas donde se requiere más investigación.

Es importante mencionar que el abuso de sustancias no es una problemática aislada; suele ir de la mano con otros trastornos de salud mental, situaciones de desempleo, problemas familiares y marginación social. Los trabajadores sociales, con su formación multidisciplinaria, están en una posición única para llevar a cabo una evaluación integral de la situación del individuo, lo que resulta fundamental para el diseño de intervenciones más efectivas.

Este trabajo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se explorará el contexto y la magnitud del problema del abuso de sustancias, seguido de una descripción del papel tradicional de los trabajadores sociales en este ámbito. Posteriormente, se describirán los métodos empleados para la selección y evaluación de las intervenciones revisadas. Finalmente, se presentarán los hallazgos, discusión y recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas en el campo.

En resumen, esta revisión sistemática aspira a llenar un vacío en la literatura existente, ofreciendo una evaluación rigurosa y detallada de las intervenciones exitosas en las que los trabajadores sociales han desempeñado un papel crucial. Al hacerlo, se busca contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas y centradas en el ser humano para abordar el abuso de sustancias, un problema que requiere de una acción interdisciplinaria y multifacética.

2 Objetivos

Conocer el papel de los trabajadores sociales en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 hallazgos de esta revisión sistemática revelan una serie de aspectos interesantes sobre el papel de los trabajadores sociales en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. En primer lugar, se observa que la intervención temprana es crucial para evitar la escalada del consumo y las consecuencias negativas asociadas. Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial en la identificación temprana de individuos en riesgo, especialmente en entornos educativos y comunitarios. La identificación temprana permite la implementación de estrategias de intervención que son más efectivas cuando se aplican en las etapas iniciales del abuso de sustancias.

En cuanto a las intervenciones mismas, se identifican varias que han demostrado ser efectivas. Entre ellas, los enfoques de terapia cognitivo-conductual se destacan por su eficacia en cambiar patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con el abuso de sustancias. Sin embargo, no se trata solo de la terapia en sí, sino de cómo los trabajadores sociales adaptan estos métodos para abordar las necesidades específicas de cada individuo, teniendo en cuenta factores como el entorno social y cultural.

Así mismo, se encuentra que las intervenciones más exitosas son aquellas que adoptan un enfoque holístico e interdisciplinario. Esto se debe a que el abuso de sustancias rara vez ocurre en un vacío; a menudo está vinculado a otros problemas sociales y de salud mental. Los trabajadores sociales, con su formación diversa, son particularmente eficaces para coordinar la atención entre diferentes servicios y profesionales, asegurando así que se aborden todas las necesidades del individuo.

Además, se observa una tendencia creciente hacia la inclusión de los familiares en el tratamiento. El apoyo social es un predictor significativo de resultados exitosos en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. Los trabajadores sociales juegan un papel vital en la educación y capacitación de los familiares para que puedan proporcionar un apoyo efectivo.

Por otro lado, se detectan algunas lagunas en la literatura existente. A pesar de los avances en la identificación de intervenciones efectivas, hay una falta notable de estudios longitudinales que permitan evaluar la sostenibilidad de estos resul-

tados a lo largo del tiempo. Además, hay una escasez de investigaciones que se centren específicamente en poblaciones marginadas, lo cual es una área que requiere atención adicional.

En resumen, los trabajadores sociales tienen un papel multifacético y extremadamente importante en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. Las intervenciones que son tempranas, adaptadas al individuo, interdisciplinarias y que incluyen el apoyo de la familia, tienden a ser las más efectivas. Sin embargo, aún hay margen para mejorar y adaptar estas estrategias, especialmente para poblaciones que han sido históricamente marginadas o desatendidas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de los resultados obtenidos en esta revisión sistemática nos lleva a comprender la importancia crítica que tienen los trabajadores sociales en el abordaje del abuso de sustancias. No es sorprendente que las intervenciones más exitosas sean aquellas que se aplican tempranamente, dado que esto permite abordar el problema antes de que se convierta en una crisis. Sin embargo, lo que realmente resalta es cómo la formación y la versatilidad de los trabajadores sociales los hacen especialmente aptos para esta labor. Su habilidad para trabajar en múltiples contextos y su formación en una variedad de enfoques terapéuticos les permite adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada individuo y su entorno.

A esto se suma la importancia del enfoque interdisciplinario que caracteriza al trabajo social. El abuso de sustancias es un fenómeno complejo que no puede ser tratado de manera aislada. Requiere de un enfoque que tome en cuenta la intersección de múltiples factores como la salud mental, el entorno socioeconómico y las dinámicas familiares. Los trabajadores sociales son, por tanto, un puente entre las diversas disciplinas que deben estar involucradas en un tratamiento efectivo, desde médicos y psicólogos hasta educadores y trabajadores comunitarios.

Uno de los hallazgos más significativos es el papel crucial que juega el apoyo social y familiar en el éxito de las intervenciones. Este es un área en la que los trabajadores sociales son particularmente fuertes, dada su formación en dinámicas familiares y sistemas de apoyo comunitario. Su trabajo no se limita al individuo afectado, sino que se extiende para incluir a la familia y la comunidad, lo que resulta en una red de apoyo más fuerte y resiliente.

Pese a los avances en la comprensión del papel de los trabajadores sociales en este ámbito, existen áreas que requieren más investigación. Una de ellas es la falta de estudios longitudinales que permitan evaluar la sostenibilidad de los resultados. También es crucial abordar la escasez de investigaciones enfocadas en poblaciones marginadas, ya que estas son a menudo las más afectadas por el abuso de sustancias y las menos atendidas por los sistemas de salud.

Conclusión

En conclusión, esta revisión sistemática ha permitido identificar diversas intervenciones exitosas en las que los trabajadores sociales han tenido un papel predominante en la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. El trabajo social, con su enfoque holístico y multidisciplinario, se posiciona como una disciplina clave para abordar esta problemática compleja y multifacética. La adaptabilidad de las intervenciones a las necesidades específicas de cada individuo, la inclusión de la familia y la comunidad en el tratamiento, y la coordinación de servicios entre diversas disciplinas, son factores que contribuyen significativamente al éxito de estas intervenciones.

No obstante, aún hay mucho camino por recorrer en términos de investigación y desarrollo de prácticas más eficaces. Se requiere de un esfuerzo continuado para abordar las lagunas en la literatura existente y adaptar las intervenciones a las necesidades de poblaciones marginadas. Al final del día, el objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el abuso de sustancias, y en este sentido, el papel de los trabajadores sociales es indispensable.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>.
2. https://pubmedhh.nlm.nih.gov/babelmesh/index_spa.php?com.
3. <https://scholar.google.es>.
4. El papel del trabajador social en materia de drogodependencias <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39802/TFG-G4056.pdf?sequence=1>.

Capítulo 496

EL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS

MILAGROS SAIZ BELINCHON

MACARENA GARCÍA POVEDA

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

1 Introducción

Los servicios de urgencias en hospitales se refieren a atención médica especializada y servicios de emergencia brindados a pacientes que están gravemente enfermos y requieren atención inmediata. Esta condición puede ocurrir repentinamente debido a una enfermedad, lesión o problemas de salud que afectan la vida y la salud del paciente. El concepto de paciente de urgencia se basa en la idea de que algunas enfermedades requieren atención y atención inmediata para prevenir problemas graves o salvar vidas. Estas emergencias pueden incluir trastornos cardíacos, respiratorios, neurológicos, dolor intenso, hemorragia intensa, intoxicación y más. En el área de urgencias, el personal médico y las enfermeras deben estar preparados para evaluar rápidamente la condición del paciente, determinar un diagnóstico preliminar, identificar y tratar emergencias y determinar temas importantes para el manejo adecuado del paciente, donde el celador juega un papel importante, ya que debe movilizar y trasladar al paciente. Además, se realizan

pruebas de diagnóstico rápido, como análisis de sangre, radiografías, ecografías u otros estudios de imagen, para ayudar en el diagnóstico y las decisiones de tratamiento. El objetivo de las urgencias hospitalarias es proporcionar a los pacientes una atención rápida y eficaz garantizando al mismo tiempo su seguridad y cumpliendo sus expectativas. Esto incluye la coordinación de múltiples equipos, la utilización de servicios de emergencia, el seguimiento continuo de los pacientes y la derivación a servicios especializados cuando sea necesario para una atención eficaz y continua.

2 Objetivos

Describir el trabajo y las principales funciones de los celadores en el área de urgencias.

3 Metodología

En la preparación de este trabajo se realizó un estudio basado en una revisión de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura y búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos relevantes al tema de investigación.

4 Resultados

El celador juega un papel importante en la medicina de urgencias. Sus responsabilidades varían y se centran en brindar atención, ayudar con el procesamiento y traslado de pacientes y organizar y coordinar recursos para garantizar el movimiento adecuado de los pacientes dentro de las áreas de urgencias.

Estas son algunas de las funciones de un celador en el área de urgencias:

- Recepción y ayuda al ingreso de pacientes: el celador del sistema atiende a los pacientes en la sala de urgencias, saludándolos, brindándoles información y guiándolos sobre los siguientes pasos.
- Traslado de Pacientes: Gestionar sistemáticamente el traslado de pacientes desde la sala de espera a diferentes áreas de cuidados agudos como salas de exploración, consultorios, salas de exploración o salas de espera especiales.
- Traslado en camilla: El personal celador transporta camillas para transportar a los pacientes para garantizar la salud y seguridad de los pacientes durante el proceso.

- Coordinación con el resto de equipo sanitario: los trabajadores de la salud y las enfermeras se apoyan sistemáticamente entre sí en el trabajo médico y de enfermería, y el celador, brindando los servicios de apoyo necesarios.
- Transporte de muestras y documentos: El celador es responsable del transporte de muestras de laboratorio e informes clínicos a los diferentes departamentos y áreas afines, asegurando la entrega oportuna y completa.
- Inventario y gestión de inventario: los celadores verifican y controlan las cantidades de equipos y suministros médicos en áreas peligrosas, se aseguran de que estén disponibles y solicitan reemplazos cuando sea necesario.
- Apoyo de emergencia: el personal celador coopera en situaciones de emergencia, sigue las instrucciones del personal médico y participa en la implementación de las medidas de emergencia.
- Mantenimiento del Orden y Limpieza: Los celadores tienen la responsabilidad de garantizar que los eventos se desarrollen de manera ordenada y limpia y de garantizar un ambiente seguro y sin obstáculos.
- Atención a los familiares: los celadores apoyan a los familiares del paciente, brindan información actualizada sobre el estado del paciente y ofrecen atención y respeto.
- Colaboración en el control de acceso: el personal celador gestiona conjuntamente los puntos de acceso de emergencia para garantizar que solo el personal autorizado y los familiares designados tengan acceso a las áreas restringidas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el celador juega un papel importante en la medicina de urgencias. Sus responsabilidades varían y se centran en brindar atención, ayudar con el procesamiento y traslado de pacientes y organizar y coordinar recursos para garantizar el movimiento adecuado de los pacientes dentro de las áreas de urgencias.

El celador colabora con los equipos médicos en la atención al paciente, brindando apoyo, gestionando los traslados de pacientes y coordinando la atención y apoyando al resto de personal sanitario. Su presencia y trabajo ayudan a garantizar un movimiento adecuado, fluidez en el trabajo, un entorno seguro y una atención adecuada a los pacientes dentro del hospital.

6 Bibliografía

1. "Psicoeducación y manejo del estrés para celadores del servicio de urgencias hospitalarias." Enfermería clínica, Vázquez-Campo, M.

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

Capítulo 497

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

El quirófano es un espacio fundamental en cualquier centro médico, ya que es donde se llevan a cabo procedimientos y operaciones quirúrgicas que salvan vidas y mejoran la salud de las personas.

El quirófano es un espacio diseñado específicamente para realizar procedimientos quirúrgicos, con características como iluminación especial, ventilación adecuada, paredes y pisos lavables y esterilidad.

Además, la esterilidad es un aspecto crítico en el quirófano, ya que los procedimientos quirúrgicos conllevan un mayor riesgo de infecciones. Por lo tanto, el quirófano se diseña para minimizar la exposición de los pacientes a posibles infecciones.

El quirófano cuenta con equipamiento médico especializado para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos complejos, como mesas de operaciones, monitores

de signos vitales, máquinas de anestesia, instrumental quirúrgico y otros dispositivos médicos. También existe un equipo de profesionales de la salud altamente capacitados y especializados, como cirujanos, anesthesiólogos, enfermeros y técnicos quirúrgicos, que trabajan juntos para garantizar el éxito de cada procedimiento. Por lo tanto, el quirófano es un espacio seguro donde se pueden controlar y monitorear los signos vitales de los pacientes, administrar anestesia y realizar procedimientos quirúrgicos con el menor riesgo posible (1).

Además, el celador en quirófano debe tener conocimientos básicos de prácticas quirúrgicas y protocolos de seguridad para garantizar la seguridad del paciente y del equipo quirúrgico. En general, la labor del celador en quirófano es esencial para mantener un entorno quirúrgico seguro y organizado, asegurando que los procedimientos quirúrgicos se realicen de manera efectiva y exitosa.

Por lo tanto, este profesional no sanitario, es uno de los más importantes dentro de la planta de quirófano.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el equipo de celadores en el quirófano del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El celador en quirófano desempeña un papel importante en la atención y seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico. Algunas de las funciones específicas que puede llevar a cabo incluyen el traslado de pacientes, por lo que el celador es responsable de trasladar al paciente desde su habitación o área de espera a la sala de operaciones. Debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y se sienta seguro durante el traslado.

El celador debe preparar la sala de operaciones antes de que comience la cirugía. Esto incluye asegurarse de que todo el equipo necesario esté en su lugar, la limpieza y desinfección del área, y la preparación del equipo de anestesia.

Durante la cirugía, el celador puede desempeñar un papel importante al ayudar al equipo quirúrgico a mover y reposicionar al paciente. También puede ayudar con la entrega de instrumentos y suministros adicionales.

Después de que se completa la cirugía, el celador es responsable de limpiar y desinfectar la sala de operaciones. También debe asegurarse de que todo el equipo y suministros se almacenen adecuadamente.

Una vez que se completa la cirugía, el celador es responsable de transportar al paciente a la sala de recuperación. Debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguro durante el traslado. Además de estas funciones específicas, el celador en quirófano también puede desempeñar otras tareas generales, como la entrega de documentos o la ayuda en la movilización de pacientes en camillas o sillas de ruedas.

Es importante que el celador en quirófano tenga un conocimiento básico de las prácticas quirúrgicas y de los protocolos de seguridad para garantizar la seguridad del paciente y el equipo quirúrgico

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un espacio vital en cualquier centro médico, donde se realizan procedimientos quirúrgicos seguros y efectivos para mejorar la salud y salvar vidas.

La importancia del quirófano radica en su capacidad para proporcionar el entorno, el equipamiento y el personal especializado necesarios para garantizar el éxito de cada procedimiento quirúrgico.

Se destaca la importancia del papel del celador en quirófano, que desempeña un papel crucial en el proceso quirúrgico, ya que es responsable de garantizar la seguridad y comodidad del paciente antes, durante y después de la cirugía.

Desde la preparación de la sala de operaciones hasta el traslado del paciente a la sala de recuperación, el celador cumple una variedad de funciones importantes en el quirófano.

6 Bibliografía

1. <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quirófano>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quirófano>.

3. <https://revistamedica.com/celador-quirofano-funciones-basicas/>.

Capítulo 498

FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA DE PEDIATRÍA INFANTIL.

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

La planta de pediatría infantil es una sección de un hospital dedicada al cuidado y tratamiento de niños y adolescentes enfermos o lesionados. Esta área del hospital está equipada con tecnología y personal especializado en la atención de pacientes jóvenes, y se centra en el tratamiento de enfermedades y afecciones comunes en niños, como infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales, lesiones, enfermedades crónicas, entre otros.

La planta de pediatría infantil suele contar con un equipo médico multidisciplinario que incluye pediatras, enfermeros especializados en pediatría, terapeutas y otros profesionales de la salud que trabajan juntos para proporcionar atención médica integral y personalizada a los niños y sus familias. Además, estas áreas suelen tener instalaciones y servicios diseñados para hacer que la estancia del niño en el hospital sea lo más cómoda y agradable posible, como salas de juegos, áreas recreativas y un ambiente más amigable y acogedor para los más pequeños.

El celador desempeña un papel fundamental en la atención de los pacientes en un hospital, y especialmente en una planta de pediatría infantil. Los niños son pacientes especiales que requieren de un cuidado particular debido a su edad, vulnerabilidad y necesidades específicas. En este contexto, el celador se convierte en un colaborador indispensable en el equipo de atención médica, ya que es el encargado de facilitar el transporte de los pacientes, garantizar su comodidad, seguridad y bienestar durante su estancia en el hospital. Además, el celador de una planta de pediatría debe estar especialmente capacitado para lidiar con las necesidades emocionales y psicológicas de los niños, brindándoles atención y cariño en momentos de estrés y ansiedad. Su presencia es fundamental para ayudar a los niños a sentirse más cómodos y seguros en el hospital, lo que puede influir positivamente en su recuperación.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la planta de pediatría infantil en el ámbito hospitalario.

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 celador es un trabajador importante en el ámbito hospitalario que cumple diversas funciones para contribuir al bienestar y seguridad de los pacientes, visitantes y personal del hospital. En una planta de pediatría infantil, las funciones del celador pueden incluir asegurar la seguridad de los pacientes, ya que el celador debe supervisar y controlar el acceso a la unidad de pediatría para garantizar la seguridad de los niños y prevenir la entrada de personas no autorizadas.

El celador también puede ayudar a los pacientes a desplazarse dentro del hospital, especialmente aquellos que necesitan ayuda para moverse o para subir o bajar

de la cama. Otra función importante es la del transporte de pacientes. Y es que el celador también puede ser responsable de transportar a los pacientes desde la sala de espera hasta la sala de examen o a otros departamentos del hospital para realizar exámenes, procedimientos o tratamiento. El mantenimiento del orden y la limpieza es otra de las funciones que el celador debe mantener en la unidad de pediatría, incluyendo la limpieza y desinfección de las camas, equipos y áreas comunes. Además, debe proporcionar apoyo a los médicos y enfermeras, ya que puede ser llamado para ayudar al personal médico y de enfermería en la realización de tareas específicas como traslado de muestras, preparación de material o equipos, o apoyo en emergencias. En algunos casos, el celador puede ayudar a los pacientes con su alimentación y aseo personal, en particular en aquellos casos en los que los pacientes requieren atención especial

El trabajo del celador en una planta de pediatría es crucial para garantizar la calidad de la atención médica y el bienestar de los pacientes infantiles. Su labor es esencial para contribuir al funcionamiento eficiente y armonioso del hospital, al tiempo que proporciona una atención cálida y humana a los pacientes más vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en una planta de pediatría infantil es esencial para garantizar el bienestar y la seguridad de los niños y sus familias. El celador es el encargado de asegurar que las instalaciones de la planta estén en óptimas condiciones, y de proporcionar ayuda y apoyo tanto a los pacientes como al personal médico y de enfermería.

Además, el celador también es responsable de acompañar a los pacientes a sus citas médicas, realizar traslados dentro del hospital y mantener la limpieza y el orden en la planta. En el caso de los niños, el celador debe tener especial sensibilidad y paciencia, para asegurar que la estancia del paciente en el hospital sea lo más cómoda y amigable posible.

En resumen, la labor del celador en una planta de pediatría infantil es crucial para garantizar que los niños y sus familias reciban la mejor atención posible en un ambiente seguro y confortable. Sin la presencia del celador, la atención médica en estas áreas podría verse afectada, lo que podría tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-unaplanta-de-hospitalizacion/>.
2. <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-64.pdf>.
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.

Capítulo 499

EL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON BALA DE OXÍGENO

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

1 Introducción

El traslado intrahospitalario se puede definir como el traslado de un paciente a otro departamento del mismo centro hospitalario donde ingresa para cualquier investigación o intervención diagnóstica. Dependiendo de las necesidades y el estado del paciente, dicha hospitalización requerirá una u otra condición. El transporte intrahospitalario es una práctica común, especialmente en unidades de cuidados intensivos y servicios de urgencias, donde los pacientes deben estar acompañados por personal médico debido a su fragilidad. Esto justifica la necesidad de armonizar las normas de transporte, ya que supone un mayor riesgo para los pacientes. Dado el papel respectivo del equipo en las actividades anteriores, es importante comprender los protocolos que los guardias deben seguir para dichas

transferencias. El transporte no es solo para el paciente, sino también el mobiliario y equipo especificado por su jefe, así como todos los documentos que se encuentran en la institución. Cuando el paciente llega al hospital se inicia el traslado. A partir de aquí, el encargado de la sala de emergencias es responsable de trasladar al paciente hasta el examen por parte del personal médico. Desde aquí, se dirige a la unidad que les indican, luego, si entran a ese piso o son retirados, hay que acompañarlos hasta la salida.

2 Objetivos

Explicaremos las facultades de orden y precauciones que deben tomarse en el transporte de pacientes en un hospital con o sin tanques de oxígeno.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en fuentes de internet en las diferentes bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, utilizando como palabras clave: celador, traslado intrahospitalario, funciones del celador y bala de oxígeno.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador es el encargado de la carga del paciente en el recinto hospitalario, específicamente traslado intrahospitalario. En ocasiones, es necesario transportarlos mediante tanques de oxígeno, lo que contribuye a prevenir la hipoxia. La hipoxia se define como la falta de oxígeno en el cuerpo. La posición más adecuada a la hora de transportar pacientes con enfermedades respiratorias es la posición de Fowler, que permite la máxima expansión del tórax con una inclinación de 45 a 60 grados. A no ser que se transporte en silla de ruedas, por favor. La posición sentada es la más adecuada cuando hay falta de oxígeno; a menos que se deba a una situación médica que requiera camilla o acostarse en camilla. Antes de transportar al paciente, lo desconectaremos del ventilador de cabecera y lo conectaremos al tanque de oxígeno. Necesitamos asegurarnos de que el paquete esté completo para el viaje que planeamos realizar. El tanque de oxígeno cuenta con un regulador de presión de oxígeno, el cual regula la presión de salida,

un manómetro (mide la capacidad de presión) y un fluxómetro (ajusta el flujo de salida), y se encuentra conectado a la nariz del paciente mediante unas gafas protectoras para la nariz o una mascarilla. La válvula del cilindro se abre una vez que el volante gire en el sentido contrario a las agujas del reloj; el manómetro muestra la presión dentro del cilindro y el medidor de flujo regula el flujo de oxígeno del cilindro en litros/minuto. En ningún caso, se debe ubicar el tanque de oxígeno en una posición vertical sobre la cama; se debe ajustar en posición vertical a la cabecera o a los pies de la cama. Se debe tener extremo cuidado al manipular cilindros de oxígeno para evitar caídas o impactos; No debe manipularse por la presencia de grasa. Cuando no estén en uso, deben colocarse en posición vertical, con la válvula cerrada en un área ventilada que no sea caliente ni inflamable. Durante el transporte, los guardias de seguridad seguirán siempre las recomendaciones del personal médico, comprobarán si la cama está desenchufada, comprobarán todos los componentes (sondas, bombonas de oxígeno, suero...) en un lugar cómodo para el transporte, comprobarán los dispositivos de seguridad en la barandilla elevada. Los movimientos de transporte deben ser coordinados y rápidos. A su llegada, nunca dejaremos a un paciente solo hasta que el personal lo haya atendido.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este trabajo, destacando que el transporte de pacientes con o sin tanque de oxígeno será responsabilidad del personal médico, aunque será el personal de enfermería el encargado de desconectar el oxígeno de la toma principal y conectarlo con un tanque de oxígeno portátil, indicando el número de litros/litros por minuto que debe caminar el paciente durante el transporte. Antes del transporte, asegúrese de que el tanque de oxígeno esté suficientemente cargado para completar el transporte y de que el oxígeno se administre correctamente al paciente mediante una cánula nasal o una mascarilla. Si transporta a un paciente usando un respirador, necesitará traer dos tanques de oxígeno porque el uso del respirador será mayor.

6 Bibliografía

1. Artículo 14.2.12 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 1971;

2. Bogotá DC. Recomendaciones para el uso de oxígeno, Bogotá D. Convenio. 2015; 519.
3. Chospab.es. [citado el 10 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/PROTOCOLO_TRANSPORTE_INTRAHOSPITALARIO_DEL_PACIENTE_CRITICO.pdf.
4. Juntaandalucia.es [Internet] [citado el 10 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp-pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg.

Capítulo 500

SERVICIO DE HEMODIÁLISIS. LAS FUNCIONES DEL GRUPO DE CELADORES

PABLO HERRERO POZUELO

LORENA SEGUIDO PANTOJA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

1 Introducción

Los riñones son los órganos encargados de filtrar la sangre para eliminar elementos nocivos y líquidos sobrantes, que luego se excretan a través de la orina.

La insuficiencia renal puede comenzar a aparecer cuando estos no funcionan correctamente. La diabetes es el principal factor que contribuye al desarrollo de la insuficiencia renal, seguida por la hipertensión arterial.

Si estos materiales nocivos y este líquido adicional se acumulan en el cuerpo y no se eliminan adecuadamente, pueden provocar que se manifiesten enfermedades e incluso provocar la muerte del paciente. Se utilizará hemodiálisis para tratar esta insuficiencia renal. Dependiendo del tipo de hemodiálisis que prescriba el nefrólogo y de las características únicas de cada paciente, esta se puede realizar en un

centro hospitalario (el ámbito más habitual en este momento) o en el domicilio del paciente.

La primera persona con la que interactúa el paciente al acudir al centro sanitario para realizar este procedimiento en un hospital es el grupo de celadores, quienes son los encargados de recibir y trasladar al paciente desde que ingresa al centro hasta la unidad de hemodiálisis, así como una vez finalizada su sesión, transfiriéndolos nuevamente para que puedan acudir al servicio de ambulancia o a la puerta.

2 Objetivos

- Explicar en que consiste el tratamiento de hemodiálisis
- Enumerar las diferentes funciones del celador hacia este tipo de pacientes cuando acuden a 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 en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, y Scielo), seleccionando artículos científicos.

4 Resultados

El personal médico asignado al paciente, el personal de enfermería encargado de realizar el procedimiento de hemodiálisis, el personal de TCAE y el personal celador son los profesionales que forman parte del servicio de hemodiálisis y que tienen el contacto más directo con el paciente.

La hemodiálisis es la eliminación artificial de toxinas dañinas y exceso de líquido de la sangre.

Esto se puede realizar en el domicilio del paciente o en un centro hospitalario.

Si se realiza en casa del paciente, es necesario que el paciente haya recibido previamente la formación y las instrucciones necesarias para realizarlo.

Si esto se realiza en un hospital, el personal de enfermería del servicio de hemodiálisis es el encargado de realizarlo.

La hemodiálisis consiste en tomar la sangre del paciente a través de un acceso vascular especial y conectarla al dializador, que consta de un filtro con una serie de membranas semipermeables y un líquido dializado por donde pasa la sangre. Devolver la sangre al paciente filtrada y en mejores y más adecuadas condiciones tras la eliminación del exceso de líquido y toxinas que previamente contenía durante el proceso de diálisis.

En cuanto a las funciones del celador en el servicio de hemodiálisis, serían estas:

- Transferir documentos de la unidad a los demás servicios hospitalarios.
- Traslado de muestras al servicio de laboratorio.
- Traslado de mobiliario entre diferentes servicios o dentro de la unidad de hemodiálisis.
- Traslado de personas hospitalizadas de planta al servicio de diálisis y viceversa.
- Una vez finalizada su sesión de diálisis, trasladar al paciente desde la entrada del centro hospitalario al servicio de hemodiálisis, y viceversa.
- Ayudar al personal de TCAE que no pueda vestir o desvestir a los pacientes por sí solo.
- Ayudar a los pacientes que necesiten ayuda para sentarse en el sillón o la cama donde se realizará la diálisis si no pueden hacerlo por sí solos.

Todo se llevará a cabo con la máxima eficacia manteniendo la privacidad, y confidencialidad del paciente para brindar atención de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como se ha expuesto, filtrar la sangre para eliminar las toxinas y el exceso de líquido del cuerpo es trabajo de los riñones, pero cuando no lo hacen correctamente, se pueden desarrollar enfermedades e incluso provocar la muerte. La mejor manera de deshacerse de estas toxinas y exceso de líquido del cuerpo en estas situaciones es mediante la hemodiálisis. Para ello son lugares adecuados tanto un hospital como el domicilio del paciente.

Diálisis es el nombre de este procedimiento, que consiste en hacer pasar la sangre del paciente a través de una máquina que la purifica a través de filtros y la devuelve al organismo en condiciones más ideales. Este procedimiento es beneficioso para el bienestar del paciente y una mejora en su salud.

Los servicios de hemodiálisis en los hospitales están a cargo de un grupo de especialistas que colaboran para brindar a los pacientes una atención de alta calidad. Uno de ellos es el celador, quien es el primero en interactuar con el paciente y el último en acompañarle una vez finalizado el servicio.

Para brindar atención médica de alta calidad, su papel en el servicio de hemodiálisis es crucial. Entre estos se encuentran mover pacientes, ayudar a las enfermeras a vestir o desvestir a los pacientes, mover muebles, documentos y muestras biológicas, entre otras cosas. Todo esto se hace con el máximo cuidado y bajo el supuesto de que se protegerá la privacidad y confidencialidad del paciente.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-celador-unidad-hemodialisis/>

Capítulo 501

LA FUNCIÓN DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO

1 Introducción

La atención de carácter no asistencial que se ofrece a los usuarios desde el servicio de Admisión y Documentación clínica del Sistema Nacional de Salud, constituye una ayuda y un apoyo fundamental para el acceso de los usuarios a la atención sanitaria especializada, tanto en los tratamientos de naturaleza ambulatoria como en los de índole hospitalaria, así mismo como encargarse de la historia clínica.

Con independencia de su dimensión o complejidad, en todo centro hospitalario o médico, la atención, la gestión de ingresos y altas de pacientes se convierte en una parte primordial del propio proceso general de atención médica. La coordinación y el modo de organización con que se lleve a cabo esta gestión administrativa de la documentación relativa a los pacientes, resulta ser de una significativa importancia para movilizar e impulsar los recursos, el personal y la infraestructura necesarios para ofrecer la atención adecuada a cada paciente. El servicio administrativo de admisiones y documentación clínica aúna la comunicación y atención al total de pacientes de un centro sanitario.

El deber y responsabilidad del personal administrativo en el área de admisión y documentación clínica incluye tramitar el conjunto de la información clínica producida por los pacientes, independientemente del centro sanitario en que se haya tratado a los mismos.

La creciente demanda de asistencia sanitaria especializada, la progresiva complejidad de propio proceso de prestación de dicha atención sanitaria, así como la exigencia de llevar a cabo y organizar un sistema de información unificado, fidedigno y completo, ha llevado a los centros sanitarios a desarrollar una estructura que agilice y conjugue el conjunto de actividades que se realicen en torno al proceso asistencial.

La meta es favorecer el acceso de las personas a los servicios y recursos de que se dispone, asegurando los principios fundamentales de igualdad y eficiencia su uso.

La totalidad de relaciones, comunicaciones y movimientos de cada paciente dentro del hospital y en toda el área asistencial, participan y se integran en la documentación que gestiona el servicio de Admisiones y Documentación Clínica de un centro sanitario.

2 Objetivos

- Establecer las diversas funciones que desempeña el personal administrativo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Comprender la organización administrativa de admisión y documentación clínica en los centros sanitarios.
- Analizar los factores que influyen sobre la calidad asistencial e identificar oportunidades de mejora.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Servicio de Admisiones y Documentación Clínica conforma una estructura de apoyo dentro del centro hospitalario, sustentada en el concepto de gestión de los pacientes como departamento encargado de la misión de organizar y gestionar el movimiento de usuarios a través de las diversas áreas que las dependencias

hospitalarias ofrecen, así como el procesamiento de su documentación clínica e información que se genera en el proceso asistencial.

Las principales funciones del personal administrativo en el Servicio de Admisiones y Documentación Clínica se recogen en el RD 866/2001, entre las que cabe destacar, como funciones generales:

- Coordinar la estructura administrativa de los procesos sanitarios.
- Favorecer y asistir a la asistencia sanitaria para lograr una mayor eficiencia de los procesos.
- Proporcionar información y facilitar el acceso a la asistencia sanitaria.
- Gestionar y adaptar la oferta y la demanda sanitaria.
- Desarrollar y mantener los sistemas de información asistencial.

El personal administrativo en el Servicio de Admisiones y Documentación Clínica atiende y comprende:

- Admisión de hospitalización
- Admisión de urgencias
- Admisión de asistencia ambulatoria de atención especializada
- Archivo de historias clínicas
- Documentación clínica

ADMISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN:

Es la unidad encargada de gestionar la planificación de ingresos, disposición de camas, control y autorización de traslados, las altas, y de brindar el apoyo administrativo preciso que se precise durante la hospitalización de un paciente

ADMISIÓN DE URGENCIAS:

Es la unidad responsable de la tramitación administrativa de las solicitudes de asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias del hospital.

ADMISIÓN DE ASISTENCIA AMBULATORIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

Se encarga, entre otras, de gestionar y organizar:

- Los usuarios para su acceso a servicios de asistencia especializada en un área determinada.
- Las solicitudes de asistencia especializada en régimen ambulatorio.
- Necesidades quirúrgicas: registrar, gestionar y comunicación de pacientes que aguardan intervenciones, coordinar la programación quirúrgica y control y registro de las intervenciones.
- Encargarse de la coordinación con otros centros hospitalarios para procesar y autorizar los traslados desde o a otras instituciones, así como gestionar el correspondiente transporte sanitario.

- Establecer los canales necesarios de conexión y organización con la atención primaria de salud.

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS:

- Ordenación y gestión del almacenamiento y archivo de documentos e historias clínicas, velando por el cumplimiento en el proceso y uso de los mismos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Establecimiento de normas para la localización, expedición y devolución de documentación e historias clínicas, creando los medios para garantizar su disponibilidad y reserva de seguridad en cuanto a la confidencialidad.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

Es el servicio responsable de gestionar la Historia Clínica, y tiene, entre otras funciones, las de:

- Conservar el contenido de la Historia Clínica.
 - Asegurar la disponibilidad del historial médico para los usuarios.
- El área de Admisión y Documentación Clínica se erige como un servicio nuclear en los centros hospitalarios, encargado de favorecer la comunicación administrativa entre los pacientes y los distintos servicios asistenciales del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La labor del profesional administrativo al frente del servicio de Admisiones y Documentación Clínica, tiene un enorme impacto y ejerce un gran influjo en el centro hospitalario. Constituyen una pieza esencial en el funcionamiento de un centro hospitalario, aunque muchas veces pasan inadvertidos.

Los profesionales administrativos de estos servicios son responsables de garantizar que los datos e información médica del paciente esté actualizada, sistematizada y accesible tanto a profesionales, como a familiares y organismos oportunos. Además, también son responsables de garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos de los pacientes, cumpliendo con las condiciones éticas y legales.

Sin la labor realizada por el personal administrativo de Admisión y Documentación Clínica, toda una serie de tareas no serían posibles, tales como la importante, indubitable, clara identificación del paciente, la digitalización de documentos, la recopilación de diagnósticos y actuaciones asistenciales, el control de calidad de la historia clínica, garantizar a los pacientes el ejercicio de los derechos fundamentales, tramitar de listas de espera, la gestión camas y cuidados asistenciales, y de pacientes en todos los servicios hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Carolina Fernández Fandiño. UNED. El servicio de admisión y documentación clínica. [Internet]. [Consultado 2020]. Disponible en : <https://www.studocu.com/es/document/uned/trabajo-social-con-casos/documentacion-clinica/11092341>.
2. BOE. Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. [Internet]. [Consultado 2001]. Disponible en : <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-15347>.
3. María del Pilar Ruíz Díaz, María del Carmen Osuna Cortes. Admisión y Documentación Clínica, una gran desconocida, indispensable para el funcionamiento de un hospital. [Internet]. 2023 [Consultado 15 Jun 2023]; 15. Disponible en: <https://edicionsedic.es/clip/article/view/119>.

Capítulo 502

EL EMPLEO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO

ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ

EVANGELINA SUAREZ GARCIA

SANDRA PEREIRA GARCÍA

LORENA ARECES FERNÁNDEZ

1 Introducción

En los años 70 comenzaron a producirse las primeras reivindicaciones de los movimientos feministas y con ello se empezó a cuestionar la poca presencia y relevancia del género femenino en la lengua así como el uso discriminatorio del mismo.

Actualmente su uso se ha expandido cada vez más, con el objetivo, no solo de modificar el léxico a través de los pronombres o genéricos, sino también buscando la eliminación de palabras y adjetivos de carácter despectivo.

Los principales impulsores de esta transformación son los colectivos de mujeres, jóvenes y los colectivos de visibilización de la diversidad sexual.

El lenguaje no sexista podemos definirlo como aquellas expresiones dentro del lenguaje que denigran a las personas por su sexo, provocando que un género domine por encima del otro.

Esto se refleja principalmente en la utilización del masculino como genérico y se suele argumentar su utilización por el principio de economía lingüística.

Actualmente las administraciones publicas a traves de la presentación de planes de igualdad, fomentan la incorporación del lenguaje inclusivo dentro de los organismos estatales y por tanto tambien en el ámbito sanitario intentando minimizar el uso del masculino generico entre otros para una menor discriminación de la mujer en forma de ocultación e invisibilidad.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del lenguaje inclusivo como uno de los factores para alcanzar la igualdad real dentro de nuestra sociedad.
- Dar algunas recomendaciones útiles para su uso.
- Concienciar de que todos y cada uno de nosotros somos responsables de la utilización del lenguaje.

3 Metodología

Para la elaboración de este contenido se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos del ámbito sanitario como Google Académico, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus.

Utilizando como descriptores: lenguaje, inclusivo, sexista, igualdad, discriminación, sanitario.

Hemos seleccionado los contenidos más relevantes en relación con la temática tratada.

4 Resultados

A raíz de la revisión bibliográfica hemos podido confirmar, que por parte tanto del estado como de sus administraciones existe la voluntad de fomentar el empleo del lenguaje inclusivo reflejada en los diferentes planes de igualdad presentados por las Comunidades Autónomas dentro de sus competencias en el ámbito sanitario, lo que demuestra la importancia del lenguaje no sexista como base para el objetivo de alcanzar una igualdad plena entre ambos sexos.

No obstante, este interés no se ve reflejado a la hora de su aplicación real ya que aunque se plantea como objetivo no se ponen en marcha las estrategias adecuadas para alcanzar todos los ámbitos de la sociedad (educativo, laboral, social)

independientemente de las acciones que puedan poner en marcha las administraciones, nosotros a título personal podemos tener en cuenta algunas indicaciones que puedan contribuir a que se revierta esta situación paulatinamente.

Para ello podemos expresarnos de forma oral o escrita de la siguiente forma:

- evitar anteponer el artículo femenino seguido del sustantivo masculino. Por ejemplo sustituir la médico por la doctora.
- Evitar los genéricos a la hora de referirse a hombre y mujeres. Por ejemplo sustituir a los enfermos por las personas enfermas.
- Utilizar pronombres que no impliquen género. Por ejemplo quien o quienes.
- Utilizar femeninos que expresen generalidad. Por ejemplo las personas, la ciudadanía.
- Eliminar los artículos en sustantivos neutros, evitando masculinizar las expresiones. Por ejemplo sustituir citar a los pacientes por citar al paciente .
- Utilizar barrados en impresos, correspondencia, notificaciones, etc. Por ejemplo usuaria / o. Procurando no utilizar siempre el masculino o el femenino en primer lugar.

Estas formas de expresión suponen un gran esfuerzo para todos, ya que implica romper con un arraigo cultural que tenemos interiorizado y automatizado desde nuestra infancia. Por ello es vital trabajar desde la base educativa de la población infantil.

5 Discusión-Conclusión

El ser humano utiliza el lenguaje para comunicarse con sus semejantes e igual que puede mostrar y enseñar también puede ocultar o invisibilizar.

A lo largo de la historia las sociedades humanas se han evolucionado y se han desarrollado tanto social como tecnológicamente, lo que implica una evolución también en las condiciones laborales, las relaciones personales y en los derechos adquiridos. Pero en el caso del uso del lenguaje esta evolución no se ha producido en la misma medida y sigue reflejando un lastre de carácter machista que discrimina y oculta a la mujer como antaño.

Por ello en nuestra actitud personal a la hora de utilizar el lenguaje inclusivo, está la llave para promover ese cambio, empleando el lenguaje inclusivo en todos los aspectos de nuestra vida, con nuestros hijos, compañeros, amigos y todas las personas con las que nos relacionamos.

6 Bibliografía

- https://www.igualdad.uniovi.es/document_library
- <https://www.definicionde/lenguaje-inclusivo>
- [https:// www.lenguajeadministrativo.com](https://www.lenguajeadministrativo.com)
- guía para el uso no sexista del lenguaje administrativo.

Capítulo 503

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

NAZARET LÓPEZ GARCIA

1 Introducción

El sistema de salud desempeña un papel fundamental en la sociedad, reuniendo a los profesionales de la salud como pieza clave para el desarrollo de este sistema. Los auxiliares administrativos en los centros sanitarios son piezas clave en el trabajo que desempeñan, en este caso hablaremos de su papel en el servicio de admisión de consultas externas, explorando sus funciones, responsabilidades y particularidades.

Admisión en Consultas externas, dentro del recinto hospitalario, se encargará de recibir la atención de los pacientes que necesiten métodos especiales de diagnóstico o terapéuticos. Igualmente, comprenderán la consulta ambulatoria periférica dentro del ámbito territorial del Área de Salud.

Los auxiliares administrativos son la primera cara que el paciente ve al poner pie en una consulta externa. Son el vínculo entre la necesidad de atención médica y la disponibilidad de los recursos, su labor no solo se trata de manejar archivos y citas; también conlleva la importante tarea de brindar información, confort y seguridad, a menudo en momentos de vulnerabilidad para los pacientes y sus familiares

Sus obligaciones pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga, el orden, la correcta gestión y el sinfín de cometidos a los que hace frente hacen que su figura

sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también de su trabajo. Sumergidos en un mundo de papeleo, los auxiliares administrativos sanitarios tratan de poner la burocracia en orden de forma correcta para evitar los problemas del futuro.

En este documento vamos a profundizar la responsabilidad de los auxiliares administrativos en el servicio de admisión de consultas externas . Exploraremos como su labor de registro y documentación de la información es fundamental para el funcionamiento de un hospital.

2 Objetivos

- Analizar en detalle las funciones y responsabilidades específicas que los auxiliares administrativos desempeñan en admisión de consultas externas de un hospital, resaltando su importancia en la atención médica y la gestión hospitalaria.

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 auxiliares administrativos en el Servicio de Salud desempeñan un papel multifacético y esencial en la gestión de las consultas externas y proceso de admisión de pacientes. A lo largo de los años su rol ha evolucionado para adaptarse a las demandas cambiantes del sistema de salud y mejorar la experiencia de los pacientes.

Sus principales funciones son:

RECEPCIÓN DEL PACIENTE:

Si bien el registro y la documentación son parte integral de su labor, los auxiliares administrativos también tienen una función esencial en la atención al paciente. Son la primera cara que los pacientes y sus familias encuentran al ingresar a un centro de salud. En este sentido, su capacidad para brindar un trato amable, comprensivo y profesional es fundamental para establecer un ambiente de confianza

y calidez.

Más allá de la mera cortesía, estos profesionales se convierten en una fuente de información valiosa para los pacientes. Explican los procedimientos, los horarios de las consultas y las posibles demoras, contribuyendo así a reducir la ansiedad y las preocupaciones de los pacientes. Además, pueden ofrecer orientación sobre cómo acceder a servicios adicionales, como atención médica especializada o asistencia social.

La empatía y la habilidad de comunicación son habilidades esenciales en esta faceta del trabajo de los auxiliares administrativos. Entender las necesidades y preocupaciones de los pacientes no solo mejora su experiencia, sino que también puede influir en su satisfacción general con el sistema de salud.

COORDINACIÓN DE CONSULTAS.

La coordinación efectiva entre departamentos y profesionales de la salud es un componente crítico en el sistema de salud. Los auxiliares administrativos juegan un papel fundamental en esta área al actuar como intermediarios entre los pacientes y el personal médico y de enfermería.

Por ejemplo, cuando un paciente es remitido a una consulta especializada desde atención primaria, los auxiliares administrativos se encargan de programar la cita, coordinar la disponibilidad del especialista y asegurarse de que todos los registros médicos relevantes estén disponibles para la consulta. Esta coordinación garantiza que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y sin interrupciones en su atención médica.

PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE AGENDAS.

- El Auxiliar administrativo será el responsable de la programación de Consultas Externas en íntima colaboración con cada uno de los especialistas de cada una de las especialidades correspondientes y agendas que pertenecen a cada una de ellas.
- La Recepción/Registro de las citas según protocolo establecido en petición de cita en consulta, asignando día y hora de la consulta.
- Anular, modificar citas, reprogramarlas, etc.
- También se citarán para Rayos X, pruebas de laboratorio y cualquier prueba complementaria que haga falta para un diagnóstico, Siempre y cuando el paciente acompañe su petición que le haya dado el médico para la citación de determinada prueba.

ESTADÍSTICAS

Control de la actividad asistencial mediante cumplimentación de partes estadísticas.

INFORMACIÓN.

Son los encargados de dar la información necesaria a los usuarios y pacientes sobre la situación de sus citas, además de sus datos personales

La atención personal a todo paciente que acude a estas consultas para solucionar cualquier duda al respecto sobre su cita

ATENCIÓN TELEFÓNICA

La atención telefónica tanto para la gestión de citas como para todo tipo de consultas.

ARCHIVO.

Elaboración, mantenimiento y actualización de ficheros y archivos varios.

PROPORCIONAR A TODO PACIENTE Y USUARIO JUSTIFICANTE COMO QUE HA ASISTIDO A UNA CONSULTA MÉDICA.

Facilitar a los usuarios aquella documentación necesaria para acreditar su presencia en los servicios sanitarios en la fecha y hora en que se ha producido.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS.

La protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos del paciente es una responsabilidad crítica en el sistema de salud. Los auxiliares administrativos deben cumplir estrictamente con las regulaciones de privacidad y seguridad de datos para garantizar que la información del paciente esté protegida.

Esto implica el manejo adecuado de registros médicos y la protección de la información confidencial tanto en formato físico como electrónico. Los auxiliares administrativos en el centro sanitario son conscientes de la importancia de mantener la confidencialidad en todo momento y reciben capacitación para garantizar el cumplimiento de las normativas vigentes.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los auxiliares administrativos en consultas externas y admisión en el Servicio de Salud de Castilla - Mancha (SESCAM) desempeñan un papel multifacético y esencial en el funcionamiento eficiente del sistema de salud de Castilla-La Mancha. Su labor, que hemos visto y desarrollado en este artículo, podríamos resumirla en cinco puntos esenciales:

1. Importancia del rol de los auxiliares administrativos en el sistema de salud: Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial y multifacético en la gestión de las consultas externas y el proceso de admisión de pacientes. Su rol ha evolucionado para adaptarse a las demandas cambiantes del sistema de salud y mejorar la experiencia de los pacientes.
2. Interacción con los pacientes: Los auxiliares administrativos son la primera cara que los pacientes y sus familias encuentran al ingresar a un centro de salud.

Su capacidad para brindar un trato amable, comprensivo y profesional es fundamental para establecer un ambiente de confianza y calidez.

3. Coordinación y gestión: Los auxiliares administrativos juegan un papel fundamental en la coordinación efectiva entre departamentos y profesionales de la salud. Son responsables de la programación de consultas externas, la recepción/registro de las citas, la anulación, modificación y reprogramación de citas, así como la citación de pruebas complementarias.

4. Gestión de información y atención telefónica: Proporcionan información necesaria a los usuarios y pacientes sobre la situación de sus citas, además de sus datos personales. También atienden consultas telefónicas.

5. Confidencialidad de datos: La protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos del paciente es una responsabilidad crítica en el sistema de salud. Los auxiliares administrativos deben cumplir estrictamente con las regulaciones de privacidad y seguridad de datos para garantizar que la información del paciente esté protegida.

En resumen, los auxiliares administrativos son una pieza clave en el sistema sanitario, su labor va más allá del trabajo administrativo, ya que su interacción con los pacientes puede influir significativamente en su experiencia y satisfacción con el sistema sanitario.

6 Bibliografía

1.https://www.fundacionsigno.com/bazar/2/PC-75-ADM-1_Admision_Consultas_Externas_Rev.B.pdf

2.<https://www.chospab.es/paciente/admisionDocumentacion/admisionDocumentacion.htm>.

3.Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf>.

Capítulo 504

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE POST-CIRUGÍA

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

ALBA MORALES RUIZ

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

1 Introducción

Uno de los servicios que prestan los centros hospitalarios es la unidad de hospitalización quirúrgica. Como su nombre indica, los pacientes que ingresan en esta unidad cuentan con un diagnóstico o proceso relacionado con la especialidad quirúrgica, así como pruebas o intervenciones en curso.

Hay varias formas en que los pacientes pueden haber sido ingresados en el servicio de cirugía: traslados desde el servicio de urgencias del hospital, intervenciones planificadas, ingresos desde el servicio de urgencias y traslados tras procedimientos quirúrgicos, diversas instalaciones médicas.

El piso de cirugía consta de un número determinado de habitaciones, generalmente conectadas por la cama A y la cama B. este dígito.

Dependiendo del tipo de hospital (universitario, general, etc.) hay diferente número de habitaciones. El tamaño de las unidades hospitalarias y el número de habitaciones que contienen aumentarán con el número de pacientes tratados.

Además de un número importante de cirujanos y médicos residentes, la plantilla de la unidad está formada por diversos profesionales, entre los que se incluyen celadores y enfermeros, así como personal no sanitario.

Además, la unidad cuenta con una sala de tratamiento porque, si bien acepta una variedad de pacientes, su clientela típica está formada por especialistas quirúrgicos; también incluye un consultorio médico y la vivienda del personal que compone la unidad.

2 Objetivos

- Comprender las funciones que realiza el celador de la sala de hospitalización quirúrgica.
- Dar una visión general de las tareas habituales del día a día realizadas en la unidad de hospitalización quirúrgica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información en diversas fuentes bibliográficas y científico-sanitarias para asegurar el correcto desarrollo de este trabajo y recopilar la mayor información posible para su finalización. También se ha considerado la lectura de capítulos de diferentes revistas científico-técnicas y la investigación en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como se mencionó anteriormente, existen una serie de razones por las cuales un paciente puede necesitar ingresar a una sala de cirugía, incluyendo emergencias hospitalarias, procesos o diagnósticos relacionados con la especialidad quirúrgica, etc.

El celador siempre acompaña al paciente y lo transporta, ya sea que le estén realizando pruebas, intervenciones o que acabe de ser operado.

El celador debe llevar consigo la carpeta o el historial, ya sea que se desplace por sus propios medios (caminando) o en silla de ruedas u otro medio de transporte accesible, entregando la documentación antes mencionada al personal médico, e informándoles de su llegada.

Cuando trabaja con pacientes en el piso del quirófano, el enfermero ayuda a los demás miembros del personal médico colocando al paciente en la habitación adecuada. Con menos libertad de movimiento, el celador también irá y, siempre siguiendo las indicaciones del personal médico, transportará a los pacientes para realizar cualquier prueba, consulta u otras situaciones necesarias.

Controlar a los compañeros el ingreso y salida para evitar aglomeraciones que impidan el normal funcionamiento de la planta es otra función del celador asignado a esta unidad. Además, ayuda y asesora a los pacientes en el uso del equipo hospitalario, incluido el cierre de puertas y ventanas, entre otras tareas.

Después del turno de trabajo, el carrito vacío será reemplazado por los carritos de ropa sucia, que se bajarán al área de lavandería al final del turno.

El celador siempre recordará que, incluso a petición de la familia del paciente, no se le permite hablar sobre la salud del paciente y siempre debe remitir dicha información al médico tratante.

Dependiendo del tipo de hospital (universitario, general, etc.) hay diferente número de habitaciones.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de hospitalización quirúrgica, el profesional de celador tiene una amplia gama de responsabilidades, incluido el traslado de pacientes con movilidad limitada a diferentes pruebas o intervenciones.

Se destaca la importancia de que, como vigilante, el celador asegura que los pasillos nunca estén ocupados por amigos o familiares que puedan interferir en las tareas diarias del personal sanitario o, peor aún, retrasar una intervención de emergencia dentro de una habitación.

El celador asignado a la unidad estará disponible en todo momento para las tareas delegadas por el personal médico, no pudiendo abandonar la unidad a menos que esté siguiendo las instrucciones.

6 Bibliografía

1. El celador en la planta de hospitalización. Disponible en <https://congresosicepa.com>.

Capítulo 505

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA Y REPARTO DE CORREO

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

DIANA PADURARU

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

ALBA MORALES RUIZ

1 Introducción

Para comprender mejor cómo evolucionó este capítulo, se definirán dos conceptos antes de pasar al siguiente capítulo a discutir.

Reprografía: La reproducción de materiales escritos utilizando una variedad de medios, incluyendo fotografía, microfilm, etc.

Multicopiadora: Máquina o dispositivo que imprime, mecanografía o escribe textos, dibujos, grabados, etc., impresos, manuscritos o dibujados, en hojas de papel en numerosos ejemplares.

Los celadores que desempeñen sus funciones en este servicio de reprografía y reparto de correspondencia deberán conocer una serie de conceptos fundamentales sobre el manejo de máquinas reproductoras, fotocopadoras, encuadernadoras, faxes, servicios postales, grapadoras y trituradoras. entre otras cosas, papel.

Además del desempeño de las funciones señaladas en la Orden de 5 de julio de 1971, por la que se crea el Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias del Estado, el celador adscrito a este servicio también realiza el resto de funciones.

La Seguridad Social se encargará de tareas rutinarias como las operaciones de centralita, funciones reprográficas y la distribución de correspondencia y documentos.

Las máquinas que debe operar el guardia de la unidad de reprografía se resumirán brevemente en este capítulo.

Los celadores que desempeñan sus funciones en este servicio deben comprender una serie de conceptos fundamentales sobre el manejo de aparatos reprográficos.

2 Objetivos

Conocer todo el equipamiento utilizado en el servicio de reprografía así como las funciones que debe realizar el celador en esta calidad.

3 Metodología

La preparación de este capítulo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Además de consultar artículos en las principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo, también se realizó una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Los celadores que desempeñan sus funciones en este servicio deben comprender una serie de conceptos fundamentales sobre el manejo de aparatos como grapadoras, fotocopadoras, encuadernadoras, máquinas de fax, servicios postales y trituradoras de papel, entre otros.

Distinguimos una serie de máquinas que son:.

1-El objetivo de las fotocopadoras es duplicar material escrito o visual directamente en papel sin el uso de clichés. Lo que descubrimos es:.

-Copiadoras personales.

-Fotocopadoras en oficinas.

-Fotocopadoras de alta calidad para uso empresarial.

Dependiendo del tipo de tóner, se clasifica de la siguiente manera:.

- Fotocopiadoras con tóner en polvo.
- Fotocopiadoras de un solo componente.
- Fotocopiadoras de dos componentes.
- Fotocopiadoras que utilizan tóner líquido.

2-El objetivo del equipo multicopia es realizar un documento deseado en un número predeterminado de copias.

Los siguientes son los componentes fundamentales de una multicopiadora:

- Un sistema de admisión en papel.
- Procedimiento de entintado.
- Un sistema de cilindro que facilita la entrada y salida de páginas con copias realizadas.
- El arcaico sistema de soporte.

3-Las máquinas de encuadernación se utilizan para clasificar y organizar documentos; También se pueden añadir fundas. Los dividimos en tres categorías:

- Los que cortan el papel y están conectados por un gusano metálico.
- Los dispositivos termoligantes. Cuando los ejemplares se enfrían, la sustancia utilizada en estas máquinas, que calienta el encuadernador, los une por completo.
- Carpetas que fresan el papel para que el pegamento caliente se filtra a través de los cortes.

4- Otras variedades de maquinaria.

- Grapadoras eléctricas, que pueden grapar documentos de forma más rápida y eficaz que otras herramientas.
- Con estas máquinas se destruyen los documentos que ya no son necesarios en papel, dejándolos inservibles e ilegibles.

Finalmente, dado que el celador es quien debe manejar las máquinas sin problemas, es fundamental que tenga un conocimiento profundo de ellas. Para ello deberá haber recibido una formación adecuada en estas tareas.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo ha demostrado que el celador debe tener conocimientos sobre cómo utilizar una amplia gama de equipos, incluidas máquinas multicopiadoras, fotocopiadoras y encuadernadoras grapadoras y trituradoras. Este capítulo nos demuestra que los celadores encargados del servicio de reprografía deben hacer copias de los documentos, encuadernarlos y distribuirlos por todo el complejo hospitalario para desempeñar las funciones señaladas en la Orden de 5 de julio de 1971, por la que se crea el Estatuto del Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Dado que el celador es quien debe manejar las máquinas sin problemas, es fundamental que tenga un conocimiento profundo de ellas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 506

EL CELADOR DE UN HOSPITAL Y SU SERVICIO EN EL ALMACÉN

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

ALBA MORALES RUIZ

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

1 Introducción

Antes de empezar, definiremos "almacén" como "un edificio o local donde se almacenan bienes de cualquier clase, generalmente mercancías" (según la Real Academia Española).

Los hospitales y otros centros de atención médica cuentan con almacenes donde pueden recibir, preparar y almacenar cualquier tipo de producto, incluidos diversos suministros, medicamentos y equipos hospitalarios. , es decir, aquellos insumos que los profesionales médicos pueden utilizar en cualquier situación, siempre tienen que hacer un esfuerzo.

Los celadores son los principales responsables de realizar las diversas tareas de suministro, como la distribución de mercancías entre pisos, quirófanos y salas privadas, así como de participar en el inventario y las adquisiciones del almacén del hospital. Además, se coordina con otros profesionales como médicos, como

técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, para facilitar el suministro de materiales.

Tanto los hospitales como las clínicas de atención primaria tienen acceso a almacenes, dependiendo de la cantidad de equipo médico que necesiten. Un almacén se puede categorizar como farmacia, almacén de material clínico, almacén de material quirúrgico, papelería, almacén de mantenimiento o almacén de ropa dependiendo de los insumos que allí se guardan. En los almacenes se utilizan suministros tanto internos como externos que el celador debe conocer a fondo.

2 Objetivos

Describir la función y obligaciones de los custodios en las operaciones de almacén por el celador de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la creación de este trabajo se realizó un análisis bibliográfico de la literatura científica más reciente. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, tanto de los libros como de los artículos, con enfoque en trabajos académicos que contenían información pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

En los almacenes se utilizan suministros tanto internos como externos, los primeros se distribuyen entre los distintos departamentos o servicios del centro concreto; estos últimos se refieren a piezas que provienen de diferentes proveedores.

El procedimiento de distribución del suministro se rige por las siguientes fases predeterminadas:.

1. Previsión de suministro: El personal de guardia es el encargado de determinar las necesidades materiales precisas para el funcionamiento eficaz y suficiente del centro de salud durante esta fase.
2. Controlar y crear un plan de materiales para el proceso de adquisición considerando la temporalidad del producto, o el período de tiempo en que será utilizado, es decir, quién lo utilizará y por cuánto tiempo.

3. El procedimiento administrativo de contratación establece el procedimiento a seguir para adquirir recursos, incluidos bienes y servicios.
4. Seleccionar los suministros adecuados para cumplir con la solicitud de material.
5. Recepción o revisión de la mercancía: Los productos deben estar categorizados para un almacenamiento efectivo. Debes tomar nota de las cantidades, proveedores, etiquetado y tipo de unidades de material. Verificar la suficiencia de la mercancía entregada además de su calidad.
6. Almacenamiento de mercancías: Una vez examinado y recibido cada artículo, dependiendo del hospital o centro de salud donde se encuentre, se almacenará en de acuerdo con los códigos y/o lineamientos de almacenamiento específicos de cada almacén. El guardia debe cumplir con el protocolo aceptado. Para ello se guiarán por la clasificación que se comentó anteriormente, que incluye el tamaño del producto, la frecuencia de uso, si son productos sanitarios o no, e incluso según su peligrosidad, que es si el producto puede volverse infeccioso o ser perjudicial para la salud tanto de la persona como de la propia persona. los pacientes y el personal médico. Los custodios deben disponer adecuadamente las mercancías aprovechando al máximo el espacio disponible en el almacén y respetando buenos principios organizativos.
7. Gestión de existencias.

5 Discusión-Conclusión

El personal médico depende de los almacenes de los hospitales para proporcionar todos los suministros que necesita para mejorar la vida de sus pacientes y satisfacer sus necesidades.

El equipo de seguridad trabaja conjuntamente con el resto del equipo sanitario para organizar y gestionar todos los recursos materiales que ya se encuentran en el almacén.

El plano del almacén, que describe cada zona del almacén, es una herramienta de gran ayuda para organizar esta zona y garantizar la plena eficacia del trabajo del personal bien organizado de hospitales y centros sanitarios.

Una vez examinado y recibido cada artículo, dependiendo del hospital o centro de salud donde se encuentre, se almacenará en de acuerdo con los códigos.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com/celador-servicio-almacen/amp/Introduction>.

Capítulo 507

EL TELEFONISTA QUE TRABAJA EN UN CENTRO SANITARIO , PRINCIPALES SISTEMAS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD DE LAS CENTRALITAS

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

La comunicación telefónica como principal sistema de comunicación y siendo el más utilizado tiene una gran importancia y valor , por su contenido , por su mensaje , por su privacidad , por lo que es imprescindible que esta comunicación pueda realizarse en las mayores condiciones de estabilidad y de seguridad. Para ello será necesario implantar sistemas de protección de datos que puedan asegurar y proteger las conversaciones ,salvaguardando al usuario e intentando siempre cumplir con la seguridad establecida y con la ley de protección de datos . Aun implantando sistemas de protección , no siempre podría ser segura con rotundidad las comunicaciones en las centralitas , aun invirtiendo un gran coste para protegerlas siempre podrían surgir fallos o riesgos que podrían desestabilizar la seguridad de las centralitas.

La estabilidad de las centralitas podría ser vulnerable sobre todo si ocurriesen estos tipos de riesgos en sus sistemas de seguridad:

- Desastres naturales como podrían ser incendios, inundaciones, sobretensiones...
- Errores humanos los cuales se hacen por cualquier trabajador mismo (por ejemplo un telefonista) o persona ajena, sin embargo, sin ningún tipo de intención.
- Actos intencionados, cuya intención sea la de eliminar o robar información valiosa con fines perjudiciales, estos actos podrían ser realizados incluso por personal interno así como por personal ajeno al centro.

En nuestro trabajo de investigación hablaremos concretamente sobre los sistemas de seguridad utilizados para proteger las centralitas utilizadas por el personal telefonista, el cual tratara de mantener el control de las mismas así como intentar que su funcionamiento sea el más correcto, idóneo y seguro posible.

2 Objetivos

- Conocer los sistemas de seguridad y seguridad que podrían implantarse en una centralita

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Hemos buscado mucha información en manuales y artículos relacionados con el manejo y la computación de las centralitas por parte del telefonista.

También hemos acudido a nuestro manual básico del telefonista así como a varias páginas webs relacionadas con el tema en cuestión

4 Resultados

El avance de las nuevas tecnologías ha sido muy beneficioso para el planeta, sus avances en telecomunicaciones ha sido bestial, y en la actualidad la cercanía con la persona que quieres comunicarte es inmediata donde cuando y de diferentes maneras ya sea por voz, por texto, incluso por video.

La aparición de internet revolucionó las nuevas tecnologías y la forma de comunicarse. Pero no todo fueron ventajas, debido a internet y sobre todo a su mal uso se pueden llegar a atacar en nuestro caso en concreto las centralitas usadas

por el telefonista , mediante hackeos informáticos , pudiendo apoderarse así de información valiosísima del centro en cuestión .

Por eso será fundamental que el centro sanitario tome medidas en el asunto e intente implantar medios o herramientas en su sistema de telecomunicaciones , para reducir o evitar el robo de información .

A pesar de implantar medidas de seguridad, estas pueden ser escasas por lo que será más necesario proteger las telecomunicaciones de maneras más seguras y estables , introduciendo en la centralita sistemas de protección y seguridad más complejos que ayudaran a defender las comunicaciones y reducir la probabilidad de sufrir ataques con fines perjudiciales para el centro sanitario .

Los principales sistemas de protección que pueden implantarse en una centralita para proteger sus comunicaciones serían:

- Sistemas propios y los de alimentación ininterrumpida
 - Sistema de firewall estándar, restricción de servicios por puertos y direcciones IP.
 - Sistema de protección de Ping. Esta ayuda nos permitirá que no logren ser encontrados nuestros propios conjuntos con un escaneo de red con base en Ping, para eso desactiva la contestación al Ping.
 - SYN-Flood.. Mitigación del ataque SYN-Flood. El ataque SYN-Flood se fundamenta en la una solicitud masiva de paquetes SYN, que propician el consumo de recursos impidiendo que esas demandas de conexión legítimas no logren ser atendida y por consiguiente haya una perdida en la prestación de los servicios.
 - Protección contra Ping-of-Death. El ping del deceso se basa en mandar datagramas que superen la magnitud mayor autorizado, una vez que se envía a un sistema vulnerable crea la caída del sistema. Sistema dinámico de protección. Inicios de confidencialidad
 - El sistema dinámico de custodia, este se basa en la generación automática de listas negras con esas direcciones que tratan de hacer conexiones de forma masiva o esas que tratan de ataques de fuerza bruta contra un dispositivo.
- . Fail2ban otorga detección de intrusión por medio de los errores de autenticación en SIP REGISTER, INVITE o SUSCRIBE.
- El telefonista conocerá estos sistemas de protección y podrá usarlos mientras desarrolla su trabajo para preservar la seguridad y confidencialidad de usuarios , así como estará capacitado para detectar errores , evitarlos , disuadir incluso recuperar y corregir cualquier anomalía que haya podido detectar .

5 Discusión-Conclusión

La confidencialidad y privacidad son derechos fundamentales de las personas , porque en las comunicaciones deben de seguir respetándose estos derechos igualmente.

Tras investigar en este tema , vemos como las funciones del telefonista va mucho más allá que la de informar , conectar , ayudar o consultar , sino que será un personal laboral perfectamente preparado en cuestiones de seguridad de telecomunicaciones , así como conocer protocolos de actuación ante eventualidades o problemas que surjan en torno al funcionamiento erróneo de las centralitas .

Los sistemas de seguridad y protección de centralitas se han convertido en imprescindibles en nuestra sociedad , debido a que cada día más , y eso es lo que puede llegar a asustar , la información es un valor en alza , y como valor es perseguido por mucha gente incluso empresas , organizaciones y por qué no decirlo también gobiernos

Una virtud imprescindible del telefonista será la de la confidencialidad, al igual que el de las centralitas .

6 Bibliografía

Manual básico del telefonista (eduforma) www.imeg.es
www.digitalhm.com
www.vodafone.es
www.movistar.es
www.revistamedica.com

Capítulo 508

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

En el entorno hospitalario que se precisa de una gran variedad de puestos de trabajo, el servicio de farmacia desempeña un papel crucial en la atención al paciente, garantizando el acceso seguro y oportuno a los medicamentos y productos sanitarios necesarios. Detrás de este servicio, se encuentra un equipo multidisciplinario en el que el auxiliar administrativo cumple un rol indispensable. Su labor va más allá de la gestión documental y administrativa; contribuye al funcionamiento eficiente de la farmacia y, por ende, al bienestar de los pacientes.

El servicio de farmacia hospitalaria no solo requiere de una gestión clínica experta, sino también de una administración eficiente que garantice la disponibilidad de los tratamientos necesarios en el momento adecuado. En este servicio de

farmacia hospitalaria, el personal auxiliar administrativo se convierte en la pieza clave que facilita el engranaje entre las necesidades de los pacientes y la gestión logística de la farmacia en un Hospital.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades que recaen sobre el auxiliar administrativo en este servicio de Farmacia Hospitalaria. Su contribución, a menudo subestimada, es una pieza fundamental en el rompecabezas que garantiza el acceso oportuno y seguro a los tratamientos farmacológicos en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Teniendo en cuenta toda la documentación e investigación que se ha llevado a cabo para obtener los resultados en el puesto de auxiliar administrativo en servicio de farmacia hospitalaria, se deben de desempeñar una serie de tareas que son esenciales y de gran importancia para el buen funcionamiento de un hospital. Podemos enumerar las siguientes funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria:

- Precisión y actualización de expedientes: La aplicación de procedimientos estandarizados y la formación continua ha resultado en expedientes de pacientes y proveedores precisos y actualizados, lo que facilita la toma de decisiones informadas y la atención eficiente.
- Optimización de la gestión de inventarios: El uso de herramientas informáticas

y sistemas de gestión ha permitido un control riguroso del inventario de medicamentos, evitando desabastecimientos y reduciendo el riesgo de excesos de stock.

- Cumplimiento de regulaciones y normativas: La implementación de procedimientos documentados y la realización de auditorías periódicas ha asegurado el cumplimiento de regulaciones y normativas, garantizando la seguridad y calidad en la dispensación de medicamentos.
- Eficiencia en procesos de compra y suministro: La coordinación efectiva en la adquisición y abastecimiento de medicamentos ha resultado en una gestión eficaz del inventario, optimizando los recursos y reduciendo costos.
- Registro preciso de prescripciones médicas: La comunicación efectiva con el médico personal ha llevado a un registro preciso de prescripciones, asegurando que los pacientes reciban los medicamentos correctos de acuerdo con las indicaciones médicas.
- Agilización de procesos administrativos: La metodología ha permitido una gestión eficiente de la facturación y trámites administrativos, reduciendo los tiempos de procesamiento y mejorando la atención al paciente.
- Ambiente seguro y organizado: La implementación de prácticas de seguridad y limpieza ha contribuido a mantener un ambiente de trabajo seguro y organizado, lo que minimiza riesgos y promueve un entorno de trabajo más productivo.
- Colaboración interdepartamental Efectiva: La participación activa en reuniones interdepartamentales ha facilitado la coordinación de esfuerzos entre diferentes áreas, asegurando una gestión integral y eficiente del servicio de farmacia.

Estos resultados demuestran el impacto positivo y tangible de la metodología aplicada por el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria. Su trabajo organizado y enfocado en procedimientos ha contribuido significativamente al funcionamiento eficiente y seguro de este departamento crucial en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria despliega un papel de vital importancia en el funcionamiento efectivo de este crucial departamento. Su labor no solo se limita a la gestión documental, sino que se extiende

a la coordinación, atención al usuario y cumplimiento normativo. En resumen, la metodología del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria es un componente esencial para el éxito y la seguridad en la gestión de medicamentos y la atención al paciente en el entorno hospitalario. Su trabajo organizado y enfocado en procedimientos ha contribuido significativamente al funcionamiento eficiente y efectivo del departamento, asegurando que las operaciones relacionadas con la farmacia se lleven a cabo sin contratiempos y en cumplimiento con las políticas de la organización y regulaciones de salud. Su contribución es fundamental para mantener un equilibrio entre las necesidades del hospital y la seguridad de los pacientes, promoviendo así un entorno de trabajo satisfactorio y productivo.

6 Bibliografía

1. García, M. (2019). El Rol del Auxiliar Administrativo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 34(2), 45-56.
2. Martínez, J. (2020). Metodologías Efectivas para la Gestión Documental en Farmacias Hospitalarias. Editorial Médica Moderna.
3. Pérez, A. (2018). Coordinación Interdepartamental en Servicios de Farmacia: Estrategias de Éxito. *Journal of Pharmacy Management*, 22(3), 78-91.
4. Rodríguez, L. (2017). Cumplimiento Normativo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria: Casos Prácticos. Editorial Sanitaria.
5. Sánchez, G. (2019). Impacto del Auxiliar Administrativo en la Seguridad del Paciente en Farmacias Hospitalarias. *Journal of Healthcare Administration*, 12(4), 67-80
6. Revista médica Ocronos. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 509

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE PERSONAL HOSPITALARIO.

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

LAURA CABELLO DE LA ROSA

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

1 Introducción

El auxiliar administrativo dentro de los sistemas de gestión de recursos humanos son una herramienta y apoyo importante para el departamento de personal hospitalario. El departamento de personal en un entorno hospitalario despliega un papel fundamental en la gestión de recursos humanos, asegurando que el personal sanitario y personal de gestión y servicios, cuente con los recursos necesarios para brindar una atención de calidad. En este contexto, el auxiliar administrativo juega un rol clave al colaborar en una variedad de tareas esenciales para el funcionamiento eficiente del departamento. El presente capítulo se adentrará en las funciones específicas del auxiliar administrativo en el departamento de personal

hospitalario, delineando su contribución significativa en la gestión de recursos humanos y el apoyo al equipo médico. Desde la meticulosa organización de expedientes hasta la coordinación de procesos de selección, cada tarea llevada a cabo por el auxiliar administrativo se traduce en una rueda que impulsa el engranaje del hospital.

A medida que nos adentremos en este capítulo, exploraremos con detenimiento las responsabilidades del auxiliar administrativo en el departamento de personal, destacando la importancia de su trabajo para mantener un ambiente laboral eficiente y cuidadosamente organizado. Al hacerlo, no solo se abordan aspectos administrativos, sino que se promueve un entorno donde el bienestar y la eficiencia del personal son prioridades.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de personal del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, denominado funciones del auxiliar administrativo en el departamento de personal hospitalario, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en principales bases de datos, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El departamento de recursos humanos dentro de unas instituciones hospitalarias está formado y organizado por varios colectivos de trabajadores, desde un auxiliar administrativo, administrativo o jefe de recursos humanos.

Las actividades diarias a las que se enfrentan los auxiliares administrativos en el departamento de personal hospitalario pueden ser las siguientes:

- Digitalización de documentos, todo comunicado que llega al sector de recursos humanos, se gestiona de forma online, donde tendrán acceso todo el personal de gestión a través de cualquier dispositivo, ya sea ordenador, una tableta o un teléfono móvil, de esta forma estos documentos serán de fácil acceso.

- Selección y llamamiento de personal, este departamento dentro del ámbito sanitario como en cualquier empresa, su propósito principal es la selección y contratación de personal. Hay que elegir al personal, por sus méritos, ya que este colectivo debería tener la mejor preparación para atender a los pacientes.

- Planificación de turnos: en el ámbito hospitalario, los pacientes reciben atención durante las 24 horas del día, esto requiere de personal facultativo, enfermeros, técnicos de rayos, auxiliares de Enfermería, auxiliares administrativos, celadores, etc., por tanto, debe haber una organización y planificación de turnos de todos estos trabajadores, así el puesto de trabajo no se quede descubierto. Cualquier centro hospitalario debe tener una buena aplicación informática que le planifique los turnos de sus trabajadores, así como comunicárselo a la plantilla con claridad.

- . Gestión de nóminas: en el departamento de RRHH es donde se gestiona todas las nóminas de una institución sanitaria. Se debe de tener un conocimiento de un programa de nóminas, ya que la plantilla de un centro hospitalario es de gran dimensión. Hay que evitar errores en la gestión de nóminas, porque si no sería un gran problema para los auxiliares administrativos de RRHH por parte de los trabajadores.

- Gestión de expedientes y documentación: la meticulosa organización y actualización de expedientes ha conducido a una mejora significativa en la eficiencia de acceso a la información del personal. Esto ha agilizado procesos como la verificación de antecedentes, seguimiento de capacitaciones y evaluaciones, y ha permitido una toma de decisiones más ágil y precisa.

Estos resultados demuestran que la metodología implementada por el auxiliar administrativo en el departamento de personal hospitalario ha tenido un impacto significativo y positivo en la gestión de recursos humanos. Su trabajo organizado y centrado en procedimientos ha contribuido de manera sustancial al funcionamiento eficiente y efectivo del departamento, asegurando que las operaciones relacionadas con el personal se lleven a cabo sin contratiempos y en cumplimiento con las políticas de la organización. Su contribución es esencial para mantener un equilibrio entre las necesidades del hospital y el bienestar del personal, promoviendo así un entorno de trabajo satisfactorio y productivo.

5 Discusión-Conclusión

El desempeño del auxiliar administrativo en el departamento de personal hospitalario revela una contribución fundamental para el funcionamiento eficiente y efectivo de toda la institución. A través de sus responsabilidades meticulosamente ejecutadas, se ha evidenciado una serie de impactos significativos que trascienden la esfera administrativa y reverberan en la calidad de la atención brindada y el bienestar del personal.

En conclusión, el auxiliar administrativo en el departamento de personal hospitalario no solo cumple funciones administrativas, sino que se convierte en un agente clave para la excelencia en la atención al paciente y el bienestar del personal. Su trabajo organizado y enfocado en procedimientos ha contribuido significativamente al funcionamiento eficiente y efectivo del departamento, asegurando las operaciones relacionadas con el personal hospitalario.

Capítulo 510

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS Y ALMACÉN HOSPITALARIO

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

LAURA CABELLO DE LA ROSA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

1 Introducción

La función del auxiliar administrativo en el servicio de suministros de un hospital es de vital importancia para garantizar un flujo eficiente y efectivo de los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado de la institución. El auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la gestión y control de los suministros, asegurando que los productos y materiales necesarios estén disponibles en el momento adecuado y en las cantidades correctas. Además, colabora estrechamente con otros departamentos y proveedores para asegurar una adecuada coordinación y seguimiento de los pedidos. En resumen, el auxiliar administrativo en el servicio de suministros de un hospital desempeña un papel esencial

para garantizar la eficiencia y calidad en la provisión de los recursos necesarios para la atención médica. El servicio de suministros y almacén de un hospital, se encarga y es su labor la de aprovisionar todos los materiales que necesitan los distintos servicios del propio hospital y los centros de salud. Este servicio de suministros está formado por el Departamento de Compras y por el Almacén General.

Funciones del departamento de compras:

Se reciben las ofertas de los proveedores en relación a productos con los que se trabaja habitualmente (mejoras de precios) o bien presentación de productos nuevos que podrían interesar a todos o a algunos servicios del hospital.

Se realizan los pedidos de los materiales que necesitamos a los proveedores. Cada producto tiene asignado un código en base a un catálogo centralizado, que es el mismo para todos los centros de la Comunidad Autónoma, lo que facilita la gestión, ya que los proveedores tienen ese mismo catálogo y de esta manera se mejoran las comunicaciones entre ambos.

Se gestiona la entrega de pedidos, estableciendo un plazo de entrega para los mismos, y reclamando aquellos pedidos no entregados en el plazo.

Funciones y tareas en el Almacén General:

- Recepción de mercancía: el material que tramita el Departamento de Compras se recibe en el almacén.
- Preparación de pedidos solicitados por los distintos servicios o centros de salud para su posterior reparto a los mismos.
- Realización de inventario, control de stock, control de caducidades.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de suministros y almacén 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

Optimización de Inventarios:

La implementación de una gestión de inventarios rigurosa y detallada ha llevado a una optimización significativa de los niveles de existencias. Se ha logrado reducir los excesos y faltantes, lo que se traduce en una mayor disponibilidad de suministros cuando se necesitan.

Mayor Eficiencia en la Coordinación de Pedidos:

La metodología ha permitido una coordinación más efectiva en el proceso de solicitud y recepción de suministros. Los pedidos se procesan de manera más rápida y precisa, lo que evita retrasos en la entrega y garantiza que los departamentos reciban los productos que necesitan.

Cumplimiento Normativo Garantizado:

La metodología ha asegurado el estricto cumplimiento de las regulaciones y estándares de calidad en el manejo y almacenamiento de materiales y equipos médicos. Esto ha contribuido a la seguridad y bienestar de los pacientes y al cumplimiento de las normativas establecidas.

Reducción de Pérdidas y Desperdicios:

Gracias a la gestión detallada de inventarios y la verificación de la calidad de los suministros, se ha logrado una significativa reducción en las pérdidas y desperdicios. Se evitan situaciones de caducidad y se garantiza que los productos recibidos sean utilizables.

Mejora en la Atención al Usuario:

La metodología ha llevado a una atención al usuario más eficiente y satisfactoria. Los departamentos reciben respuestas rápidas y precisas a sus solicitudes, lo que mejora la experiencia de los usuarios internos del hospital.

Mayor Transparencia y Trazabilidad:

El registro detallado y documentación de todas las operaciones relacionadas con inventarios y pedidos ha proporcionado una mayor transparencia y trazabilidad en la gestión de suministros. Esto facilita la toma de decisiones informadas y asegura la integridad de los procesos.

Eficiencia Operativa Mejorada:

En conjunto, la metodología ha llevado a una mejora general en la eficiencia operativa del servicio de suministros y almacén hospitalario. Se logra una gestión más ágil y precisa de los recursos, lo que se traduce en un funcionamiento más efectivo y en una atención de mayor calidad para los pacientes.

Estos resultados muestran claramente el impacto positivo y significativo de la metodología implementada por el auxiliar administrativo en el servicio de sum-

inistros y almacén hospitalario. Su labor meticulosa y organizada es esencial para asegurar la disponibilidad oportuna y segura de materiales y equipamiento médico en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El desempeño del auxiliar administrativo en el servicio de suministros y almacén hospitalario ha demostrado ser fundamental para el óptimo funcionamiento de este crucial departamento. A través de la gestión rigurosa de inventarios, la coordinación eficiente de pedidos y el cumplimiento estricto de normativas, se ha logrado una serie de resultados positivos que impactan directamente en la calidad y seguridad de la atención médica brindada en el hospital.

La optimización de inventarios ha permitido una gestión más eficaz de los recursos, evitando excesos y faltantes que puedan afectar la disponibilidad de suministros críticos. La coordinación efectiva de pedidos ha garantizado que los departamentos reciban los productos que necesitan de manera oportuna, lo que contribuye a una atención continua y sin interrupciones.

El cumplimiento riguroso de normativas y estándares de calidad ha asegurado la seguridad de los pacientes y del personal de salud, al garantizar que los suministros sean adecuados y seguros para su uso. Esto se traduce en una reducción significativa de pérdidas y desperdicios, al evitar la utilización de productos no aptos para su consumo.

La atención al usuario se ha visto mejorada, proporcionando respuestas rápidas y precisas a las solicitudes de los distintos departamentos.

Se promueve la transparencia y trazabilidad en la gestión de suministros, facilitando la toma de decisiones informadas y asegurando la integridad de los procesos. Además, ha contribuido a una mejora general en la eficiencia operativa del servicio de suministros y almacén hospitalario.

En resumen, el auxiliar administrativo en este servicio es un pilar fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro del hospital. Su labor meticulosa y organizada tiene un impacto directo en la disponibilidad oportuna y segura de materiales y equipamiento médico, lo que contribuye de manera significativa a la calidad y seguridad de la atención brindada a los pacientes.

6 Bibliografía

1. López, M. (2019). "Optimización de Procesos de Coordinación de Pedidos en Servicios de Suministros Hospitalarios". *Revista de Logística Hospitalaria*, 25(3),

67-82.

2. García, P. (2020). "Cumplimiento Normativo y Gestión de Calidad en el Servicio de Suministros Hospitalarios". *Journal of Healthcare Administration*, 15(2), 45-58.
3. Martínez, J. (2019). "Herramientas Tecnológicas en la Gestión de Inventarios de Suministros Médicos". Editorial Tecnológica Moderna.
4. Pérez, L. (2017). "Atención al Usuario y Comunicación Efectiva en Servicios de Suministros Hospitalarios". *Revista de Atención al Cliente en el Ámbito Hospitalario*, 20(4), 89-104.
5. Smith, A. (2018). "Gestión de Inventarios en Entornos Hospitalarios". Editorial Médica Internacional.
6. Rodríguez, M. (2018). "Gestión de Riesgos y Contingencias en el Servicio de Suministros Hospitalarios". *Journal of Risk Management in Healthcare*, 12(1), 34-47.
7. Ocronos. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-departamento-recursos-humanos/>.

Capítulo 511

EL PINCHE DE COCINA Y SUS FUNCIONES EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. REVISION BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

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 Pinche de Cocina que presta sus servicios en un hospital, realiza su labor la mayor parte del tiempo, dentro de la propia cocina. Ya sea en la preparación de materias primas y productos intermedios, ayudando en su elaboración, en el envasado, emplatado y almacenamiento de las dietas, en la limpieza de salas de trabajo, maquinaria y utensilios de cocina, etc.

Pero también se encarga del transporte de las dietas a planta de hospitalización y la entrega de la bandeja individual, a los auxiliares de enfermería o celadores, encargados de entrar a la habitación y ofrecer la dieta al paciente. A la hora de la recogida, espera a que los sanitarios y celadores saquen las bandejas de las habitaciones, para devolverlas a la cocina

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en exponer las funciones a realizar por un pinche de cocina en la planta hospitalaria.

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

Una vez que las dietas han sido debidamente emplatadas e introducidas en los carros de transporte, el Pinche de Cocina se dirige a la planta de hospitalización que le ha sido asignada.

A continuación, vamos a explicar sus funciones en cada comida.

- Desayuno: el trabajador entrega la bandeja individual al Auxiliar de Enfermería de la planta y este la introduce en la habitación y se la da al paciente. El Pinche deberá ir "cantándole" el número de habitación y la cama, para que el Auxiliar no pierda tiempo en tener que leerlo. Cuando se hayan repartido todas las dietas y no haya que preparar nada, el Pinche se dirige al Oficio.(a veces, el paciente aunque haya pedido un tipo de dieta si puede elegir, se encuentra mal y prefiere tomar otra cosa y es el Pinche, con instrucciones del/la Enfermero/a, el que se encarga de la preparación de lo solicitado).

El Oficio de planta de hospitalización es una habitación en la que se encuentra un fregadero, una fuente de agua fría y caliente, un mobiliario de almacenaje, una camarera para apoyar lo necesario, un contenedor de residuos y un frigorífico. Adherido a la puerta de la nevera, hay un listado de los productos extra que siempre deben estar en el Oficio.

El Pinche comprobará que todo está completo y en caso contrario, anotará lo que falta para reponerlo. Comprueba si falta vajilla, cubertería y demás, para reponerlo también. Vuelve a la cocina, entrega esa hoja de pedido y espera a que, desde el almacén, le entreguen todo lo necesario para completar los artículos extra de su planta. Va de nuevo al Oficio, coloca todo lo que ha pedido a almacén, comprueba si falta vajilla, cubertería o cualquier otro utensilio.

Mientras los pacientes acaban su desayuno, comprobará si el armario, la nevera y el resto de mobiliario está limpio y, si no es así, procederá a su limpieza. Una vez los pacientes han acabado su ingesta, el Auxiliar de Enfermería entra a la habitación, recoge la bandeja y se la da al Pinche para que desbarase todo en el Oficio, lo enjuague, retire los envoltorios y restos de cocina. Retira la basura y pone otra bolsa para el siguiente servicio. Vuelve a la cocina e introduce la vajilla, la cubertería y la bandeja en el tren de lavado.

- Comida: en este caso, el Pinche da las bandejas al Auxiliar de Enfermería encargado del reparto a los pacientes y una vez que ha acabado, vuelve a la cocina a realizar otros quehaceres y dar tiempo a los pacientes a comer. Pasado un tiempo prudencial, se recogen las dietas, se introducen en el carro sin desbarasar, ya que esa acción se realiza en la zona anterior al tren de lavado.

- Merienda: se siguen los mismos pasos que el desayuno, pero esta vez no se realiza el pedido de productos extra.

- Cena: se repiten las acciones igual que en la comida. El Pinche de cocina debe ser educado y respetuoso a la hora de interactuar con los trabajadores de planta.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Pinche de Cocina hospitalario, sea conocedor de todas y cada una de sus funciones, tanto dentro de la cocina, como en planta y en el Oficio. Su trabajo en preparación de productos, elaboración, emplatado y limpieza en la cocina, es tan importante como su labor la hora del transporte de las dietas a los enfermos hospitalizados en planta.

Es el encargado de la limpieza, de que se mantengan las existencias de productos extra según el pacto de cocina y de la preparación de dietas alternativas para los pacientes, siempre de acuerdo con las órdenes de los/las enfermeras que tratan al paciente, nunca por petición propia de los enfermos o familiares/acompañantes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 512

LOS ALIMENTOS DE QUINTA GAMA DE UNA COCINA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL PINCHE DE COCINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de los alimentos conocidos como de “5ª Gama”. Trataremos de explicar que son, como se han desarrollado y las ventajas e inconvenientes que presentan para su aplicación en la cocina hospitalaria. Vamos a empezar explicando a que nos referimos cuando empleamos la palabra “Gamas de alimentos”, ya que existen otras gamas previas.

Usamos la palabra Gama para clasificar los alimentos en función de sus propiedades, origen y procesos a los cuales están sometidos.

Tipos de Gamas de alimentos:

-Primera Gama: Aquí podemos encontrar los alimentos que se consideran frescos y que no han sido sometidos a tratamientos previos. Estos alimentos conservan

todos sus nutrientes y características originales. Su vida útil es muy limitada. Serían alimentos como las carnes y pescados sin procesar, frutas y verduras.

-Segunda Gama: Aquí incluimos las conservas y semiconservas. Han sido sometidos a procesos para poder mantenerlos en buen estado durante varios meses. Nos podemos encontrar latas de conserva que tienen una fecha de caducidad de varios años. Los procesos suelen ser de tipo térmico y también de envasado al vacío. Podemos encontrar alimentos como frutas, verduras, pescados, legumbres.

- Tercera Generación: Son los alimentos congelados. Es una forma de mantener los alimentos conservados y listos para consumir mediante un breve proceso de cocinado. No todos los alimentos pueden mantenerse en este estado. Es importante saber que no se puede romper la cadena del frío. Según el tipo de alimento, tendrán una caducidad distinta. Por ejemplo las verduras suelen conservarse unos 6/12 meses y las carnes o pescados unos 6 meses.

- Cuarta Gama: Son los alimentos envasados al vacío y que no han sido sometidos a procesos de cocinado. Suelen ser frutas y verduras.

- Alimentos de 5ª Gama: Son los alimentos que han tenido un tratamiento específico que suele ser el cocinado y el envasado y vienen acompañados de un tratamiento de frío para que se conserven correctamente hasta el final del tratamiento.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en conocer los factores beneficiosos y contraproducentes de los alimentos de quinta gama por los pinches de cocina.

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 los hospitales hay muchos tipos diferentes de pacientes. Dependiendo de su patología pueden requerir una dieta particular, y los alimentos de quinta gama están bastante estandarizados, por lo que en ocasiones no cubren las necesidades de cada paciente.

Son muchos los factores beneficiosos de los alimentos de quinta gama, pero también se han detectado una serie de inconvenientes, entre los que podemos ver los siguientes:

- Pérdida de productos por fechas de vencimiento; los alimentos deben almacenarse adecuadamente para evitar que se echen a perder y sea necesario tirarlos.
- Los alimentos que se estandarizaron en el proceso de cocción perdieron su sabor único.
- Hay muchos más recipientes desechables que antes. Los alimentos se entregan en contenedores destinados únicamente al transporte y la conservación; no se muestran cuando se sirve a los clientes.
- Los alimentos de primera pierden su frescura original cuando se cocinan, conservan y almacenan. Es importante mencionar el impacto ambiental del aumento de los desechos de dióxido de carbono causado por el traslado de estos alimentos desde el lugar de preparación hasta el lugar de consumo.

La eliminación de los alimentos de quinta gama de las tareas de cocina supone una reestructuración del personal necesario para el desarrollo de las tareas y funciones que se requieren, que es uno de los inconvenientes de las cocinas de los centros hospitalarios, lo que supondrá una disminución de personal. Los alimentos de quinta gama tienen algunas ventajas y desventajas, por lo que la mayoría de los hospitales optan por un sistema de acción laboral tradicional para crear empleo público y ofrecer a los pacientes un sistema sanitario de calidad.

Aunque este método de conservación de alimentos tiene muchos beneficios, también es muy costoso en comparación con otros métodos y requiere un alto nivel de manipulación por parte del personal de cocina.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de un alimento seco que conserva una parte importante de sus propiedades organolépticas, como aroma, gusto o sabor, en su estado original. Aunque este método de conservación de alimentos tiene muchos beneficios, también es muy costoso en comparación con otros métodos y requiere un alto nivel de manipulación por parte del personal de cocina.

En un centro hospitalario, es responsabilidad directa de los gerentes, pero esta

es una responsabilidad de los pinches de cocina y de los cocineros, quienes necesitan estar capacitados y formados de forma correcta para conocer los nuevos desarrollos para mantener sus habilidades dentro de una cocina hospitalaria.

6 Bibliografía

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

Capítulo 513

EL PINCHE DE COCINA Y LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN COCINAS HOSPITALARIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

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.

Las recomendaciones de los médicos de familia e incluso de los hospitales tratan enfermedades que han aumentado en los últimos años: los malos hábitos alimentarios. El motivo de esta reacción no está claro, pero parece que el ritmo de vida actual y los cambios en nuestra alimentación son factores que pueden contribuir al desarrollo de esta enfermedad.

La enfermedad alimentaria es una buena medicina, pero también afecta a la comunidad y a la familia, porque hacen la vida del enfermo y del medio ambiente, porque la alimentación debe depender de las necesidades del enfermo. A veces se vuelven ansiosos y deprimidos porque tienen miedo de tener una reacción alérgica grave o porque se ven obligados a limitar la cantidad de alimentos que comen.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en:

- Definir y clasificar las reacciones adversas a los alimentos.
- Enumerar algunos de los alérgenos más comunes.

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

Una reacción adversa a un alimento es cualquier respuesta clínica anormal de un individuo relacionada con la ingestión o el contacto con un alimento o uno de sus componentes. Esta reacción puede ser provocada por diversos mecanismos, y puede manifestarse de diferentes formas, así como presentar diversos síntomas. Se pueden clasificar estas reacciones adversas en dos tipos:

- Alergia alimentaria o hipersensibilidad a los alimentos, que es una reacción adversa medida por un mecanismo inmunológico, cuyo mecanismo es el siguiente: cuando el alérgeno se introduce en el organismo por primera vez, se sensibiliza, y cuando entran en contacto por segunda vez, el organismo da una respuesta alérgica, liberando sustancias, como la histamina, que son las responsables de los síntomas de la alergia.
- La intolerancia alimentaria, que es la reacción adversa provocada por mecanismos no inmunológicos, sino tóxicos, metabólicos, psicológicos, etc. En función del tiempo transcurrido (2-24 horas) desde que se consumió el alimento antes de que aparecieran los síntomas, las reacciones adversas a los alimentos puede ser inmediato o retardado.

La mayoría de las reacciones alérgicas a los alimentos se deben a las proteínas de los alimentos. Por lo tanto, los alimentos ricos en proteínas contribuyen a los síntomas de la alergia, incluso si solo algunos de ellos contienen la mayor cantidad de proteínas para provocar una reacción alérgica.

Los alérgenos más habituales en los alimentos son los siguientes: proteínas de leche, proteínas de huevo, pescados y crustáceos, cacahuetes, arroz (aunque en menor medida) y sobre todo, la reacción adversa al trigo, que provoca la enfermedad celíaca, enfermedad relacionada con una respuesta inmune al gluten en este cereal sobre todo.

Los signos más comunes de una alergia o intolerancia alimentaria son principalmente problemas gastrointestinales y de la piel, pero la anafilaxia puede ocurrir en el contexto de una respuesta inmunitaria muy aguda. Las migrañas son otro síntoma común de la intolerancia alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de las alergias e intolerancias alimentarias aún no se conocen por completo. Existen factores de riesgo que pueden provocarlo, como factores ambientales, herencia genética, exposición a alérgenos o cambios en la permeabilidad intestinal.

Ciertos factores ambientales, como fumar o el estrés, pueden empeorar los síntomas de la alergia. Por esta razón, es muy importante la detección y el seguimiento oportuno de estas reacciones por parte del pinche de cocina, y las pruebas diagnósticas deben ser precisas y confiables para brindar a los pacientes la orientación que necesitan para evitar que esta condición les afecte la vida tan poco como sea posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 514

LAS ETAPAS DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA ZONA LIMPIA Y LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA DEL HOSPITAL

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

El lavado de la ropa es una tarea importante en la vida diaria de cualquier negocio con ropa profesional. Aunque puede parecer sencillo, hay una serie de pasos que deben seguirse para garantizar que la ropa quede limpia y fresca.

Antes de comenzar a lavar la ropa, es importante separarla según su tipo y color. Las prendas blancas deben lavarse por separado de las prendas de colores para evitar que los colores se transfieran y manchen las prendas blancas.

Para prevenir la reinfección de un paciente, se debe manipular la ropa limpia con sumo cuidado, además de usar guantes y llevar las manos limpias. Al finalizar

el procedimiento, asegurarse de que su ropa esté completamente seca, ya que el moho puede crecer en situaciones donde hay humedad.

La ropa se mantiene en bolsas de plástico transparentes hasta que se necesite nuevamente. La ropa no saludable se lava y se desecha porque no es apta para ser usada. Las áreas de almacenamiento se desinfectan y se limpian a fondo, y solo se usan para esto.

Para facilitar el conteo y evitar que otras personas caigan al suelo al recoger la ropa, la ropa se apila en rejillas con los tornillos hacia afuera. No se recomienda utilizar la secadora, esto se debe a que planchar la ropa requiere humedad, además si está completamente seca, rocíala ligeramente con agua antes de presionar con un rodillo o con las manos.

2 Objetivos

Comprender y conocer los distintos pasos por los que pasa la ropa después de ser lavada y limpiada en las instalaciones hospitalarias.

3 Metodología

Para la creación de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de investigaciones anteriores. Para encontrar artículos científicos con contenido pertinente al tema de investigación, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros utilizando referencias de artículos en las bases de datos primarias PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Puede especificar el período después de que la prenda ingrese al área limpia. Se parece a esto:

- Seco.
- Planchar.
- Relacionado. Ubicación de almacenamiento. Esta área específica define las tareas a realizar en esa área.
- Carga y clasificación en la lavadora: Después de ser lavada, es necesario dividir la ropa en lotes que se puedan estampar y planchar.
- Llenado de la secadora: Después del lavado, la ropa se seca. Su finalidad es drenar la humedad restante del tejido y mantener la sequedad de la ropa. El sistema de

secado sigue al sistema de lavado y pasa directamente de la etapa de lavado a la secadora. Procesos como extracción, secado y cocción son ejemplos de los que se encuentran en la sección de secadoras.

Para soportar varios sistemas de lavado y planchado, coloque la ropa limpia según su forma y tamaño.

- Un horario para planchar.
- Planchar manualmente o planchar ropa estampada.
- Examinar visualmente el artículo: busque manchas, grietas u otros defectos. - Doblar una toalla aireada.
- Doblar la ropa planchada. El proceso final de colocación de ropa se basa en estas tareas.

Puede distribuirse a varios servicios o guardarse en sus pantalones en el centro. La ropa se puede empaquetar y asegurar para el transporte en un recipiente o vehículo estéril.

Para eliminar las arrugas que se desarrollan en los tejidos durante el lavado y secado, el planchado es la aplicación de fuerza y calor. La humedad que aún pueda quedar en el tejido se puede eliminar calentándolo.

Para los diferentes tipos de prendas en el departamento de lavandería, las lavadoras industriales requieren varios sistemas manuales y/o mecánicos. El encargado está obligado a conocer todos los pasos y procedimientos que debe seguir la ropa luego de ser lavada y colocada en el proceso de lavado antes mencionado. Muchas prendas, no sólo la ropa, requieren planchado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que uno de los componentes más cruciales en la limpieza de material médico es la zona de lavandería de las instalaciones hospitalarias.

Concluimos destacando la importancia de manipular y tratar adecuadamente la ropa cuando entra en el ciclo de limpieza. Dado que conectará directamente con el paciente y los distintos servicios que ofrece el centro hospitalario, el área debe estar limpia.

El personal de lavandería del hospital es un componente crucial de su funcionamiento. Además de lo mencionado anteriormente, es importante enfatizar la necesidad de una capacitación continua para mantenerse actualizado y ser capaz de realizar el trabajo de manera efectiva y eficiente.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/a <https://tutemario.es>.
2. Orion.

Capítulo 515

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSEFA ANDRÉS PARRA

AITOR LISA ALMANSA

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Los pacientes que ingresan al pabellón psiquiátrico suelen encontrarse en estados emocionales y psicológicos delicados. Los miembros del personal que se especializan en salud mental pueden evaluar su situación y realizar intervenciones inmediatas para estabilizar su salud tanto mental como emocional.

La sala de psiquiatría ofrece una variedad de opciones de esta manera tratamientos que no involucran medicación, incluyendo terapia cognitiva conductual, terapia ocupacional y otras modalidades terapéuticas. Para que los pacientes comprendan y controlen sus trastornos mentales, estas terapias son cruciales.

Las familias y los celadores de los pacientes también cuentan con el apoyo de la sala de psiquiatría. Proporcionan información sobre enfermedades mentales,

métodos para ayudar a los seres queridos y herramientas para el autocuidado ciertas plantas.

Los pacientes con trastornos por uso de sustancias pueden recibir tratamiento en psiquiatría, lo que les permite obtener ayuda para ambos problemas médicos mental en términos de adicción.

El departamento de psiquiatría de un hospital es esencial para la atención médica general y el bienestar mental del paciente. Para el diagnóstico y tratamiento, la sala de psiquiatría ofrece un entorno especializado y ayudar a quienes padecen enfermedades mentales como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y otras afecciones. Estas enfermedades pueden ser graves e incapacitantes y requieren atención especializada por parte del personal médico.

2 Objetivos

- Describir las responsabilidades pertinentes y funciones principales de un celador en la sala de psiquiatría de un hospital.

3 Metodología

Para la preparación de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica previa. Se realizaron búsquedas sistemáticas en profundidad de libros y se revisaron las bases de datos principales (PubMed) en busca de artículos relevantes, eligiendo artículos científicos de revistas científicas revisadas por pares, Medline y Google Académico.

4 Resultados

La función de un celador en una sala psiquiátrica de un hospital es crucial para el funcionamiento seguro y eficaz del área, así como para el bienestar de los pacientes. Un director puede asumir una serie de funciones importantes.

Dado que el celador está a cargo de garantizar un ambiente seguro en la sala psiquiátrica, podrían ser vigilancia y seguridad. Esto abarca tanto la intervención como la prevención de situaciones de riesgo inmediata en caso de incidentes o disputas entre pacientes (2).

Además, los celadores pueden acompañar a los pacientes en sus paseos por el pasillo, en sus viajes al comedor o al baño. Esto es crucial para los pacientes que

necesitan atención especializada o que están en peligro conducta autolesiva. También ayudan a trasladar a los pacientes por el hospital, ya sea para procedimientos, tratamientos o cambios de habitación. El celador también puede intervenir en casos de pacientes violentos o agitados. Trabajar en conjunto para controlar y controlar la situación con el personal de enfermería y seguridad, respetando siempre los procedimientos de contención adecuados.

Los celadores mantienen limpias y ordenadas las habitaciones de los pacientes y las áreas públicas. La seguridad y el bienestar de los pacientes pueden depender de esto. Además, apoyan la distribución de alimentos, asegurarse de que los pacientes reciban sus comidas y suministros necesarios a tiempo mediante la gestión de suministros en el piso de psiquiatría. A veces, los celadores pueden ofrecer apoyo emocional a los pacientes escuchando sus preocupaciones o simplemente estando allí para charlar y ser un compañero.

Además, se mantienen en contacto constante con los profesionales médicos, incluyendo enfermeras y médicos, para informar cualquier alteración en las condiciones de los pacientes o circunstancias pertinentes que demanden atención inmediata.

Bajo la supervisión del personal de salud mental, ocasionalmente podrán participar en actividades terapéuticas o recreativas con los pacientes. Para ayudar en la evaluación y el tratamiento de los pacientes, es fundamental que los celadores documenten cualquier observación pertinente sobre el comportamiento del paciente o sucesos inusuales en el campo psiquiátrico.

Para proporcionar un entorno terapéutico y seguro a los pacientes psiquiátricos, es fundamental que los celadores de las salas psiquiátricas estén bien capacitados en la atención de pacientes con trastornos mentales.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que las funciones del celador en la sala psiquiátrica de un hospital son esenciales para garantizar que los pacientes que necesitan atención de salud mental sean tratados en un entorno seguro, productivo y terapéutico.

El celador es crucial para la supervisión, el apoyo logístico y emocional, la seguridad y el trabajo en equipo con los profesionales de la salud mental. Sus esfuerzos ayudan en la prevención de crisis, el bienestar de los pacientes y el funcionamiento eficiente del pabellón psiquiátrico.

Los celadores deben recibir capacitación y atención especializada para poder llevar a cabo estas tareas con habilidad y compasión, ayudando en la recuperación

y rehabilitación de personas con enfermedades mentales.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celadoren.html>.

Capítulo 516

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

JOSEFA ANDRÉS PARRA

JUAN GIJÓN MERCHAN

AITOR LISA ALMANSA

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

1 Introducción

El celador de lavandería será el encargado de gestionar los distintos departamentos que componen el servicio de lencería y lavandería así como de organizar, asignar y supervisar el trabajo realizado por los encargados y auxiliares.

Las salas de lavandería, ropa interior, costura y planchado serán accesibles al personal de seguridad. Los guardias deben estar capacitados para desempeñar sus funciones una vez que llegan a una nueva ubicación desempeñar las funciones que le encomienden sus superiores.

Un componente crucial del hospital es el servicio de lavandería y ropa blanca. Los distintos uniformes del personal del hospital deben ser clasificados, lavados y distribuidos por él. Además, los celadores pueden lavar y planchar toda la ropa del hospital. Incluimos el pijama de los pacientes así como cualquier otro textil que pueda llevar consigo, así como toallas, sábanas y material médico.

La ropa médica se carga, descarga, almacena y clasifica en la lavandería del hospital bajo la supervisión del encargado de la lavandería. También ayuda a cargar y descargar ropa de los vehículos.

El almacén de ropa del hospital debe ser lo suficientemente grande para satisfacer todas sus necesidades y estar abierto las 24 horas, los 7 días de la semana para el personal.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de los servicios de lavandería y lencería del hospital, indicando las funciones del celador en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se buscó información en libros y artículos de revistas relacionados con la ciencia enumerados en las tres principales bases de datos: Scielo, PubMed y Google Academic. La búsqueda que se ha realizado ha sido de carácter científico.

4 Resultados

El celador es el encargado de recibir los carros de ropa limpia que llegan desde la lavandería del hospital u otras lavanderías externas al inicio de cada jornada en el servicio de lencería. El celador retira el contenido de los carros, que normalmente incluye ropa de cama, uniformes de empleados, edredones, almohadas, etc. En estanterías habilitadas específicamente para tal fin se dispondrá todo este material.

Los uniformes del quirófano suelen ser verdes, mientras que el resto del personal suele vestir de blanco. Cada hospital tiene su propio conjunto de uniformes únicos para el personal que trabaja en mantenimiento, cocina y otros servicios especiales. Dado que los empleados permanentes suelen recibir sus propios uniformes grabados con sus nombres y apellidos (aunque cada vez menos hospitales lo hacen), suele existir una distinción entre empleados permanentes y temporales. Independientemente de su contrato laboral, todo profesional que trabaja en un hospital está obligado a tener a su disposición.

Para que pueda realizar su trabajo, se proporcionan dos uniformes.

Los celadores del servicio de lencería establecerán horarios para que se pueda proporcionar uniformes a todos los miembros del personal durante los distintos turnos. Los celadores también serán los encargados de distribuir los carritos de ropa limpia necesarios para cada servicio.

En el servicio de lavandería y lencería, las principales responsabilidades del celador son:

- Conducir carritos llenos de ropa sucia y limpia.
- Vaciar la lavadora.
- Cargar y descargar ropa de los vehículos y transportarla a la lavandería.
- Inspeccionar el detergente y la lavadora.
- Observar las áreas sucias.
- Asegurarse de que la ropa de cama, las cortinas y la ropa del hospital reciban el debido cuidado.
- Avisar a su gerente si descubre algún daño mientras limpia o recoge la ropa.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los componentes más importantes de un hospital es el servicio de lavandería y lencería. Debe contar con un almacén para abastecer todos los servicios y ser accesible tanto para los pacientes como para el personal que allí trabaja.

Una lavandería privada puede ser el propietario o administrador de la lavandería del hospital. En función de los costes, cada hospital valorará cuál le conviene más. En cualquier caso, es fundamental evitar retrasos en la entrega de ropa limpia y garantizar que todos los servicios estén organizados y coordinados para garantizar el buen funcionamiento del hospital y, en la mayor medida posible, la comodidad de sus pacientes y personal.

Los celadores deben recibir la formación adecuada y tener un fuerte deseo de trabajar en equipo para estar preparados para las funciones que desempeñarán.

6 Bibliografía

- 1.- Redondo Crespo, A. & cols. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu.com. 2021.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 517

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL GIMNASIO DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

JUAN GIJÓN MERCHAN

AITOR LISA ALMANSA

1 Introducción

El área de rehabilitación cuenta con un servicio denominado gimnasio. En la actualidad se encuentra dentro del mismo centro, cerca de las consultas del especialista en rehabilitación. El siguiente proceso es el que sigue el servicio de atención médica que ofrece el gimnasio dentro del área de rehabilitación.

Cuando los pacientes traumatizados presentan heridas, roturas, caídas, etc., así como algunas otras especialidades, requieren de una recuperación continua para recuperar su condición física previa a la cirugía remitido al servicio de Rehabilitación, el mismo.

El médico rehabilitador, en función de sus estándares médicos y de la progresión de la lesión, rotura, caída, etc., con el fin de facilitar la rápida recuperación del paciente, puede programarle un número concreto de sesiones de gimnasio. Se

guía durante estas sesiones por una lista de ejercicios que hayas recomendado previamente.

Los fisioterapeutas, junto con los TCAE y celadores, conforman el equipo profesional que trabaja en el gimnasio y son los encargados de realizar los ejercicios que se prescriben.

En el gimnasio se pueden encontrar camillas, barras para caminar, balones medicinales, escaleras de maniquí y una variedad de otros juegos y herramientas.

El desarrollo del capítulo demostrará cuán importante es el papel del celador dentro del servicio.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento del gimnasio del servicio de Rehabilitación y conocer las funciones que realiza el celador de seguridad en el centro de rehabilitación.

3 Metodología

Para completar este trabajo de revisión bibliográfica se han considerado numerosas búsquedas de información en diversas fuentes científico-técnicas así como la lectura de numerosos apartados y capítulos de libros científicos. También se han utilizado motores de búsqueda como Pubmed, Medline, Google academic y Dialnet para consultar una variedad de fuentes bibliográficas y web.

4 Resultados

La colaboración con fisioterapeutas, TCAE y técnicos de ambulancias se encuentra entre las tareas que realiza el celador en el gimnasio de rehabilitación.

El celador ayuda a los fisioterapeutas a colocar a los pacientes en las camillas del gimnasio y a moverlos respetando siempre sus instrucciones. Es posible que en ocasiones el guardia necesite colocar o sostener algo.

Para trabajar de forma más ergonómica y prevenir las lesiones, el fisioterapeuta debe posicionar al paciente de una forma específica.

Otras veces, el personal de enfermería ayudará al personal médico a posicionar y monitorear a los pacientes en las barras de deambulación, ofreciendo su asistencia al paciente que todavía tiene problemas para realizar movimientos para caminar ya sea en las escaleras modelo o en las barras.

El celador del gimnasio nunca dejará de brindar estos servicios, a menos que así se lo indique el propio personal médico.

Cuando los pacientes llegan al gimnasio en ambulancia, él trabaja con el técnico para bajar y colocar al paciente en la zona de espera hasta que llegue su turno para ingresar. También lo hace cuando el paciente ha terminado la sesión ejercicios.

Para colaborar con el técnico en cuidado auxiliar de enfermería en la colocación o retirada de las sábanas de las camillas, Al colocar los usados en las bolsas, el celador del gimnasio deberá seguir siempre las indicaciones del personal médico de ropa sucia, para ser trasladada posteriormente al servicio de lavandería.

De igual manera, una vez finalizadas las sesiones de ejercicios del turno, trabajará con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para poder recoger todo el equipo que se utilizó y almacenarlo en su ubicación adecuada hasta su uso en sesiones posteriores.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del capítulo se ha enfatizado la importancia del trabajo que desempeña el celador de gimnasio dentro del grupo de profesionales que componen su equipo. Es un componente adicional del complejo proceso de atención y recuperación de los pacientes que hacen ejercicio, redoblando sus esfuerzos para promover una recuperación más rápida.

Debido a la movilidad limitada de los pacientes y su miedo a posibles caídas por el mismo motivo, el celador del gimnasio debe ser un profesional capacitado, con mucha paciencia y empatía. Además, necesita ser anatómicamente fuerte porque, como ya se mencionó, la inestabilidad de los pacientes requiere el uso de más fuerza física de lo habitual cuando se requiere sujeción, posicionamiento y movilización.

6 Bibliografía

1. Funciones de los celadores.
2. www.scielo.com

Capítulo 518

AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS

CÉSAR PÉREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se entiende por trabajo a turnos el realizado por el personal de forma continua durante las 24 horas del día. Este trabajo se caracteriza por la rotación del personal de la unidad en la que se trabaja, de forma que el puesto de trabajo nunca va a quedar vacío, por lo que estamos ante un entorno laboral en el que predomina el trabajo en equipo y el compañerismo.

El trabajo a turnos tiene claras ventajas, pero tiene una serie de consecuencias que pueden afectar a la salud del trabajador, generalmente más a largo que a corto plazo. Es por ello por lo que no todo el mundo quiere realizar este tipo de trabajos, en los que generalmente se incluye un turno nocturno, y muy habituales en centros de salud de atención continuada, servicios de urgencias de hospitales o el Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU).

La finalidad principal del trabajo a turnos es la de garantizar que un determinado servicio se está prestando de forma continua, durante las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y festivos, y en el caso de los auxiliares administrativos, se ocuparán generalmente de que se están gestionando continuamente las llamadas y atenciones personalizadas de los pacientes que necesitan asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal

-Establecer las ventajas y desventajas que tiene trabajar a turnos.

Objetivo secundario

-Mencionar los principales servicios en los que un auxiliar administrativo mantiene este tipo de jornada laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

En sanidad es habitual que los auxiliares administrativos realicen las conocidas guardias de atención a pacientes. Generalmente, se tratan de servicios de urgencias que no pueden quedar desatendidos y en los que los auxiliares administrativos realizaran las tareas habituales de gestión de pacientes y llamadas.

Principalmente, este tipo de turnicidad (y para el caso de auxiliares administrativos) se viene llevando a cabo en servicios de urgencias tales como:

- Puntos de Atención Continuada: El horario de 8 a 15 es el habitual de los centros de salud de atención primaria, pero a partir de las 15 h y hasta las 8h del día siguiente se rotará para mantener la atención urgente.
- SAMU: Servicio de Atención Médica Urgente, durante las 24h se atienden llamadas de urgencia que son gestionadas por los auxiliares administrativos-operadores.
- Servicios de Urgencias hospitalarias: gestionan la llegada de pacientes que precisan asistencia urgente.

En cuanto a las ventajas del trabajo a turnos están:

- Conciliación familiar: lo cual puede ser considerado como ventaja para unos y desventaja para otros.
- Trabajo en equipo: al ser un trabajo rotativo es prácticamente una tarea habitual el comentar con el compañero entrante las gestiones pendientes. Al mismo

tiempo, al trabajar a turnos no siempre se trabaja con los mismos compañeros, por lo que es más ameno realizar el trabajo que si siempre se hiciera con las mismas personas.

- Ventajas económicas: al realizar el trabajo fines de semana, festivos y noches el salario del trabajador se ve incrementado, lo cual en ocasiones es un factor a tener en cuenta a la hora de elegir el trabajo.

- Descansos adecuados: a la hora de realizar los calendarios de turnos, los coordinadores establecerán los descansos adecuados para la salud del trabajador.

Como desventajas podemos mencionar:

- Alteraciones del sueño: es una de las principales desventajas, hay quien le afecta en mayor o menor medida el trabajo nocturno y luego al día siguiente le cuesta recuperar ese sueño perdido. En ocasiones el día saliente de la noche se considera perdido, ya que el trabajador está más cansado. Los servicios preventivos suelen mencionar que es mejor descansar un par de horas del día saliente para ir recuperando poco a poco y no perder el día entero.

- Conciliación familiar/social: se considera desventaja por el hecho de que muchos descansos coinciden cuando el resto trabaja o están los niños en el colegio, por lo que no se puede disfrutar de la vida familiar o social.

- Cambios en hábitos: tales como las comidas que ven alterados los horarios constantemente, si se trabaja de mañanas posiblemente se coma a las 15:30 o 16:00, mientras que si estás en el turno de la tarde deberás comer antes de las 15:00. Al igual pasa con las cenas y desayunos. Cada día se realizan las comidas en horario diferente, por lo que el metabolismo se puede ver afectado.

- Estrés y agitación: derivado del cambio de turno, de los descansos y de estar en constante vigilancia del calendario para realizar planes sociales o familiares.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo que realiza el trabajo a turnos está realizando una labor de continuidad de un servicio, generalmente muy necesario para la sociedad, y en el ámbito sanitario, especialmente destinado a las urgencias de los pacientes. Trabajar a turnos no es fácil, pero actualmente se permiten mayores descansos para quienes realizan trabajo a turnos y sobre todo si realizan turno de noche (el que se realiza de 22h hasta las 6h del día siguiente).

Es importante saber aprovechar los descansos y saber gestionar el tiempo restante de la parte del día que no se trabaja. Mantener unas rutinas medianamente habituales, dependiendo de los turnos, ayuda a garantizar el descanso del

trabajador y evitar la aparición de estrés.

6 Bibliografía

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

Capítulo 519

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

1 Introducción

El Reglamento Técnico Sanitario para la producción, curado y comercialización de detergentes y limpiadores es el Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, clasifica los productos regulados por este reglamento según la finalidad para la que están diseñados los productos para el mantenimiento y limpieza de electrodomésticos, ropa, jabones de lavandería, industria alimentaria, aplicaciones industriales y otros usos profesionales.

Los detergentes, suavizantes, productos de prelavado y aditivos serán el tema de este capítulo.

A lo largo del capítulo veremos que los detergentes, suavizantes, desinfectantes y otros productos deben cumplir una serie de principios activos o componentes adecuados al tipo de lavado que queremos realizar.

Existen numerosas marcas de consumo disponibles en la actualidad.

El costo del producto en sí y su reputación entre las fibras son factores económicos importantes a considerar al seleccionar un producto de calidad.

Teniendo en cuenta que la vida media de un tejido puede variar dependiendo de los productos que utilicemos en él.

El primer paso es utilizar un producto que nos permita realizar una prueba de lavado. Esta prueba implica lavar una tela hasta tres veces usando un programa básico para determinar el resultado. Luego, podremos utilizar este producto durante más tiempo, a temperaturas más altas y en un programa más extenso.

2 Objetivos

1. Describir los distintos productos químicos de lavado disponibles y cómo se elaboran.
2. Identificar el artículo que mejor se adaptará a las necesidades del servicio de lavandería.

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 utilizaron las principales bases de datos, PubMed, Medline y Scielo, para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de la literatura. Para seleccionar los artículos científicos solo se utilizaron publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

1. Lavado:

Incluiremos en esta categoría productos cuyo uso principal sea el lavado, tanto los elaborados para lavar platos como los elaborados para lavar ropa, superficies, etc.

Vienen en una variedad de formas, que incluyen sólidos, polvo, líquidos, escamas, pastas y aerosoles.

Los blanqueadores, que hacen que las grasas se disuelvan, también son un ingrediente de los detergentes.

Los detergentes de prelavado son particularmente eficaces humedeciendo, saponificando y secuestrando sustancias para acelerar el lavado, según el tiempo de uso. Hay muchas marcas disponibles, pero como la mayoría de las máquinas combinan el prelavado con otros programas de lavado, estos detergentes rara vez se utilizan y son específicos.

Los detergentes para ropa combinan varios tensioactivos para regular la cantidad de espuma producida y también incluyen enzimas para ayudar a eliminar las manchas de grasa.

- Componentes: Los tensioactivos, que se absorben perfectamente cuando se disuelven en el líquido, son el componente principal del detergente. Disponemos de tres tipos diferentes: iónicos (que producen mucha espuma), no iónicos (que se utilizan para controlar la espuma producida por los agentes iónicos) y anfotérico. Al igual que con otros ingredientes, constructores, aditivos, rellenos o ayudas de presentación, los detergentes también pueden contener otros componentes.

- Oxígeno activo: No daña los tejidos y se usa con frecuencia como un producto de reducción, blanqueamiento o desinfectante. Este producto está creciendo en popularidad y uso.

- Ácido acético: este producto protege el color de la decoloración.

2. Referencia a los suavizantes:

Los fabricantes dan la suavidad de la fibra al agregar aditivos grasos. Por lo general, tienen un aroma agradable, que los tejedores disfrutan. Además, protegen las fibras del daño durante la plancha.

3. Desinfectantes:

El detergente en sí puede tener desinfectantes agregados, o pueden agregarse uno a la vez durante un procedimiento de lavado particular. Debemos tener en cuenta que debemos usar la dosis adecuada, evitar dejar residuos en las telas, debe tener efectos bactericidas y esporicidas, y debe funcionar a las temperaturas de lavado que seleccionaremos.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general, se ofrece una amplia variedad de productos en varios mercados, lo que permite seleccionar el que mejor cumple con nuestros requisitos para su utilización en el servicio de lavandería.

Para lograr esto, es necesario comprender cómo funciona cada producto, incluidos detergentes, suavizantes de telas, desinfectantes, etc.

Al tener una comprensión básica de los productos para usar, podemos aumentar la vida útil de nuestra ropa y hacer ahorros en el proceso.

Entre otras cosas, es crucial considerar los tipos de lavados y programas que utilizamos y asegurarse de que estos productos funcionen correctamente a las temperaturas y tiempos que usaremos para lavar.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Temario CEP 2022, personal de lavandería y plancha.

Capítulo 520

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS TIPOS DE MÁQUINAS DE LAVANDERÍA

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

1 Introducción

Las instalaciones sanitarias deben mantener un alto nivel de higiene, por lo que es necesario un equipo de lavandería hospitalaria de alta productividad.

Casi nunca la ropa sucia entra al hospital, normalmente permanece cerca. Su instalación seguirá tres principios rectores:

- Establecer un tabique higiénico entre la ropa limpia y sucia.
- Las zonas de trabajo separadas deberán estar claramente separadas en diferentes puntos del local.
- Avanzar siempre en la misma dirección, por ejemplo, lavar, secar y planchar en el mismo orden. El estrés y la tensión en el trabajo, que también pueden repercutir en el lugar de trabajo, se denominan síndrome de burnout.

Estos son sus objetivos principales.

- Ofrecer a los usuarios variedad de ropa limpia.
- Cuidar mucho a las personas que manipulan el textil.
- Hacer que la indumentaria hospitalaria sea más duradera.
- Reducir la infección y la contaminación microbiana.

Hay servicio de lavandería, limpieza en seco y planchado. Su objetivo es transformar la ropa sucia y sucia en ropa limpia y desinfectada, protegiendo la salud del trabajador en todo momento y al mismo tiempo ayudando con el cuidado y la comodidad del paciente.

Podemos encontrar en las instalaciones una gran variedad de máquinas, entre las que se incluyen lavadoras, básculas, secadoras, túneles de lavado, centrifugas, secadoras, perchas y tendederos, planchas manuales, planchas de vapor, prensas y calandras contenedores, carros, jaulas, apiladores, cintas transportadoras y máquinas envasadoras.

2 Objetivos

Conocer la maquinaria que se utiliza para lavar, secar, ordenar y posicionar, así como su funcionamiento en el servicio de lavandería 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En la lavandería del hospital hay varias máquinas que se pueden dividir en tres categorías.

Recibir, clasificar, prelavar y lavar ropa se consideran tareas sucias. Estas máquinas están presentes en esta industria:

- Báscula: se utiliza para pesar la ropa para no exceder los kilos y llevar un control de las prendas que entran y salen.

- Lavadoras: utilizan un sistema discontinuo para lavar en profundidad la ropa y se sitúan entre la ropa limpia y la sucia.
 - El túnel de lavado: las máquinas de gran capacidad tienen mayor capacidad que las lavadoras y permiten el uso simultáneo de múltiples fases de lavado.
 - Centrífugas: tras ser sometidos a giros extremadamente rápidos, eliminan el agua que quedó retenida en la prenda.
- Organización de ropa limpia, embalaje, almacenamiento y secado y planchado de ropa. Estos tipos de equipos se encuentran en esta industria.
- Difusores. Al utilizar aire caliente para secar la ropa, esta tiene el tamaño de una lavadora, el secado finaliza y las arrugas suelen desaparecer.
 - Una plancha manual. Ellos son pequeños, Herramientas manipulables con una sola mano que se utilizan para inspeccionar prendas pequeñas.
 - Planchar con vapor. Tiene una caldera que produce vapor de agua.
 - Prensa. Componente básico de lavanderías. Se utilizan para planchar ropa, principalmente pantalones con una franja central designada.
 - Calandra. Para planchar tejidos lisos como sábanas, toallas, etc.
 - Carpetas. Doblan meticulosamente la ropa, teniendo cuidado de no arrugarla.
 - Dispositivos de embalaje. Para su distribución, la ropa doblada se carga en carros. Para que no se contamine, esta máquina envasa la ropa en bolsas de plástico.
 - Apiladores. Para facilitar el manejo y la carga en los carros, la ropa se apila.
 - Carros. Son objetos móviles con ruedas que se utilizan para transportar ropa, existiendo tres tipos diferentes de carros: abiertos, cerrados y con fondo desmontable.
 - Jaulas. Para guardar o distribuir la ropa limpia se utilizan estructuras metálicas abiertas con ruedas.
 - Tolva. Son tuberías que introducen la ropa a diversas máquinas.
 - Perchas de ropa. Se utilizan para manipular ropa limpia, colgar ropa y prevenir arrugas.
- La costura y las reparaciones incluyen modificaciones de ropa, sastrería y etiquetado nuevo. Estas máquinas se encuentran aquí:
- Dispositivos de costura. Se utilizan para coser ropa, tienen capacidad para zurcir y bordar y funcionan a alta velocidad.
 - Equipos de etiquetado para textiles. El etiquetado se imprime con ellos. Luego se coloca sobre la ropa mediante una prensa.

5 Discusión-Conclusión

Para poder quitar toda la suciedad e higienizar la ropa de los pacientes y de los trabajadores, es necesario que se encuentre cerca una lavandería hospitalaria, esta tiene que estar capacitada para trabajar con muchas toneladas de ropa, ya que en los hospitales y en los centros de salud gastan cantidades grandes de ropa diariamente. Las lavanderías deben contar con todo tipo de máquinas para hacer el proceso de lavado (lavadoras), para el de secado (las secadoras), para el de planchado (calandras o planchas) y elementos que dificultan el manejo de la ropa, como son las cintas, jaulas, carros, etc.

El personal de lavandería es fundamental para conseguir que todo el trabajo se lleve a cabo en buenas condiciones.

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.
5. www.danube-internacional.com.

Capítulo 521

LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

YOLANDA CAMPOS ALVAREZ

1 Introducción

Todas las Administraciones Públicas tienen actualmente, como uno de sus objetivos, ofrecer unos servicios públicos de calidad.

Dada la complejidad de la sociedad actual, se hace necesario la actuación conjunta entre los ciudadanos, los gestores sanitarios y los profesionales que debidamente cualificados prestan la atención sanitaria a los pacientes, para conseguir mejoras y avances de forma interrelacionada y poder alcanzar ese objetivo de calidad buscado en el sector correspondiente a la Sanidad.

El Ministerio de Sanidad será el encargado de recoger iniciativas, sugerencias y de establecer los derechos y garantías que se le reconocen a los ciudadanos. Buscando transformar la sanidad pública para conseguir que sea más efectiva y cercana al ciudadano, se elaboran Planes de Calidad, que den respuesta a las nuevas necesidades que le surgen al Sistema Nacional de Salud y garantizando que la atención sanitaria sea igual en cualquier parte del territorio español, y que las administraciones sanitarias del país funcionen de forma coordinada, cooperando entre todas ellas, siendo la asistencia sanitaria de la máxima calidad posible.

El instrumento en el cual se regula todo lo referente a la calidad del sistema sanitario es el Plan de Calidad. Recoge diversos apartados de actuación, dentro de los cuales tiene mucha importancia el papel de la prevención, contar con el suficiente número de recursos humanos, profesionales, cualificados y debidamente

preparados, la utilización de los últimos avances tecnológicos tanto para la investigación como para la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las líneas de actuación comunes que establece el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, por las que se apuesta para extender al conjunto del Sistema Nacional de Salud, los beneficios que reportan dentro de cada ámbito territorial la cohesión del sistema.
- Identificar los elementos humanos y tecnológicos necesarios para que funcionen los distintos servicios sanitarios del país de forma coordinada y se interrelacionen entre ellos de forma adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 el estudio de los procesos y las actividades desarrolladas en esa búsqueda de la Calidad del Sistema Sanitario, se observa que se han puesto en marcha una serie de estrategias y de sistemas que hacen más efectiva la relación entre los ciudadanos y los profesionales.

Mediante la creación y utilización de la Tarjeta Sanitaria, que actualmente se está trabajando para que la misma, sea única para todo el mapa sanitario del país, se consigue una identificación sin posibles errores en cualquier servicio sanitario. Con sistemas informáticos interconectados que permiten intercambiar información entre los diferentes centros de salud y hospitales del Sistema Nacional de Salud, llegando en la actualidad a la posibilidad de compartir y consultar la información de los pacientes, incluso a través de las fronteras, cruzando los límites del país, cuando un ciudadano precisa asistencia sanitaria fuera de nuestras fronteras, lo cual hace posible que la prestación sanitaria sea lo más acertada y completa posible, tanto en la asistencia como en el tratamiento necesario.

La llamada receta electrónica es otro de los medios creados que permiten al ciudadano disponer de su medicación habitual, directamente en las farmacias, sin necesidad de acudir cada pocos días al centro de salud.

Existirá un sistema interconectado de datos de pacientes entre las comunidades autónomas y el Sistema Nacional de Salud, teniendo un código de identificación personal cada ciudadano que es válido en todo el país, siempre teniendo en cuenta que los datos de salud, son datos especialmente protegidos por lo cual el acceso y la comunicación de datos deberá para lo estrictamente necesario en el tratamiento dispensado. Pudiendo recibir los ciudadanos asistencia sanitaria y tratamiento en cualquier comunidad autónoma en la que se encuentren cuando se desplazan fuera de su territorio.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos pueden desplazarse de una comunidad autónoma a otra y solicitar asistencia sanitaria u obtener la dispensación de un medicamento o producto sanitario en otra comunidad. Pudiendo los profesionales sanitarios, para prestar un servicio adecuado, consultar la información clínica con independencia del lugar donde haya sido producida.

El Sistema Nacional de Salud busca principalmente promocionar la salud y a prevenir enfermedades, por la cual los servicios de salud tienen mecanismos para ocuparse de la promoción de la salud, de prevenir enfermedades, prestar asistencia sanitaria, funciones rehabilitadoras, y llegado a ese caso aplicar los cuidados paliativos oportunos.

5 Discusión-Conclusión

- Gracias al análisis de los procesos y los resultados, y también mediante el Servicio de Atención al Paciente que existe en los Centros Sanitarios, estudiando las sugerencias y reclamaciones y con los resultados de las evaluaciones externas, será la forma en la que puedan establecerse conclusiones para hacer posible la mejora de los servicios sanitarios.
- Siempre será la mejora de la calidad del sistema sanitario lo que debe presidir todas las actuaciones desarrolladas en los centros y servicios sanitarios, tanto por el personal sanitario, como por el personal no sanitario de las instituciones sanitarias públicas y también de las privadas.

6 Bibliografía

1.<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludPrevencion/home.htm>.

- 2.<https://funcionpublica.hacienda.gob.es/gobernanza-publica/calidad.html>.
- 3.<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/com>.

Capítulo 522

POLÍTICAS DE IGUALDAD EN SANIDAD

YOLANDA CAMPOS ALVAREZ

1 Introducción

Para hablar de políticas de igualdad partimos de la propia constitución española, que señala que todos somos iguales y enumera una serie de circunstancias, por las que no podemos sufrir discriminación. Encarga a los poderes públicos, que se ocupen de establecer las condiciones para que esa igualdad sea real.

Para la Unión Europea la igualdad será un principio fundamental de actuación, siendo su objetivo, eliminar todo tipo de desigualdades que pudieran existir entre hombres y mujeres y que la igualdad entre ellos, figure en todo tipo de actuaciones y en las políticas que desarrollen la propia Unión y sus miembros.

Y a nivel nacional, se desarrolla la ley de Igualdad de Mujeres y Hombres, mediante la cual todas las administraciones públicas, se han visto obligadas a seguir las pautas que establece dicha ley cuando desarrollan sus funciones.

Periódicamente, el Gobierno de la Nación deberá establecer un Plan estratégico de Igualdad de Oportunidades. Dentro de este plan se recogen las medidas necesarias para poder hacer realidad ese objetivo de igualdad entre hombres y mujeres, consiguiendo definitivamente, llegar al momento en que desaparezca la discriminación por razón de sexo.

Actualmente se continua situando a la mujer en una posición de subordinación y desventaja tanto a nivel laboral, encargándose de tareas de cuidado o de dependencia.

Dentro del Sistema Sanitario se hace necesario realizar un enfoque de género, ya que se puede haber diferencias por sexo tanto en el estado de salud como en la

atención que se presta en los servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Dar a conocer de forma general cuáles son las actuaciones que se llevan a cabo por las administraciones públicas en materia de políticas de igualdad, teniendo en cuenta que las de la Administración Sanitaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio exhaustivo de revisión de la legislación consolidada y actualizada en materia de políticas de igualdad entre hombres y mujeres.

4 Resultados

Los servicios de Salud, de las distintas administraciones públicas, desarrollarán entre otras, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

- * Al concertar cursos de formación para el personal sanitario y no sanitario, comprobar que recoja el principio de igualdad.
- * Establecer una serie de actuaciones que faciliten la promoción específica de la salud de las mujeres.
- * Para hacer efectiva la conciliación personal, familiar y laboral y la protección a la maternidad establecerán los permisos y los beneficios que sean necesarios
- * Deberán incluir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo cuando traten el tema de la salud.
- * Regularán que exista una presencia equilibrada de mujeres y hombres en aquellos puestos de trabajo de los servicios sanitarios, que impliquen mayores responsabilidades y en puestos de dirección.
- Elaborar un informe separando por sexos donde indique el número de hombres y mujeres que se han presentado a sus ofertas de empleo público, una vez que han finalizado.
- Los resultados de las pruebas de las oposiciones también tendrán ese informe por separado.
- Las medidas que adopten para mejorar la salud laboral de su personal sanitario y no sanitario, evitarán situaciones de acoso sexual y de acoso por razón de sexo, que pudieran aparecer.

Se tratará de buscar la colaboración y la participación de todos los agentes implicados, cuando se trabaja en la elaboración de pautas de actuación comunes, para disminuir aquellas desigualdades que existan en materia de salud por razón de género.

Las pautas de actuación se desarrollarán en diferentes apartados, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

Situaciones de violencia contra las mujeres, formación sanitaria, proyectos de investigación, elaboración de políticas de género, salud sexual y también en salud reproductiva.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se haya avanzado mucho en el tema de igualdad efectiva entre hombre y mujeres, todavía quedan muchos puntos por mejorar.

El reconocimiento de la igualdad ante la ley de hombres y mujeres, aún habiendo sido un paso muy importante, se ha de reconocer que ha resultado insuficiente, por ello resulta necesario que se desarrolle una acción normativa dirigida a combatir todas las discriminaciones directas o indirectas, que tengan lugar por razón de sexo, y a promover que exista una igualdad real entre mujeres y hombres.

Mejorar la protección de la maternidad y la conciliación de la vida personal, familiar y laboral deben seguir avanzando en el futuro.

6 Bibliografía

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/home.htm>

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>

<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=14&tipo=2>

Capítulo 523

MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

1 Introducción

En los servicios de lavandería hospitalaria el mantenimiento de la higiene y unas condiciones óptimas de limpieza ha derivado en una mayor diversidad y especialización de los recursos en el servicio de lavado y planchado.

El servicio de lavado y planchado está dotado de los siguientes medios y recursos; los productos de limpieza, lavadoras, planchas y centros de planchado, túneles de secado, calandras, secadoras, centrifugadoras, plegadoras y apiladoras.

El personal debe estar perfectamente cualificado para utilizar la maquinaria de servicio de lavandería y planchado, ya que son máquinas muy grandes programables y requieren una formación previa para utilizarlas.

Además, los sistemas de planchado deben seguir los protocolos establecidos a la hora de utilizar las planchas, puesto que son máquinas industriales que alcanzan altas temperaturas y utilizan vapor.

El personal es el encargado de asegurarse que se cumplan todas las medidas de seguridad establecidas para evitar contaminaciones cruzadas.

Además de los trabajos de limpieza y plancha, el personal también se encarga de llevar a cabo la higiene en cuanto a la maquinaria y material utilizado se refiere. Cada cierto tiempo se requiere limpieza de la maquinaria, así como de los carros de transporte, cintas, etc.

Este servicio está estrechamente vinculado a la eliminación de cualquier microorganismo y esterilización del material textil que se va a utilizar en el resto del hospital.

2 Objetivos

Dar a conocer los sistemas de lavado, secado y plancha que se llevan a cabo en los centros hospitalarios, asegurando las medidas higiénicas sanitarias adecuadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 cuanto a la zona de clasificación debe ser una área que esté totalmente separada del resto de lavandería, únicamente se comunicará con la zona de ropa limpia a través de las bocas de descarga de las lavadoras o trenes de lavado.

En esta zona existirá una ligera de presión para que la circulación natural del aire sea siempre del lado limpio al sucio.

En la zona de clasificación se llevan las funciones de recepción y verificación de la documentación a la entrada de la ropa sucia en la lavandería, se pesa la ropa sucia, se programa la producción a la entrada de la ropa, clasificando la ropa sucia

atendiendo la suciedad o el tipo de fibra, la ropa sucia se prepara por lotes y cargas para las diferentes máquinas o trenes de lavado, también podemos preparar los detergentes, soluciones o productos auxiliares de lavado, y se prepara la documentación necesaria para la sección.

La limpieza y desinfección periódicas de toda la nave así como de las máquinas y utensilios que hemos empleado es fundamental.

La sección de clasificación debe contar con contenedores o vagonetas donde se van almacenando la ropa, además pueden tener cintas transportadoras que permitan la clasificación de la misma.

Algunas lavanderías hospitalarias cuentan con sistema automático para contar las prendas, detector de metales, equipos centralizado con la dosificación de los detergentes líquidos, e incluso las más avanzadas tienen un control automático a través de un microordenador de todo el proceso que se lleva a cabo en esta sección.

- Sistemas de lavado de la ropa. a) Lavadoras: En el servicio de lavandería el de los establecimientos sanitarios se suelen utilizar las lavadoras con una carga de unos 30 kilos, con un sistema de cargado de ojo de buey, son parecidas a las lavadoras domésticas pero con una mayor capacidad. b) Túneles de lavado: Es la forma de lavar y secar la ropa más eficiente y rápida para las grandes necesidades que pueden tener hoteles hospitales y lavanderías industriales.

- Sistema de secado y planchado:

Disponemos de tres sistemas de secado; secado en espacios abiertos, en lavadoras que tienen secadora integrada, o en una secadora independiente.

El sistema de secado más habitual en centro sanitarios son las secadoras independientes.

En ocasiones se pueden utilizar centrifugadoras independientes, depende de la organización de cada servicio, el hecho de utilizar centrifugadoras independientes sería por querer ahorrar tiempo a la hora de introducir ropa en nuevos lavados.

Existen varios tipos de secadoras:

Secadoras de evacuación directa, el aire húmedo, contiene vapor de agua, que se eliminará evacuándolo directamente o a través de una canalización flexible.

En las secadoras de condensación por agua, el aire se seca y calienta, circulando en un circuito cerrado, en el que va reiniciando el ciclo.

Con la secadora de condensación por aire, aquí el aire húmedo se efectúa en un condensador refrigerado por aire tomado del exterior del aparato.

*** MAQUINARIA Y UTENSILIOS DE PLANCHADO:**

En los servicios de lavandería hospitalaria se utilizan diferentes planchas; planchas manuales, centrales de planchado, calandras planchas de prensa y robot de

planchado.

Las planchas manuales son similares a las planchas domésticas y la central es de planchado emplean un calderín de vapor, el vapor debe aplicarse de arriba a abajo sin hacer paradas que produzcan cortes en el planchado, estas planchas se utilizan para las prendas de prestigio. Las calandras son planchadas de rodillo, las calandras y las planchas de prensa son idóneas para el planchado de sábanas y prendas grandes.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el servicio de lavandería y plancha en el sistema sanitario está integrado en el medio hospitalario, de tal manera que se siguen una fuente medidas de seguridad establecidas a través de protocolos.

El personal del servicio de lavandería y planchado debe estar perfectamente cualificado y formado para el trabajo a realizar, debido a la importancia de este servicio a la hora de evitar los contagios cruzados al resto del hospital así como al mismo personal.

El servicio de lavandería y plancha cuenta con maquinaria acorde a las funciones que se realizan, son maquinarias industriales con las que los procesos de lavado secado y planchado se agilizan bastante.

El propio local del servicio de lavandería y plancha está distribuido de tal forma que evita la contaminación de cruce entre zonas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 524

EL TRABAJADOR EN LA ZONA LIMPIA POR LA PLANCHADORA DE LOS HOSPITALES

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

1 Introducción

El trabajo consiste en estar pendiente de todas las cargas de ropa que pueden salir del túnel de lavado; se vacían en carros de transporte con un peso aproximado de cincuenta kilogramos que deben estar perfectamente escurridos; secado y planchado; embalaje y embalaje; y por último también se trabaja la entrega de ropa limpia, por lo que es muy importante tener una buena organización y control en esta parte del lavado. Antes de manipular ropa limpia se debe realizar un control, anotar todas las prendas que salen y almacenarlas en estantes que las protejan del polvo, se deben hacer colchones y almohadas, y todo debe estar limpio al finalizar el ciclo de lavado. En este puesto se realizan funciones tales como: clasificar, planchar y acomodar la ropa con la cual trabaja, teniendo cuidado para

mantenerla en buen estado. Recuenta y entrega la ropa encomendada, a las personas respectivas y los beneficios de la instalación de planchado. Para planchar mucha ropa a la vez, la velocidad es ideal para eliminar rápidamente las arrugas difíciles. No necesitarás llenarlo con tanta frecuencia porque su depósito de agua es más grande. Se recomienda con mayor frecuencia para prendas que se arrugan, fácilmente tratarlas con cuidado.

2 Objetivos

Diferenciar las partes de la zona limpia de todas las áreas de del servicio de la plancha y tratar de explicar las funciones que se desarrollan en ella.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 plancha después de pasar por la lavandería y de la zona limpia, tiene la responsabilidad de gestionar las cargas mediante carros que llegan desde la zona sucia, como se mencionó anteriormente. En la zona de la plancha es la encargada de separar tanto la parte superior como la inferior del uniforme sanitario y de quirófano. Dado que los pantalones se secan en secadores de manos y se doblan, las chaquetas pasan mojadas por las máquinas plegadoras y se colocan por tallas según su talla, al igual que pijamas, batas, camisones, etc. Es sumamente importante estar atentos a los tiempos de cada una de las prendas lavadas, ya que están programados por tiempos. Los carros que surten ropa limpia deben almacenarse en un área cerrada y deben estar cubiertos en todo momento para mantenerlos libres de contaminación, y deben ser limpiados y desinfectados diariamente con una solución desinfectante por el servicio de medicina preventiva y/o la comisión de infecciones antes de ser almacenado. Todo este tipo de prendas hay que mantenerlas en la lavandería el menor tiempo posible, teniendo mucho cuidado de no dejar caer la ropa al suelo ni colocarla sobre superficies sucias. La ropa será

transportada en el área limpia, entregándose en las unidades que previamente habían solicitado los servicios hospitalarios ya empaquetados en plástico transparente. En términos generales, no debe haber más del 2 % de humedad en la ropa que se entrega. En el área limpia también se encargan de eliminar o reemplazar cualquier prenda textil que se haya degradado significativamente, ya no pueda cumplir su función prevista y deba ser reemplazada por una prenda nueva para que haya stock en lencería y pueda sustituir a las prendas deterioradas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que diariamente existe una gran demanda de prendas que pasan por el mismo proceso una y otra vez, la lavandera debe considerar en qué área se encuentra para proceder de la mejor manera y con rigor. Trabajar en el área limpia es la culminación de todo el proceso que realiza la trabajadora o trabajador de la plancha durante su jornada laboral, del cual la ropa debe salir con la calidad, limpieza y planchado necesaria para brindar el confort de todos aquellos que se encuentran hospitalizados y al llegar la ropa en el mejor estado posible para llegar a alcanzar ese confort.

6 Bibliografía

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

Capítulo 525

PROCESOS DE SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO EN LOS CENTROS DE PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

1 Introducción

El Real Decreto 770/1999, de siete de mayo, es el Reglamento Técnico Sanitario para la elaboración, curación y comercio de detergentes y limpiadores.

Establece una clasificación de los productos objeto de esta reglamentación por el uso a que están destinados.

Los productos para el lavado del lavavajillas, productos para el lavado de ropa, jabones de lavar, productos de mantenimiento y limpieza, productos para la limpieza de la industria alimentaria, y los productos de mantenimiento y limpieza destinados a las aplicaciones industriales y a otros usos profesionales.

En este capítulo nos centraremos en el grupo de los detergentes, suavizantes, productos para el prelavado y aditivos.

Como veremos a lo largo del capítulo, los detergentes, suavizantes, desinfectantes y demás productos deberán cumplir una serie de principios o componentes activos que sean compatibles con el tipo de lavado que queramos llevar a cabo.

Actualmente, en el mercado existen multitud de marca comercial.

Otro factor importante para elegir un buen producto es el factor económico, tanto del propio producto en sí como de la respetabilidad que tenga con las fibras.

Ya que un tejido puede tener una vida media más o menos larga dependiendo de los productos que utilicemos en él.

La primera es que utilicemos un producto, podemos realizar una prueba de lavado, consiste en lavar hasta tres veces un tejido en un programa básico, para ver el resultado que se obtiene. Después, podemos utilizar este producto en un programa más exhaustivo, a temperaturas más elevadas y con mayor durabilidad de tiempo.

2 Objetivos

- Exponer los tipos de productos químicos para el lavado y su composición.
- Identificar el producto que debemos elegir para nuestras necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Así mismo, se ha entrevistado al personal de lavandería y plancha del Hospital de Ciudad Real.

4 Resultados

1. Lavado:

Incluiremos en este grupo los productos cuyo principal finalidad es el lavado, tanto los destinados para lavavajillas como para el lavado de ropa, superficies, etcétera.

Podemos encontrarlos de forma sólida, en polvo, líquido, en escamas, en pasta, aerosoles, etc.

Los detergentes, además, contienen blanqueantes en su activo que provocan la disolución de las grasas.

- Según el momento de uso;

Detergentes de prelavado, estos detergentes poseen un gran poder humectante, saponificante y secuestrante para facilitar el lavado. Existen numerosas marcas que se comercializan, aunque como la mayoría de las máquinas combinan el prelavado con otros programas de lavado, no se suelen utilizar estos detergentes específicos.

Los detergentes de lavado, utilizan combinación de varios tensoactivos para controlar la cantidad de espuma que produce, se combinan con enzimas para facilitar la eliminación de manchas grasas...

- Componentes:

El componente principal de detergente son los agentes tensioactivos, que se absorben perfectamente cuando son disueltos en el líquido. Tenemos varios tipos: los iónicos (que forman mucha espuma), los no iónicos (que se utilizan para regular la espuma que producen los agentes iónicos), y los anfoteros.

Asimismo, los detergentes pueden incluir otros componentes, reforzantes, aditivos, cargas o auxiliares de presentación...

- Oxígeno activo:

Este producto cada vez está siendo más conocido y usado, no deteriora los tejidos y se suele utilizar como producto antimanchas, blanqueante o desinfectante.

- Ácido acético:

Es un producto que protege los colores.

2. Referencia a los suavizantes:

Los fabricantes son unos aditivos grasos que proporcionan a la fibra suavidad, además suelen estar perfumados, dejando un buen aroma en los tejidos. También facilitan la plancha y protegen las fibras.

3. Los desinfectantes:

Los desinfectantes pueden ir añadidos al propio detergente o se pueden añadir de forma individual en un proceso determinado de lavado. Debemos tener en cuenta que hay que usar la dosis adecuada, no dejar restos en los tejidos, debe tener acción bactericida y esporicida, deberá actuar a las temperaturas del lavado que vayamos a elegir.

5 Discusión-Conclusión

Normalmente, se dispone de una gran cantidad de productos comercializados en los distintos mercados, donde poder elegir el producto que más se adecue a nuestras necesidades.

Para ello se hace necesario el conocer cómo funciona cada producto, tanto si es un detergente, suavizante, desinfectante, etcétera.

De esta manera, teniendo un conocimiento básico de los productos a utilizar, podemos alargar la vida útil de nuestras prendas con el consiguiente ahorro económico.

Entre otros factores, se destaca la importancia de tener en cuenta el tipo de lavados y programas que utilizamos y asegurarnos que estos productos funcionarán correctamente a las temperaturas y periodos de tiempo que vamos a utilizar en lavado.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Temario CEP 2022, personal de lavandería y plancha.

Capítulo 526

TRABAJO SOCIAL Y MENORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

GLORIA MARTINEZ ASIN

1 Introducción

Los menores vulnerables, que enfrentan una serie de desafíos que incluyen la pobreza, la falta de acceso a la educación, el abandono y la violencia, representan un tema crítico en la sociedad contemporánea. Estos desafíos pueden tener efectos devastadores en el bienestar y el desarrollo de los niños y jóvenes, y el trabajo social se convierte en un componente crucial para abordar esta problemática.

El trabajo social en relación con los menores vulnerables abarca diversas áreas de intervención. En primer lugar, implica la identificación y evaluación de las necesidades y riesgos que enfrentan estos menores. Los profesionales del trabajo social están capacitados para detectar signos de vulnerabilidad, lo que puede incluir condiciones de vida precarias, maltrato, negligencia o la falta de acceso a servicios básicos como la educación y la atención médica.

Una vez identificadas las necesidades, el trabajo social desempeña un papel fundamental en la provisión de apoyo y asistencia a los menores vulnerables. Esto puede implicar la conexión con servicios de atención médica, asesoramiento psicológico, programas de educación y capacitación, y la búsqueda de soluciones de vivienda segura. Además, el trabajo social a menudo se relaciona estrechamente

con las familias y las comunidades para crear entornos de apoyo que promuevan el bienestar de los menores.

La protección de los menores vulnerables es otro aspecto central de la labor de los trabajadores sociales. Esto incluye la intervención en situaciones de abuso, negligencia o abandono, con el objetivo de garantizar la seguridad y el bienestar de los menores. Los trabajadores sociales pueden colaborar con agencias de protección de menores y sistemas legales para asegurar que los derechos de los menores sean respetados y protegidos.

2 Objetivos

- Informar sobre la atención del Trabajo Social en la atención del trabajo con menores en situación de vulnerabilidad social.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 importancia crítica de las actividades de trabajo social en el cuidado de menores socialmente vulnerables. El enfoque integral del trabajo social es esencial para abordar las múltiples necesidades y desafíos que enfrentan estos jóvenes, y desempeña un papel crucial en la construcción de un futuro más prometedor para ellos.

La evaluación de necesidades es el primer paso en el proceso de trabajo social con menores vulnerables. Los trabajadores sociales realizan evaluaciones exhaustivas que abordan aspectos cruciales, como la seguridad, la salud, el bienestar educativo y espiritual. Esta evaluación permite comprender la situación única de cada menor y desarrollar planes de atención personalizados que se adapten a sus necesidades específicas.

La planificación centrada en el niño es un enfoque que pone énfasis en la participación activa de los menores en la toma de decisiones sobre su propio futuro. Los trabajadores sociales colaboran estrechamente con los jóvenes para establecer metas realistas y desarrollar planes de acción individualizados que reflejen sus aspiraciones y necesidades. Esto fomenta un sentido de agencia y empoderamiento en los menores.

El apoyo psicosocial es una parte fundamental del trabajo social con menores vulnerables. Estos jóvenes a menudo han experimentado traumas y desafíos emocionales significativos. Los trabajadores sociales brindan apoyo emocional y psicológico, ayudando a los menores a lidiar con su pasado, desarrollar estrategias de afrontamiento y construir relaciones significativas que les brinden apoyo a lo largo de su camino.

El trabajo en red es esencial para garantizar una atención integral a los menores vulnerables. Los trabajadores sociales colaboran estrechamente con otras autoridades, organizaciones y profesionales para garantizar que los jóvenes tengan acceso a una amplia gama de servicios y recursos que satisfagan sus necesidades.

El empoderamiento y la promoción de la resiliencia son objetivos clave del trabajo social con menores vulnerables. Los trabajadores sociales no solo brindan apoyo práctico, sino que también ayudan a los menores a desarrollar la resiliencia necesaria para superar obstáculos y construir un futuro más prometedor.

En resumen, el trabajo social con menores vulnerables es un proceso integral que involucra evaluación de necesidades, planificación centrada en el niño, apoyo psicosocial, colaboración en red y promoción del empoderamiento y la resiliencia. Este enfoque es fundamental para proporcionar a los menores las herramientas y el apoyo necesario para superar los desafíos que enfrentan y construir un futuro más brillante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo social juega un papel importante en la atención a menores socialmente vulnerables. Los hallazgos resaltan la importancia de satisfacer las necesidades individuales de los jóvenes y alentarlos a participar activamente en las decisiones sobre su futuro. La evaluación de necesidades, la planificación centrada en el niño, el apoyo psicosocial y la creación de redes son estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de estos menores y permitir-

les superar los desafíos que enfrentan. El trabajo social no solo aborda las necesidades inmediatas de los niños, sino que también se centra en empoderarlos para que puedan construir futuros más fuertes y resilientes.

6 Bibliografía

- 1.https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Presentación_SIUSS_Carmen%20Sierra.pdf.
- 2.<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42662/TFG-G4199.pdf?sequence=1>.
- 3.https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4161_d_CuadernoDebate_UNICEF_3.pdf.

Capítulo 527

EL TRABAJO SOCIAL ANTE: LA ADOPCIÓN Y EL ACOGIMIENTO DE MENORES

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

GLORIA MARTINEZ ASIN

1 Introducción

La adopción y el acogimiento de menores son procesos de gran relevancia que tienen un profundo impacto en la vida de los niños y las familias que participan en ellos. El trabajo social desempeña un papel fundamental en cada etapa de estos procesos, contribuyendo significativamente al bienestar de los menores y brindando apoyo a las familias adoptivas y de acogida.

En primer lugar, el trabajo social desempeña un rol crucial en la evaluación y preparación de las familias que desean adoptar o acoger a un menor. Los trabajadores sociales llevan a cabo evaluaciones exhaustivas para determinar la idoneidad de las familias, considerando factores como el entorno familiar, la estabilidad emocional, y la capacidad de brindar un ambiente seguro y amoroso para el menor. Además, ofrecen orientación y capacitación para preparar a las familias para las responsabilidades que conlleva la adopción o el acogimiento.

Una vez que se ha llevado a cabo el proceso de adopción o acogimiento, el trabajo social continúa siendo esencial. Los trabajadores sociales brindan apoyo a las familias adoptivas y de acogida para ayudarles a enfrentar los desafíos que puedan surgir en el proceso de adaptación y cuidado de un menor. Esto puede

incluir apoyo emocional, orientación en la gestión de comportamientos difíciles y acceso a recursos que faciliten la integración del menor en la familia.

En el caso de los menores, los trabajadores sociales trabajan para garantizar su bienestar y desarrollo. Esto implica asegurarse de que estén en un entorno seguro y saludable, monitorear su progreso, y proporcionar apoyo emocional y terapéutico cuando sea necesario. Además, se esfuerzan por mantener las conexiones del menor con su familia biológica cuando sea apropiado y seguro.

2 Objetivos

- Describir el papel fundamental en cada etapa del proceso de adopción, contribuyendo significativamente al bienestar de los menores y brindando apoyo a las familias adoptivas y de acogida.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo social desempeña un papel integral en el proceso de adopción y acogimiento de menores, involucrándose en diversas etapas y aspectos clave para asegurar el bienestar de los menores y apoyar a las familias adoptivas y de acogida.

La evaluación de la idoneidad de las familias es una de las primeras responsabilidades de los trabajadores sociales en estos procesos. Realizan evaluaciones exhaustivas que incluyen factores como la estabilidad del entorno familiar, la capacidad financiera y la preparación emocional de la familia para acoger al menor. Esta evaluación garantiza que los menores sean ubicados en hogares seguros y amorosos que puedan satisfacer sus necesidades.

Una vez que se ha completado el proceso de adopción o acogimiento, los trabajadores sociales continúan brindando un apoyo esencial a las familias. Proporcionan apoyo emocional y psicológico, ofreciendo capacitación en habilidades

parentales y apoyo durante las transiciones iniciales. Además, los trabajadores sociales ayudan a las familias a enfrentar desafíos que puedan surgir en el proceso de adaptación, como problemas de comportamiento o ajuste.

El trabajo en red es esencial en el trabajo social con menores en adopción o acogimiento. Los trabajadores sociales colaboran estrechamente con otras autoridades y profesionales de la salud para garantizar que los menores reciban servicios médicos, psicológicos y educativos adecuados. Esta coordinación es fundamental para asegurar la salud y el bienestar de los menores.

La promoción de la identidad y la cultura es otro aspecto crítico del trabajo social en estos procesos. Los trabajadores sociales fomentan el respeto y la preservación de la identidad y la cultura de los menores, especialmente en casos de adopción internacional o cuando los menores provienen de diferentes orígenes culturales. Esto implica ayudar a las familias a comprender y celebrar la herencia cultural de los menores.

El seguimiento y el apoyo continuo son esenciales para garantizar la adaptación y el bienestar a largo plazo de las familias y los menores. Los trabajadores sociales proporcionan seguimiento regular, brindando apoyo cuando surgen desafíos y ayudando a las familias a abordar las necesidades cambiantes de los menores a medida que crecen y se desarrollan.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo social juega un papel importante en la adopción y el cuidado de menores, defendiendo el bienestar de los niños y apoyando a las familias involucradas. Los resultados de este estudio resaltan la importancia de una evaluación cuidadosa de la compatibilidad familiar, el apoyo emocional y psicológico y la colaboración con otros profesionales y agencias en el proceso.

El trabajo social se enfoca no solo en los aspectos prácticos del proceso, sino también en promover un ambiente seguro, amoroso y respetuoso para los menores. Los esfuerzos del trabajo social son continuos porque las familias y los niños pueden enfrentar desafíos con el tiempo y el trabajo social brinda ese apoyo.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.euroinnova.edu.es/blog/el-papel-del-trabajador-social-en-la-adopcion>.
- 2.<https://andalicante.org/enlaces/articulos-profesionales-anda/trabajo-social-en-adopcion.pdf>

3.<https://petalesespaña.org/adopcion-y-trabajo-social/>.

4.<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/acogimiento-familiar.htm>.

Capítulo 528

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

JAIME MERINO HERVAS

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

1 Introducción

En diversas ocasiones, todos nosotros hemos requerido los servicios de un sistema de atención médica, ya sea público o privado. Para recibir una atención adecuada, es necesario proporcionar información que abarca desde datos personales hasta hábitos diarios, como el consumo de tabaco, drogas, alcohol, entre otros, e incluso detalles sobre antecedentes familiares. En situaciones necesarias, se realizan pruebas cuyos resultados se registran en nuestra historia clínica, junto con detalles sobre intervenciones quirúrgicas a las que nos hemos sometido y las observaciones realizadas por el médico para evaluar nuestro estado de salud.

Sin embargo, surge la pregunta de quiénes tienen acceso a esta información, cómo se protege dicho acceso y de qué manera se evita su divulgación. Entre las múltiples responsabilidades de los auxiliares administrativos que desempeñan sus labores en los sistemas de atención sanitaria, se encuentra la tarea de recopilar, transcribir a formato digital y consultar estos datos con el fin de llevar a cabo eficazmente sus funciones.

Es importante destacar que los datos personales relacionados con los pacientes de un centro de atención médica se clasifican, según la regulación de protección de datos, como datos especialmente sensibles, en virtud de su carácter relacionado con la salud, según el artículo 9 del Reglamento General de Protección de Datos.

2 Objetivos

Describir como auxiliar administrativo, ciertas cuestiones fundamentales relacionadas con los principales errores y sanciones posibles en lo que respecta a la ley de protección de datos de los usuarios.

3 Metodología

Para realizar esta investigación, se realizó una investigación que implicó examinar la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y artículos citados en fuentes reconocidas, como Medline, Scielo y Pubmed. Las palabras clave que orientaron esta investigación fueron “auxiliar administrativo”, “protección” y “datos”.

4 Resultados

Dentro de los hospitales, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en la garantía del cumplimiento de la Ley de Protección de Datos, ya que su labor se centra en la gestión de información médica y confidencial. Se enfrentan a diversos desafíos, como la seguridad de los programas informáticos utilizados. La falta de seguridad en estas plataformas puede poner en riesgo la información de los pacientes, por lo que es esencial que los auxiliares identifiquen y reporten deficiencias.

La encriptación inadecuada de datos es otra preocupación, y los auxiliares administrativos deben colaborar con el personal de tecnología para garantizar la

protección de datos sensibles. Además, deben controlar el acceso a la información desde ubicaciones externas, administrando los permisos y la seguridad de los sistemas.

La formación de profesionales en la importancia de la protección de datos es fundamental, y los auxiliares administrativos pueden contribuir a ello, asegurándose de que todos estén informados y cumplan con sus responsabilidades.

La divulgación de contraseñas debido a la falta de seguridad es un riesgo que los auxiliares administrativos pueden reducir mediante políticas de seguridad sólidas y la concienciación del personal.

El almacenamiento en papel sin medidas de seguridad adecuadas es otro riesgo; aquí, los auxiliares administrativos pueden promover prácticas seguras y la digitalización de registros médicos.

La gestión deficiente de la eliminación de documentos también es un problema, y los auxiliares administrativos pueden colaborar en la implementación de políticas de retención y eliminación que cumplan con las regulaciones.

Es vital destacar que estas irregularidades pueden conllevar sanciones, por lo que la labor de los auxiliares administrativos es esencial para prevenir problemas legales y económicos, protegiendo tanto a los pacientes como a las instituciones. Su contribución es esencial para garantizar la seguridad de los datos de salud y el cumplimiento de la ley.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en la protección de datos en entornos hospitalarios. Estas figuras desempeñan un rol activo en la identificación y mitigación de las irregularidades que podrían amenazar la seguridad de la información de los pacientes y la confidencialidad de sus datos médicos. Desde la supervisión de la seguridad de sistemas informáticos hasta la formación de profesionales de la salud en las mejores prácticas de protección de datos, los auxiliares administrativos son pilares en la protección de la privacidad de los pacientes.

Su contribución no solo ayuda a prevenir violaciones a la Ley de Protección de Datos, sino que también fortalece la confianza del público en los servicios de atención médica. Los auxiliares administrativos son eslabones fundamentales en la cadena de seguridad de datos en el ámbito sanitario y desempeñan un papel crucial en la protección de la información de salud, lo que a su vez garantiza el cumplimiento de las normativas y evita consecuencias legales y sanciones económicas para las instituciones médicas. Su labor es esencial para asegurar que los datos

de los pacientes estén seguros y protegidos.

6 Bibliografía

1. Johnson, MS (2020). Desafíos de seguridad de datos en la atención médica: un análisis completo. *Revista de Gestión de Información Sanitaria*, 24(3), 45-58.
2. López, JR (2019). Importancia de la seguridad de datos en entornos hospitalarios. *Revista de Gestión de la Información en Salud*, 15(2), 78-94.

Capítulo 529

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN HOSPITALIZACIÓN

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

MERCEDES LATORRE DELGADO

MIRIAN GARCIA GARCIA

JAIME MERINO HERVAS

1 Introducción

El servicio de Admisiones en el ámbito sanitario es una parte esencial del área de atención médica en cualquier centro de salud. Este servicio se encarga de organizar, coordinar y priorizar todas las actividades relacionadas con la atención de pacientes, manteniendo la eficiencia en el uso de recursos y garantizando una atención igualitaria y de calidad. En particular, la admisión de pacientes, las altas médicas y los traslados dentro del centro de salud son procesos regulados por este servicio, destacando su importancia en el sistema de atención médica.

Dentro de este contexto, el auxiliar administrativo, como miembro del equipo de Admisiones y Documentación Clínica, tiene la responsabilidad de gestionar todas las interacciones y movimientos de los pacientes en el ámbito de la atención médica. Sus funciones se centran en la coordinación de recursos y acciones para

asegurar que los pacientes reciban una atención eficiente y de calidad en los centros de salud.

Para llevar a cabo estas funciones de manera efectiva, es esencial contar con sistemas de información confiables y coherentes. Estos sistemas permiten un control preciso de la demanda de atención de los pacientes y, al mismo tiempo, garantizan el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos y la confidencialidad de la información médica, manteniendo la privacidad y seguridad de los pacientes en todo momento.

2 Objetivos

Realizar un análisis exhaustivo de las actuaciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisiones en el ámbito sanitario para evaluar su impacto en la eficiencia y calidad de los servicios de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario es de gran importancia y abarca una variedad de tareas esenciales que contribuyen al funcionamiento eficiente de los servicios médicos. En primer lugar, está encargado de la programación y gestión de las agendas, lo que implica coordinar y organizar los horarios de consulta de los profesionales de la salud. Esta labor garantiza que los pacientes reciban atención en el momento adecuado y sin largos tiempos de espera, lo que es esencial para su comodidad y la eficiencia de la atención médica.

Además, el auxiliar administrativo se encarga de la gestión operativa de las solicitudes de cita médica, asegurándose de que los pacientes obtengan citas de manera oportuna y sin complicaciones. La difusión de la actividad programada también recae en sus manos, ya que comunica de manera efectiva los horarios

disponibles y la disponibilidad de citas a los pacientes. Esto es fundamental para mantener a los pacientes informados y comprometidos con su atención médica. Un registro exhaustivo de la actividad es otra de las funciones esenciales. El auxiliar administrativo realiza bases de datos y registra todos los detalles relevantes, lo que no solo es esencial para el seguimiento de la atención de los pacientes, sino también para fines administrativos y de planificación. Finalmente, el auxiliar desempeña un papel clave en la coordinación organizativa del proceso asistencial en el ámbito ambulatorio. Esto significa que se encarga de asegurar que todos los elementos necesarios estén en su lugar y que el proceso de atención médica se desarrolle sin contratiempos.

En cuanto a la unidad de urgencias en el ámbito sanitario, el auxiliar administrativo asume responsabilidades adicionales. Por ejemplo, registra minuciosamente la información relacionada con los episodios de urgencias, lo que es fundamental para proporcionar atención médica en situaciones de emergencia. La coordinación organizativa en tales circunstancias es crucial, ya que el auxiliar administra recursos y colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que los pacientes reciban atención urgente de manera eficaz.

5 Discusión-Conclusión

En última instancia, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el servicio de admisiones en el ámbito sanitario. Su labor abarca la organización, coordinación y priorización de actividades, garantizando la eficiencia en el uso de recursos y la igualdad en la atención de los pacientes. Además, su rol se extiende a la regulación de ingresos, altas médicas y traslados, lo que subraya su importancia en el proceso asistencial. El auxiliar administrativo también contribuye significativamente a la confidencialidad y protección de datos de los pacientes, cumpliendo con las normativas legales en materia de privacidad. Sus interacciones con pacientes y profesionales de la salud mejoran la satisfacción del paciente y la eficacia del servicio de admisiones.

6 Bibliografía

1. García-Bernal, E., & Martínez-Rodríguez, P. (2017). Funciones del auxiliar administrativo en el servicio de admisiones de centros de salud. *Revista de Salud Pública*, 23(4), 321-335.
2. López-Montesinos, J., & Rodríguez-Sánchez, R. (2018). El rol del auxiliar administrativo en el ámbito de la atención primaria. *Revista de Gestión Sanitaria*, 14(3),

179-188.

Capítulo 530

LA RELEVANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL ENTORNO LABORAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

MERCEDES LATORRE DELGADO

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

MIRIAN GARCIA GARCIA

JAIME MERINO HERVAS

1 Introducción

La ergonomía es una disciplina científica que se enfoca en entender las interacciones entre las personas y los elementos de un sistema. En el contexto laboral, es esencial que las condiciones de trabajo se ajusten a las necesidades humanas para lograr eficiencia y prevenir enfermedades relacionadas con condiciones laborales deficientes, al tiempo que garantizan la productividad.

Los auxiliares administrativos suelen trabajar en entornos de trabajo confinados, ya sea en una ubicación individual o en áreas compartidas más amplias, y pasan gran parte de su tiempo detrás de un escritorio. Los escritorios suelen ser rígidos, requiriendo que los auxiliares mantengan una postura de 90 grados tanto en las

piernas como en el tronco. Además, es esencial que tengan todas las herramientas necesarias al alcance de la mano para evitar movimientos incómodos o forzados. Estos espacios de trabajo varían en tamaño y disposición, pero en todos los casos se trata de entornos donde se gestiona un flujo constante de información y documentación. Por lo tanto, es esencial que cada puesto de trabajo cumpla con condiciones ergonómicas adecuadas para desempeñar las tareas de manera óptima. La ergonomía desempeña un papel fundamental en garantizar la comodidad y la salud de los auxiliares administrativos, al tiempo que contribuye a la eficiencia en su trabajo diario.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la relevancia de la ergonomía en el entorno laboral de los auxiliares administrativos en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El propósito fundamental de la ergonomía se centra en la mejora de las condiciones de trabajo, particularmente en el contexto laboral de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario. Estos profesionales pasan la mayor parte de su jornada laboral en una posición sedentaria, ya sea atendiendo al público, realizando tareas telefónicas o trabajando en informes frente a una pantalla y un teclado. Por lo tanto, es esencial corregir y adaptar su entorno laboral a sus capacidades y necesidades, reduciendo los riesgos asociados a la movilidad restringida y las posturas inadecuadas. Además, esto contribuye a minimizar los efectos negativos que pueden surgir de estas condiciones laborales, como lesiones musculoesqueléticas, síndrome del túnel carpiano, problemas de columna y problemas circulatorios o visuales, entre otros.

En este sentido, la adquisición de mobiliario y equipos de oficina que incorporen diseños ergonómicos es de vital importancia. Estos elementos no solo forman parte del sistema de trabajo, sino que también influyen en la interacción del trabajador administrativo con su entorno. Se deben establecer recomendaciones posturales para garantizar que la espalda, la vista, las muñecas y la circulación sanguínea del personal administrativo no se vean perjudicadas tras largas horas frente a un ordenador. Algunas de estas recomendaciones incluyen mantener una postura erguida en la silla, evitar inclinarse sobre el escritorio, mantener la pantalla del ordenador a una distancia adecuada, utilizar reposapiés para favorecer la circulación y programar pausas regulares, entre otras. La aplicación de estas pautas busca promover una buena higiene postural y ergonómica, al mismo tiempo que contribuye a prevenir bajas laborales derivadas de la falta de atención a estos aspectos. En resumen, la ergonomía desempeña un papel esencial en la promoción de la salud, el bienestar y la eficiencia de los auxiliares administrativos en el entorno de atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el análisis de las posturas adoptadas por los auxiliares administrativos en entornos de atención sanitaria es de vital importancia, ya que estos profesionales desempeñan un papel crucial en el funcionamiento eficiente de los centros de salud. La ergonomía se erige como un componente esencial para garantizar su bienestar laboral y la calidad de los servicios de atención médica. Al comprender las posturas y movimientos específicos que estos auxiliares adoptan, identificar los riesgos ergonómicos y proponer estrategias de mejora, podemos contribuir a la prevención de lesiones y al aumento de su comodidad en el trabajo. La ergonomía no solo beneficia a los auxiliares administrativos, sino que también repercute en la atención al paciente, ya que un personal sano y satisfecho es más eficaz en su labor. Este enfoque integral en la ergonomía en el ámbito sanitario se traduce en una atención de calidad y en un ambiente laboral más saludable y productivo.

6 Bibliografía

1. Gallagher, S. y Gallagher, P. (2004). Factores estresantes y estrés en la vida profesional de los trabajadores de la salud. El impacto de la salud mental y el bienestar. El impacto de la salud mental y el bienestar (págs. 102-114). Saltador.

2. Karwowski, W. (2006). Ergonomía y factores humanos: los paradigmas de la ciencia, la ingeniería, el diseño y la gestión de sistemas compatibles con los humanos. Cuestiones teóricas en la ciencia de la ergonomía, 7(1), 41-71.

Capítulo 531

LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

1 Introducción

La gestión de la información en el ámbito de la salud es fundamental para garantizar la atención médica de calidad y la seguridad de los pacientes. En este contexto, la historia clínica se erige como un pilar fundamental, y su manejo adecuado es esencial para el personal sanitario, con especial atención al rol del auxiliar administrativo.

La historia clínica no es simplemente un archivo de datos médicos; es un testimonio de la vida de los pacientes, un compendio de sus experiencias de salud y un registro vital que guía el cuidado médico. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la creación, organización y mantenimiento de estos registros. Su trabajo garantiza que la información sea precisa, accesible y confidencial, al tiempo que facilita la comunicación entre profesionales de la salud.

En esta introducción, exploraremos la relación simbiótica entre la historia clínica de los pacientes y el auxiliar administrativo en el entorno de la atención médica. Analizaremos cómo esta colaboración contribuye a la eficiencia en la atención al paciente, la toma de decisiones médicas informadas y la protección de la privacidad de los datos de salud. Además, examinaremos los desafíos actuales que enfrentan los auxiliares administrativos en la era digital, donde la gestión electrónica de la historia clínica está revolucionando la forma en que se abordan estos registros vitales.

2 Objetivos

Los objetivos de este análisis son comprender la importancia de la historia clínica en la atención médica y destacar el rol del auxiliar administrativo en su gestión efectiva y segura.

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 -historia clínica.

4 Resultados

Los resultados de la gestión de la historia clínica por parte de los auxiliares administrativos son de suma relevancia en el ámbito de la atención médica. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la creación, actualización y archivo de los registros médicos de los pacientes, lo que tiene un impacto directo en la eficiencia y calidad de la atención sanitaria.

En primer lugar, la colaboración de los auxiliares administrativos con el personal médico y de enfermería asegura que la información crítica esté disponible en el momento adecuado. Esto facilita la toma de decisiones clínicas informadas y la coordinación de la atención, lo que se traduce en una atención más oportuna y efectiva para los pacientes.

Además, los auxiliares administrativos son responsables de garantizar que la información en la historia clínica sea precisa y esté debidamente registrada. Er-

rores en la documentación médica pueden tener consecuencias graves para los pacientes, y es el deber de estos profesionales verificar la integridad de los datos, evitando duplicaciones y omisiones.

La confidencialidad es otro aspecto crítico en la gestión de la historia clínica, y los auxiliares administrativos son custodios de la privacidad de los datos de salud. Garantizan que solo el personal autorizado tenga acceso a la información, lo que protege la intimidad de los pacientes y cumple con las regulaciones de privacidad de datos.

En la era digital, los auxiliares administrativos se enfrentan a desafíos adicionales en la gestión de historias clínicas electrónicas. Deben adquirir habilidades técnicas para navegar sistemas de registro electrónicos, lo que requiere formación constante y adaptabilidad.

En resumen, los resultados de la labor de los auxiliares administrativos en la gestión de la historia clínica se traducen en una atención médica más eficiente, precisa y segura para los pacientes. Su papel no solo alivia la carga de trabajo del personal clínico, sino que también garantiza que los registros médicos sean herramientas fiables y confidenciales en el cuidado de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la historia clínica por parte de los auxiliares administrativos es un elemento fundamental en la atención médica. Sus efectos se manifiestan en una mayor eficiencia y calidad de la atención al paciente, gracias a la disponibilidad oportuna de información crítica y la prevención de errores en la documentación médica. Además, su labor cuidadosa garantiza la confidencialidad de los datos de salud, respetando la privacidad de los pacientes y cumpliendo con las regulaciones de seguridad de datos. En la era digital, los auxiliares administrativos se enfrentan a desafíos técnicos que requieren adaptación continua. En definitiva, su trabajo incide directamente en la seguridad, integridad y calidad de la atención médica, y su papel es esencial para garantizar que la historia clínica de los pacientes sea una herramienta fiable y valiosa en la toma de decisiones clínicas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/responsabilidad-auxiliar-administrativo-historia-clinica/>.

Capítulo 532

EL ADMINISTRATIVO Y SU ACTUACIÓN EN LA FACTURACIÓN DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

1 Introducción

El término "alcance de la facturación hospitalaria" se refiere a la supervisión financiera de los servicios médicos prestados a los pacientes. La forma en que un hospital maneja la facturación es muy importante porque afecta tanto la atención al paciente como la gestión financiera. La facturación debe completarse de manera precisa y rápida para que el hospital pueda continuar brindando servicios de primer nivel y los pacientes reciban la atención médica necesaria. En esta área se realizan numerosas tareas de facturación, cobro y seguimiento.

Uno de los trámites que se realizan en esta división es el registro de datos de los pacientes. Entre la información del paciente que se recopila de esta manera se encuentran nombres, números de identificación, historiales médicos y detalles de los servicios prestados. La verificación de la información del seguro médico

del paciente, incluyendo cobertura, autorizaciones y límites, es otro paso en este proceso. También vigilan las facturas que se envían a los pacientes y a las compañías de seguros de salud, aplican precios y cargos adecuados y emiten facturas por los servicios médicos prestados.

En este caso, el administrativo podría ser responsable de manejar las disputas de facturación y resolver cualquier problema o disputa hablando con los clientes y las compañías de seguros médicos. Puede gestionar el cobro de dinero de los pacientes y del seguro médico, así como realizar un seguimiento de las facturas impagas.

2 Objetivos

Realizar una descripción general de las tareas administrativas involucradas en la facturación hospitalaria y las responsabilidades clave en esta área por el administrativo.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada fue uno de los pasos de investigación adoptados para preparar este trabajo.

A través de una búsqueda exhaustiva de libros y consulta del contenido de los artículos en las tres principales bases de datos, Scielo, Pubmed y Medline, se descubrieron los artículos científicos seleccionados con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

En el ámbito de la facturación hospitalaria, el administrativo desempeña una serie de funciones que son cruciales para el buen funcionamiento del proceso de facturación. Algunas de estas tareas relacionadas con la información incluyen recopilar y registrar, verificar información, crear y seguir facturas y gestionar disputas asociadas.

En este caso, el funcionario administrativo es responsable de recopilar y registrar toda la información relacionada con los pacientes a los que se les debe facturar, como nombres, números de identificación, registros médicos, procedimientos y tratamientos. Al recibir información, el administrador debe asegurarse de que sea precisa y completa antes de facturar. Está confirmado como parte de esto.

Cobertura de seguro, aprobación del tratamiento y confirmación de que se han pagado todas las tarifas y cargos necesarios.

Una vez confirmados los datos, el Administrativo se encarga de elaborar las facturas de los pacientes. Esto incluye identificar los servicios ofrecidos, imponer tarifas y cargos razonables y preparar la documentación necesaria.

Por último, pero no menos importante, el secretario está a cargo de manejar cualquier disputa de facturación y coordinar con clientes y proveedores de seguros médicos para resolver cualquier problema o desacuerdo. El empleado de facturación también es responsable de asegurarse de que las facturas cumplan con todas las reglas y regulaciones. Esto es crucial para evitar multas y sanciones por parte de las autoridades reguladoras.

Al coordinar con los pacientes y las compañías de seguros médicos, también es el principal responsable de resolver cualquier desacuerdo o problema de facturación. Como resultado, los pacientes están más satisfechos con los servicios del hospital y esto ayuda a construir relaciones positivas con ellos.

El administrativo del departamento de facturación es esencial para el buen funcionamiento del procedimiento de facturación del hospital

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los procedimientos de facturación de un hospital son esenciales tanto para garantizar que los pacientes reciban la atención médica necesaria como para la gestión financiera eficaz de la organización. La precisión de la facturación hospitalaria es esencial para una gestión financiera eficiente. El proceso de facturación garantiza que se facturen todos los servicios médicos, mantiene todo en orden y garantiza que el hospital esté financiado y que se brinde una atención de primer nivel al paciente.

El administrativo del departamento de facturación es esencial para el buen funcionamiento del procedimiento de facturación del hospital. La precisión, la eficiencia y la eficacia son esenciales para mantener una gestión financiera sólida, relaciones satisfactorias con los pacientes y el cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. <https://www.gestiopolis.com/costos-hospitalarios-caracteristicas-manejo-administrativo/>

Capítulo 533

EL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES: COMPETENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

1 Introducción

El personal administrativo desempeña un papel fundamental en la industria de la salud. En un hospital o centro de salud, un administrador maneja una variedad de tareas relacionadas con la atención médica, tanto directa como indirectamente. El trabajo de un administrativo implicará tratar tanto directa como indirectamente con los pacientes que acuden al hospital o centro de salud o llaman. El equipo administrativo será el encargado de velar en todo momento por el buen funcionamiento de las organizaciones y/o sistema de salud, buscando, identificando y facilitando soluciones.

Los miembros del personal administrativo realizan una amplia variedad de tareas y todo lo que hacen dependerá de su puesto y de las instalaciones donde trabajan. Cuando combinamos administración y asistencia sanitaria, una de las primeras

ideas que nos puede venir a la cabeza es cuidar al paciente. Ese deber no corresponderá únicamente a un administrador. Se deben organizar archivos, papeles y registros médicos. El equipo administrativo también estará a cargo de ello. Ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Con la llegada de la mecanografía llegó la era digital. Programas para realizar tareas o poder acceder a la nómina online a través del "Portal Profesional" si hablamos de la comunidad autónoma de Castilla la Mancha o el "Sumar Personal" si hablamos de la comunidad de Madrid.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir las responsabilidades principales y funciones y tareas del personal administrativo en un entorno hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Se han consultado artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Un administrativo debe sentir pasión por el servicio público y las cuestiones de salud.

Ser un administrativo que interactúa con el público requiere de mucha empatía, debes ponerte en el lugar de la persona que busca ayuda.

Un paciente o un familiar de un paciente quiere la mejor atención posible y quiere que se tengan en cuenta sus opiniones. Como resultado, el personal administrativo debe ser cordial, cortés y capaz de comunicarse de forma clara y directa.

Un puesto administrativo también requiere la capacidad de controlarse y manejar conflictos.

De las siguientes maneras, el personal administrativo puede ayudar a los pacientes.

- Gestión de citas: dependiendo del estado del paciente, del estado actual de la agenda y del personal médico que estará atendiendo al paciente, se realizará la gestión de citas.

- Información de atención y servicios de salud: el área administrativa puede brindar al paciente cualquier información que necesite. Debido a las leyes de protección de datos, nunca podrás revelarlos a un tercero.
- Trámites administrativos: cualquier trámite administrativo que pueda necesitar (relativo a informes de bajas o altas), del trabajo, medicamentos, volantes, tarjetas sanitarias o carpetas de salud) estarán a su disposición.
- Dependiendo de si hablamos de un hospital o de un centro sanitario, las tareas administrativas podrán dividirse en diferentes áreas o fusionarse entre sí según áreas de trabajo.
- Podría estar dividido por las siguientes áreas de trabajo en un hospital o centro de salud.
- Ingreso: notifica al paciente, entre otras cosas, la hora de su cita y la habitación a la que debe acudir.
- Contabilidad: se documentará toda la información relevante, junto con toda la facturación del material. Esté siempre al tanto del estado financiero del hospital o centro médico. Ese papeleo contable debe ser archivado.
- Recursos humanos: encargado de crear las nóminas de los empleados, manejar el cuadrante y definir los turnos rotativos en los que trabajará el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Se puede ver lo minucioso que es el trabajo del equipo administrativo. El personal administrativo de un hospital o centro de salud es crucial para todas las operaciones, independientemente de la variedad de áreas de trabajo que visite. El estrés es uno de los problemas que puede experimentar un administrador. El personal administrativo se está ampliando y con él su carga de trabajo y responsabilidades. La buena armonía y las buenas relaciones con los compañeros de trabajo pueden ayudar a reducir el estrés, pero no pueden eliminarlo por completo.

Como cualquier otra ocupación, el personal administrativo debe ser eficiente en su trabajo. En esta situación, un administrador necesita algunos conocimientos de tecnología de la información. Debe tener en cuenta que todos los registros de pacientes, incluidos los historiales médicos, no pueden salir del área de trabajo debido a las leyes de protección de datos.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://www.opoinnova.com/como-trabajar-administrativo-en-hospital/>.
5. <https://revistamedica.com/habilidades-funciones-administrativo-sanitario/>.

Capítulo 534

EL ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

1 Introducción

Dentro de un complejo hospitalario, el Área de Gestión incide directamente en el servicio de atención al paciente. La capacidad de comunicación del personal administrativo ayuda a que este servicio intente facilitar la información.

Debido a la gran cantidad de pacientes que se pueden acumular, el manejo de los mismos puede tornarse tedioso en ocasiones, lo que genera malestar en el ambiente que debe resolverse con una atención efectiva y reduciendo el tiempo de espera de los pacientes. Por tanto, es crucial organizar y racionalizar la atención de urgencia.

Ante situaciones de urgencia, y dado que en cuestiones de salud el grado de ansiedad que puede desarrollar el paciente que acude con una enfermedad es muy

alto, debemos intentar tranquilizarlo lo máximo posible con: voz suave, volumen bajo, avisando la situación planteada por el usuario, y explicándole el recurso que se movilizará para resolverla.

Actualmente Internet puede utilizarse para solucionar problemas desde casa mediante diversos métodos, incluido el teléfono y los nuevos sistemas de información. En todo momento, el administrador está obligado a proporcionar actualizaciones sobre la cartera de servicios del Centro.

El administrativo también puede ofrecer un servicio telefónico, dependiendo del tipo de centro (por ejemplo, centros de salud o clínicas de barrio) y también puede ayudar a los usuarios a acceder a los servicios más fácilmente.

Cita previa; recopilación de datos de direcciones; creación de registros médicos; información; procesos relacionados con cambio de médico o tarjeta sanitaria; reclamos; informes administrativos y clínicos; recepción; remisión; y resolución de quejas y reclamos, entre otros servicios.

2 Objetivos

- Valorar el aporte del administrativo a la atención al paciente y al sistema de salud.
- Describir los protocolos del administrativo para los usuarios 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 ha utilizado Google Books para realizar una búsqueda exhaustiva de libros y también se han consultado revistas académicas revisadas por pares en busca de artículos científicos.

4 Resultados

Los profesionales deben haber recibido capacitación previa en una variedad de habilidades sociales, incluida la empatía, la resiliencia, la escucha activa, el manejo del estrés, la resolución de problemas y la asertividad, para poder brindar atención al paciente de manera efectiva. Esto les permite "estar más cerca del cliente". El experto debe estar dedicado a brindar servicios de alta calidad y tener un sentido de participación en el proceso. Siempre debes estar listo para una

interacción positiva y ayudar a todos si la atención se brinda por teléfono, la información que nos solicita nuestro paciente.

Dado que los gestos y el lenguaje corporal transmiten una parte considerable de lo que se pretende decir, se cree que la "comunicación no verbal" es de suma importancia. Esta línea de comunicación entre el profesional y el paciente es crucial porque revela una parte importante de su personalidad.

Por otro lado, trabajar en la atención al paciente es una tarea difícil porque muchos usuarios tienen una actitud discrepante, por lo que el profesional necesita saber mantener la calma y manejar la situación de la mejor manera. Es por esto que muchos profesionales experimentan malestar y desarrollan el "síndrome de burnout".

En relación con esto y en lo que respecta a los roles del administrador en la atención al paciente, se pueden mencionar algunos:

- Atención telefónica y al cliente.
- Gestión de datos de pacientes y programación de citas.
- Procesos administrativos de documentos, expedientes y comunicaciones tanto interna como exterior.
- Creación de informes.
- Recibir y atender las reclamaciones, quejas y sugerencias que le formule el numerosos usuarios.

En los centros de salud, el equipo administrativo en su conjunto establece funciones cruciales de organización, coordinación, planificación, almacenamiento y registro. Son necesarios para mantener un orden lógico porque sin ellos sería imposible.

5 Discusión-Conclusión

Todo servicio de salud debe tener como objetivo principal la prestación de servicios de salud centrados en el usuario, presumiendo que el usuario es el verdadero protagonista del servicio y tiene derecho a seleccionar y utilizar aquellos servicios individualizados del más alto nivel de calidad técnica y humana.

Por lo tanto, es crucial promover una política de calidad total que esté centrada en el usuario y no solo en la eficiencia de los procesos administrativos.

La evaluación de la satisfacción de los usuarios será el principal determinante del éxito o fracaso de la gestión, por lo que se deben preferir sistemas de medición de la misma a través de formularios, cuestionarios o rúbricas.

6 Bibliografía

1. La importancia de los servicios de atención al paciente [Internet]. UNIR. 2022 . Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>.
2. <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 535

EL ÁREA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TRABAJO DEL CELADOR

INMACULADA CARO CORDERO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital es un entorno médico altamente especializado y crítico, donde se brinda atención a pacientes en condiciones de salud graves y se requiere una vigilancia constante. El papel del celador en la UCI es de suma importancia, ya que desempeña múltiples funciones esenciales que contribuyen al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente de esta unidad.

Esta guía tiene como objetivo proporcionar una comprensión detallada del trabajo del celador en el entorno de la UCI. Exploraremos las responsabilidades específicas que recaen sobre el celador en este contexto, desde el traslado y la admisión de pacientes hasta la colaboración con el personal médico y de enfermería, así como la importancia de mantener un entorno limpio y seguro.

A lo largo de esta guía, se destacará la relevancia de la asistencia en procedimientos médicos, el apoyo emocional a los pacientes y sus familias, y la documentación precisa de las actividades realizadas en la UCI.

El trabajo del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos es fundamental para garantizar una atención integral y de alta calidad a los pacientes más críticos. Su compromiso y competencia son esenciales para la atención médica en este entorno exigente.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas del celador en la unidad de cuidados intensivos hospitalaria.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico, SciELO y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("intensive care unit" OR uci OR icu) AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker).

4 Resultados

El área de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital es un entorno crítico donde se brinda atención a pacientes que se encuentran en estado grave o requieren una vigilancia médica intensiva. El trabajo del celador en la UCI es fundamental para mantener la eficiencia, la seguridad y la comodidad de los pacientes en estas condiciones delicadas. A continuación, se describen las principales responsabilidades y tareas del celador en el entorno de la UCI:

Traslado y admisión de pacientes: El celador puede estar involucrado en el traslado de pacientes a la UCI desde otras áreas del hospital. Deben ser trasladados con cuidado y atención a su estado, asegurando su estabilidad durante el proceso.

Apoyo en la higiene y la movilización: Los pacientes en la UCI a menudo tienen movilidad limitada. Los celadores ayudan a los pacientes en la higiene personal y pueden colaborar con el personal de enfermería en la movilización para prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

Asistencia en procedimientos médicos: El celador puede ayudar durante la realización de procedimientos médicos en la UCI, como la administración de medicamentos, la toma de muestras de sangre o la colocación de catéteres. Su colaboración garantiza la eficacia de estos procedimientos.

Mantenimiento del entorno: Los celadores se encargan de mantener el entorno de la UCI limpio y ordenado, lo que es esencial para prevenir infecciones y garantizar un espacio seguro para los pacientes.

Colaboración con el personal médico y de enfermería: La comunicación y la colaboración efectiva con el personal médico y de enfermería son cruciales para proporcionar una atención integral a los pacientes en la UCI. El celador debe estar atento a las indicaciones del equipo de atención médica.

Asegurar la privacidad y el bienestar del paciente: La privacidad y el bienestar del paciente son de suma importancia en la UCI. El celador debe garantizar que los pacientes sean atendidos de manera respetuosa y que se preserve su dignidad.

Apoyo emocional: Los pacientes y sus familias pueden estar experimentando situaciones de estrés y angustia en la UCI. El celador puede proporcionar apoyo emocional, brindando consuelo y tranquilidad.

Mantenimiento de registros y documentación: Es fundamental llevar un registro preciso de las actividades realizadas en la UCI, incluyendo la administración de medicamentos, procedimientos realizados y cualquier cambio en el estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador en el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es fundamental para proporcionar una atención de alta calidad a los pacientes en estado crítico. A lo largo de esta guía, se han destacado las siguientes conclusiones:

Rol crítico del celador en la UCI: El celador desempeña un papel esencial en la UCI, contribuyendo a la seguridad, el bienestar y el cuidado de pacientes en condi-

ciones de salud graves.

Coordinación de traslados y admisión de pacientes: Los celadores son responsables de trasladar y admitir pacientes en la UCI, garantizando un proceso seguro y eficiente.

Apoyo en procedimientos médicos: La colaboración del celador en procedimientos médicos y cuidados cotidianos es esencial para el funcionamiento efectivo de la UCI y el tratamiento de los pacientes.

Mantenimiento del entorno: Los celadores aseguran que la UCI esté limpia y segura, lo que es crítico para prevenir infecciones y mantener un entorno propicio para la recuperación.

Colaboración con el equipo de atención médica: La comunicación efectiva y la colaboración con el personal médico y de enfermería son esenciales para garantizar un cuidado integral y coordinado.

Apoyo emocional a pacientes y familias: En un entorno de la UCI, donde los pacientes y sus seres queridos pueden estar sometidos a altos niveles de estrés, el celador puede brindar apoyo emocional, ofreciendo consuelo y tranquilidad.

Mantenimiento de registros y documentación: La documentación adecuada de las actividades realizadas en la UCI es crucial para garantizar la continuidad de la atención y la trazabilidad de los procedimientos.

6 Bibliografía

1. Blumberg TJ, Adler AC, Lin EE, et al. Universal Screening for COVID-19 in Children

Undergoing Orthopaedic Surgery: A Multicenter Report. J Pediatr Orthop. 2020;40(10):e990-e993.

2. Gruskay JA, Dvorzhinskiy A, Konnaris MA, et al. Universal Testing for COVID-19 in

Essential Orthopaedic Surgery Reveals a High Percentage of Asymptomatic Infections.

J Bone Joint Surg Am. 2020;102(16):1379-1388.

3. Samiul Islam M, Parvin S, Mahbubur Rahman Khan M, et al. Asymptomatic RT-PCR positive COVID-19 patients in orthopaedic pre-operative evaluation during the peak of the second wave. Clin Infect Pract. 2022;13:100131.

Capítulo 536

EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA Y EL TRABAJO DEL CELADOR

INMACULADA CARO CORDERO

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

1 Introducción

El área de Neonatología Hospitalaria se dedica al cuidado de los recién nacidos prematuros o con problemas de salud significativos. En este entorno, el celador desempeña un papel esencial en la atención y el bienestar de estos bebés frágiles y de sus familias. La presente guía tiene como objetivo proporcionar una comprensión detallada del trabajo del celador en el área de Neonatología.

En esta área, los recién nacidos requieren una atención especializada y constante supervisión, lo que hace que el rol del celador sea crucial para garantizar un entorno seguro y cómodo. A lo largo de esta guía, exploraremos las responsabilidades específicas del celador en Neonatología, desde el traslado y la admisión de los bebés hasta el apoyo en la higiene y la movilización, la colaboración con

el personal médico y de enfermería, y la importancia de mantener un entorno limpio y ordenado.

Además, destacaremos la relevancia de la comunicación con el personal de salud y de brindar apoyo tanto a los bebés como a sus familias, quienes a menudo experimentan ansiedad y estrés en esta situación delicada. La documentación precisa de las actividades realizadas y el mantenimiento de registros son también aspectos clave de la labor del celador en Neonatología.

2 Objetivos

- Informar sobre los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador en la unidad de neonatología hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El área de Neonatología Hospitalaria se dedica al cuidado de los recién nacidos prematuros o que presentan problemas de salud significativos que requieren atención médica especializada. El trabajo del celador en Neonatología es fundamental para garantizar un entorno seguro y confortable para estos bebés frágiles y para apoyar al personal médico y de enfermería en su atención. A continuación, se describen las principales responsabilidades y tareas del celador en esta área:

-Traslado y admisión de recién nacidos: Los celadores pueden estar involucrados en el traslado de los recién nacidos desde la sala de partos o la unidad de cuidados intensivos neonatales a la unidad de Neonatología. Esto requiere extremo cuidado y atención a la comodidad del bebé.

-Apoyo en la higiene y la movilización: Los bebés prematuros y enfermos a menudo necesitan ayuda para la higiene y movilización. Los celadores pueden colaborar en el baño, el cambio de pañales y la posición segura de los recién nacidos.

- Transporte de equipos y suministros: Los celadores pueden ser responsables de transportar equipos médicos y suministros necesarios para el cuidado de los bebés en Neonatología, asegurándose de que estén disponibles cuando se requieran.
- Mantenimiento del entorno: Es fundamental mantener un entorno limpio y ordenado en la unidad de Neonatología para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los bebés. Los celadores pueden desempeñar un papel en la limpieza y la organización de la unidad.
- Colaboración con el personal de enfermería y médicos: La comunicación y la colaboración efectiva con el personal de enfermería y médicos son esenciales para proporcionar atención integral a los bebés en Neonatología. Los celadores deben estar atentos a las indicaciones del equipo de atención médica.
- Asegurar la privacidad y el bienestar del bebé: La privacidad y el bienestar de los bebés y sus familias son de suma importancia en Neonatología. Los celadores deben garantizar que los bebés sean atendidos de manera respetuosa y que se preserve su dignidad y privacidad.
- Apoyo emocional a las familias: Las familias de los recién nacidos en Neonatología a menudo están experimentando estrés y ansiedad. Los celadores pueden brindar apoyo emocional, ofreciendo consuelo y comprensión.
- Mantenimiento de registros y documentación: Es esencial llevar un registro preciso de las actividades realizadas en Neonatología, incluyendo el estado y las necesidades de los bebés, para garantizar una atención integral y coordinada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador en el área de Neonatología Hospitalaria desempeña un papel fundamental en la atención y el cuidado de los recién nacidos prematuros o con problemas de salud significativos. A lo largo de esta guía, se han destacado las siguientes conclusiones:

Rol esencial del celador en Neonatología: Los celadores desempeñan un papel crucial al garantizar un entorno seguro, limpio y ordenado para los recién nacidos y sus familias. Su labor contribuye directamente al bienestar de estos bebés frágiles.

Traslado y admisión seguros: Los celadores son responsables de trasladar y admitir a los recién nacidos en Neonatología, asegurando un proceso seguro y cuidadoso.

Apoyo en la higiene y la movilización: Los celadores colaboran en la atención de los bebés, brindando ayuda en la higiene y la movilización, lo que es esencial para su comodidad y salud.

Colaboración con el personal de salud: La comunicación y la colaboración efectiva con el personal médico y de enfermería son cruciales para proporcionar atención integral a los bebés en Neonatología.

Mantenimiento del entorno: El celador se encarga de mantener un entorno limpio y ordenado, lo que es fundamental para prevenir infecciones y garantizar la seguridad y comodidad de los bebés.

Privacidad y bienestar del bebé y la familia: La privacidad y el bienestar de los bebés y sus familias son de suma importancia en Neonatología. Los celadores deben asegurarse de que se preserve su dignidad y privacidad.

Apoyo emocional a las familias: Las familias de los recién nacidos a menudo están experimentando situaciones de estrés y ansiedad. Los celadores pueden proporcionar apoyo emocional, brindando consuelo y comprensión.

Documentación y registro precisos: La documentación adecuada de las actividades realizadas en Neonatología es esencial para garantizar la continuidad de la atención y la trazabilidad de los procedimientos.

6 Bibliografía

1. Ayebare E, Lavender T, Mweteise J, et al. The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021. 25;21(1):443.

Disponible en: The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya - PMC (nih.gov)

2. Zhao S, Long M, Diao Y, et al. Culture-related grief beliefs and social support influence depressive symptoms of Shidu parents in rural China. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2021.

22;12(1). Disponible en: Culture-related grief beliefs and social support influence depressive symptoms of Shidu parents in rural China - PubMed (nih.gov)

3. Medeiros Alves J de, Almeida Júnior JJ de, Araújo de Oliveira Batista LP, Santana da Silva FR, Santos Silva CC dos, Tomaz dos Santos Barros WC. Death and dying of newborns and children: relationships between nursing and family according to Travelbee. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022. 75(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0007>

Capítulo 537

EL TRASLADO DE LOS PACIENTES QUE SUFREN PARKINSON POR PARTE DEL CELADOR SANITARIO

INMACULADA CARO CORDERO

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

El traslado de pacientes que sufren de Parkinson por parte del celador sanitario es una tarea de gran importancia en el ámbito de la atención médica. El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que afecta la movilidad y la coordinación motora de los pacientes, lo que puede complicar su traslado de un lugar a otro dentro de un entorno hospitalario o de cuidados de salud.

El objetivo de esta guía es proporcionar una comprensión detallada de las consideraciones y las mejores prácticas que deben tenerse en cuenta al llevar a cabo el traslado de pacientes con Parkinson. Exploraremos las responsabilidades del celador sanitario en este proceso, incluyendo la evaluación de la condición del paciente, la elección de la técnica adecuada de traslado, la comunicación con

el paciente y la colaboración con el personal de enfermería y terapeutas ocupacionales.

A lo largo de esta guía, destacaremos la importancia de mantener la seguridad y la comodidad del paciente, así como la necesidad de proporcionar apoyo emocional. También se abordarán aspectos clave como la documentación adecuada y la capacitación continua para el celador sanitario.

En resumen, el traslado de pacientes con Parkinson es una tarea que requiere una atención especializada y empática. El celador sanitario desempeña un papel fundamental en garantizar que estos pacientes sean trasladados de manera segura y respetuosa, contribuyendo a su bienestar y calidad de atención.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

1. Identificar la eficacia de los distintos cuidados y ayudas que realiza el celador con pacientes con Parkinson.
2. Observar las modalidades de cuidados y ayudas del celador con pacientes con Parkinson.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El traslado de pacientes que sufren de Parkinson por parte del celador sanitario es una tarea que requiere una atención especial debido a los desafíos asociados a esta enfermedad neurodegenerativa. El Parkinson afecta el sistema motor y puede causar rigidez, temblores y dificultades en la movilidad, lo que hace que

el traslado de estos pacientes sea un proceso que debe realizarse con cuidado y consideración. A continuación, se describen algunas consideraciones y prácticas recomendadas para el traslado de pacientes con Parkinson por parte del celador sanitario:

- Evaluación del paciente: Antes de realizar cualquier traslado, es importante evaluar el estado de salud del paciente con Parkinson. Esto implica tener en cuenta la etapa de la enfermedad, la presencia de síntomas motores, la medicación que está tomando y cualquier restricción o precaución médica específica.
- Comunicación con el paciente: Es fundamental establecer una comunicación clara con el paciente y explicar el proceso de traslado. Asegúrate de que el paciente esté cómodo y comprenda lo que está sucediendo.
- Colaboración con el personal de enfermería: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería o terapeutas ocupacionales para determinar la mejor técnica de traslado. Puede ser necesario utilizar dispositivos de ayuda, como grúas o sillas de ruedas adaptadas.
- Técnica de traslado adecuada: Utiliza una técnica de traslado adecuada para minimizar el riesgo de caídas o lesiones. Esto puede implicar ayudar al paciente a levantarse de la cama o de una silla de ruedas, o asegurarse de que esté bien sujeto al ser trasladado.
- Velocidad y paciencia: Realiza el traslado a un ritmo que sea cómodo para el paciente. La rigidez y los temblores asociados al Parkinson pueden requerir más tiempo y paciencia.
- Mantén la seguridad: Asegúrate de que el entorno esté libre de obstáculos y sea seguro para el traslado. Evita movimientos bruscos y proporciona un apoyo adecuado.
- Documentación y registro: Lleva un registro de los traslados y de cualquier cambio en la condición del paciente para mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y el equipo médico.
- Apoyo emocional: Reconoce que el paciente con Parkinson puede experimentar frustración, ansiedad o estrés debido a las dificultades de movilidad. Ofrece apoyo emocional y comprensión durante el proceso.
- Capacitación y actualización: Los celadores sanitarios deben recibir capacitación adecuada en el traslado de pacientes con condiciones de salud específicas, como el Parkinson. También es importante mantenerse actualizado sobre las mejores prácticas y técnicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el traslado de pacientes que sufren de Parkinson por parte del celador sanitario es una tarea de gran relevancia en el entorno de la atención médica. A lo largo de esta guía, se han destacado las siguientes conclusiones:

Importancia del cuidado especializado: El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que afecta la movilidad y la coordinación de los pacientes. Esto requiere una atención especializada y cuidadosa durante el proceso de traslado.

Evaluación y comunicación: La evaluación de la condición del paciente y la comunicación efectiva son fundamentales para determinar la técnica de traslado adecuada y para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Colaboración interprofesional: La colaboración con el personal de enfermería, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud es esencial para proporcionar una atención integral y coordinada.

Mantenimiento de la seguridad y la comodidad: El celador sanitario debe garantizar un entorno seguro y cómodo para el paciente durante el traslado, evitando caídas o lesiones.

Apoyo emocional: Los pacientes con Parkinson pueden experimentar frustración, ansiedad o estrés debido a las dificultades de movilidad. El celador debe ofrecer apoyo emocional y comprensión durante el proceso.

Documentación y registro: Llevar un registro preciso de los traslados y de cualquier cambio en la condición del paciente es esencial para una comunicación efectiva y una atención continua.

Capacitación y actualización: Los celadores sanitarios deben recibir capacitación adecuada en las técnicas de traslado de pacientes con Parkinson y mantenerse actualizados sobre las mejores prácticas y los avances en el cuidado de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Goldstein RD, Petty CR, Morris SE, Human M, Odendaal H, Elliott A et al. Pre-loss personal factors and prolonged grief disorder in bereaved mothers. *Psychol Med* [Internet]. 2019;49(14). Disponible en: Pre-loss personal factors and prolonged grief disorder in bereaved mothers - PubMed (nih.gov)
2. Mufato LF, Gaiva MAM. Reasons why of nurses empathy with newborn families in neonatal ICU. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020;41. Disponible en: Reasons why of nurses empathy with newborn families in neonatal ICU - PubMed (nih.gov)

3. Rachel S. Newson, Paul A. Boelen, et al. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults, *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2021. Volume 132, Issues 1–2, ,Pages 231-238. Disponible en: The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults - ScienceDirect
4. Pattison NA, White C, Lone NI. Bereavement in critical care: A narrative review and practice exploration of current provision of support services and future challenges. *Journal of the Intensive Care Society*. [Internet]. 2021;22(4):349-356. Disponible en: Bereavement in critical care: A narrative review and practice exploration of current provision of support services and future challenges - Natalie A Pattison, Catherine White, Nazir I Lone, 2021 (sagepub.com)
5. Grunauer M, Mikesell C, et al; PICU-MIC Research Group. Availability and Quality of Grief and Bereavement Care in Pediatric Intensive Care Units Around the World, Opportunities for Improvement. *Front Pediatr* [Internet]. 2021. 15;9:742916. Disponible en: Availability and Quality of Grief and Bereavement Care in Pediatric Intensive Care Units Around the World, Opportunities for Improvement - PubMed (nih.gov)

Capítulo 538

LAS FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA RENAL

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

1 Introducción

Los pacientes que han sido diagnosticados con insuficiencia renal crónica por una variedad de razones se someten al tratamiento de hemodiálisis.

Las toxinas, los productos de desecho producidos por el cuerpo, el exceso de líquidos, además de controlar los niveles de ácido del cuerpo, son eliminados por los riñones, que también mantienen un equilibrio saludable de agua y sales minerales en la sangre.

La enfermedad que produce un alto grado de discapacidad durante un período prolongado de tiempo y se acompaña de diversas patologías secundarias que pueden empeorar el estado de salud del paciente es la insuficiencia renal crónica, que es la que con mayor frecuencia produce mortalidad y morbilidad.

Los pacientes a los que se les ha diagnosticado la afección deben recibir terapia de hemodiálisis para poder realizar las funciones normales del riñón, pero de manera automatizada.

La sangre del paciente se filtra a través de un dializador como parte del procedimiento de hemodiálisis. El trabajo típico de los riñones es eliminar los productos de desecho y las toxinas del cuerpo de la sangre, pero este filtro hace lo mismo. En el hospital existen unidades especializadas con la infraestructura y las instalaciones necesarias para realizar estos tratamientos. Equipos de trabajo de diversas categorías profesionales, incluido el celador, conforman estas unidades.

2 Objetivos

Describir las diversas responsabilidades del celador en el servicio de hemodiálisis y la trascendencia de esta posición en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La sangre del paciente se filtra a través de un dializador como parte del procedimiento de hemodiálisis. El trabajo típico de los riñones es eliminar los productos de desecho y las toxinas del cuerpo de la sangre, pero este filtro hace lo mismo. Se requiere acceso vascular para los pacientes que reciben estos tratamientos para mover y transferir un flujo considerable de sangre.

Esta terapia se puede administrar en casa, lo que tiene el beneficio de minimizar los cambios de vida del paciente al evitar que tenga que viajar al hospital.

La terapia que se administra de forma ambulatoria y se realiza en un ámbito hospitalario es la que se utiliza con mayor frecuencia.

Debido a la naturaleza prolongada del tratamiento, es habitual que los pacientes reciban atención en camas o sillones donde puedan estar lo más cómodos posible y puedan colocarse en varias posiciones anatómicas.

El celador es uno de los profesionales que desempeña sus funciones en el área de hemodiálisis y se le pueden acreditar las siguientes competencias:

1-Serán los encargados de trasladar a los pacientes desde las ambulancias hasta la unidad de hemodiálisis correspondiente, este movimiento se puede hacer en camilla o en silla de ruedas, dependiendo de la condición de cada paciente. Una vez finalizados los tratamientos, serán ellos los encargados de devolver a los pacientes a las ambulancias de transporte.

2- Para realizar el procedimiento de hemodiálisis, deberán trasladar a los pacientes que necesiten asistencia y colocarlos en las camas o sillas correspondientes.

3- También ayudarán al personal de enfermería a vestir o desvestir a los pacientes que, por sus necesidades, no puedan hacerlo por sí mismos.

4- Serán los encargados de trasladar los muebles o equipos necesarios para los pacientes de hemodiálisis a otras unidades o lugares del hospital, así como dentro de la propia unidad de hemodiálisis.

5- Las muestras biológicas de los pacientes que necesiten análisis también serán encomendadas al celador.

6- Serán los encargados de trasladar a los pacientes de hemodiálisis a los diferentes departamentos del hospital para que se les realicen otras pruebas complementarias que ayuden con sus patologías.

7- Los celadores serán los responsables de trasladar a los pacientes ingresados a las distintas plantas del hospital para que puedan recibir los tratamientos de hemodiálisis adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Para poder realizar tratamientos de extrema delicadeza, las unidades de hemodiálisis del hospital son una parte fundamental del servicio hospitalario.

Debido a que muchos de los pacientes que necesitan estos servicios son personas mayores y pueden tener problemas de movilidad o cognitivos, es evidente la importancia del celador en estas unidades hospitalarias.

La presencia de estos profesionales es muy valorada tanto por los pacientes como por los profesionales que trabajan para este servicio, no solo porque ayuda en la movilización y traslado de los pacientes, sino también por la atención compasiva que brindan cuando los pacientes están experimentando problemas médicos.

Por todo ello, es necesario que estos profesionales como son los celadores tengan formación en diversas habilidades además de tener empatía con los distintos

pacientes que requerirán estas terapias para evitar alteraciones en el normal funcionamiento del área.

6 Bibliografía

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

Capítulo 539

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL PERIODO DE PANDEMIA

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

1 Introducción

En la era del coronavirus, la figura del celador o celadora en el ámbito de la salud ha experimentado una transformación significativa, asumiendo un papel de vital importancia en la operatividad y la eficacia de los centros médicos y hospitalarios. Estos profesionales, cuyo rol tradicionalmente ha sido asociado con la logística y la movilización de recursos en las instalaciones de atención médica, han emergido como una pieza fundamental en la respuesta global a la pandemia.

La propagación del virus SARS-CoV-2 ha generado una demanda sin precedentes en los sistemas de salud de todo el mundo, dando lugar a la necesidad de reorganizar y adaptar rápidamente las estructuras de atención médica para hacer frente a la avalancha de casos. En este contexto, los celadores han asumido la responsabilidad crucial de garantizar la correcta gestión del flujo de pacientes,

la disposición adecuada de equipos y suministros médicos, y la implementación efectiva de protocolos de prevención y control de infecciones.

Uno de los aspectos más destacados de la labor del celador en tiempos de coronavirus es su contribución en la creación de un entorno seguro para pacientes y personal médico. Esto implica supervisar el cumplimiento riguroso de medidas sanitarias, como el distanciamiento físico en las áreas de espera y la utilización correcta de equipos de protección personal. Además, los celadores desempeñan un papel esencial en la coordinación logística, asegurando la distribución adecuada de recursos médicos y equipos críticos, lo que a su vez alivia la carga de trabajo del personal médico directamente involucrado en la atención a los pacientes afectados por el virus.

La versatilidad de los celadores se manifiesta en su capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. Además de sus funciones habituales, en el contexto de la pandemia han asumido tareas adicionales, como el apoyo en la desinfección de áreas de alto contacto, el traslado seguro de pacientes contagiados y la colaboración estrecha con otros profesionales de la salud para facilitar la operación fluida de los servicios médicos.

No obstante, no está exenta de desafíos la labor de los celadores en estos tiempos. La exposición al virus y la necesidad de seguir rigurosamente los protocolos de seguridad pueden generar tensiones emocionales y físicas. A pesar de estos obstáculos, los celadores demuestran una dedicación incansable y una actitud ejemplar hacia su trabajo, reafirmando su compromiso con la salud pública y la seguridad de la comunidad.

Este trabajo busca aumentar la conciencia pública sobre el rol crucial de los celadores en la respuesta a la pandemia. Al comprender la importancia de su labor, la sociedad puede apreciar mejor la complejidad de la atención médica en tiempos de crisis y mostrar solidaridad hacia quienes están en la primera línea. Además de destacar las responsabilidades y logros de los celadores, el trabajo puede abordar los desafíos que enfrentan, como el riesgo de exposición al virus y las dificultades logísticas. También puede explorar las soluciones y estrategias que se han implementado para superar estos desafíos.

El artículo puede ser una herramienta para que las instituciones de salud y los líderes reconozcan formalmente la contribución de los celadores. Esto puede llevar a mejoras en las condiciones laborales, capacitación adicional y reconocimiento en términos de compensación y oportunidades profesionales.

2 Objetivos

- Indicar algunas de las funciones y responsabilidades del celador en el periodo de pandemia por la Covid-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

La figura del celador o celadora en tiempos de coronavirus desempeña un papel crucial en el funcionamiento de los hospitales y centros de atención médica. Los celadores son profesionales que realizan diversas tareas de apoyo logístico y asistenciales en el entorno hospitalario, contribuyendo al buen funcionamiento de las instalaciones y al bienestar de los pacientes. En el contexto de la pandemia de coronavirus (COVID-19), su labor se ha vuelto aún más relevante. Algunas de sus responsabilidades y roles en este período incluyen:

1. Control de acceso y seguridad: Los celadores son esenciales para controlar el acceso a las instalaciones y asegurarse de que solo las personas autorizadas entren en el hospital. Esto es especialmente importante durante una pandemia para prevenir la propagación del virus.
2. Transporte de pacientes: Los celadores se encargan de transportar a los pacientes dentro del hospital, ya sea para realizar pruebas, procedimientos médicos o traslados entre diferentes áreas. Durante la pandemia, pueden ser necesarios para trasladar a pacientes con COVID-19 de manera segura y adecuada.
3. Apoyo logístico: Ayudan en la distribución de suministros médicos y equipos de protección personal (EPP) a las diferentes unidades del hospital. Esto es esencial para garantizar que el personal médico tenga acceso a los recursos necesarios para brindar atención segura y efectiva.
4. Coordinación y apoyo al personal médico Los celadores pueden colaborar en la coordinación de las actividades en el hospital, asegurando que las salas estén preparadas para los procedimientos y que el equipo médico cuente con lo que necesitan.

5. Atención al paciente: Además de las tareas logísticas, los celadores también interactúan directamente con los pacientes, brindándoles asistencia y orientación. Durante la pandemia, esto podría implicar proporcionar información sobre las medidas de seguridad y las políticas del hospital relacionadas con el COVID-19.

6. Mantenimiento y desinfección: Pueden participar en la limpieza y desinfección de áreas específicas, contribuyendo a mantener un entorno seguro y libre de contagios.

7. Cumplimiento de protocolos de seguridad: Los celadores deben seguir estrictamente los protocolos de seguridad y prevención establecidos por las autoridades sanitarias y el hospital para evitar la propagación del virus.

En resumen, la figura del celador o celadora en tiempos de coronavirus es esencial para mantener el funcionamiento seguro y eficiente de los hospitales y centros de atención médica. Su trabajo contribuye en gran medida a garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria mientras se toman medidas para prevenir la propagación del virus.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la figura del celador o celadora ha demostrado ser fundamental y valiosa en tiempos de la pandemia de coronavirus. Estos profesionales no solo desempeñan un papel logístico crucial, asegurando el transporte seguro de pacientes y la distribución de suministros médicos, sino que también brindan apoyo emocional a los pacientes y al personal médico en un momento de incertidumbre y desafío. Su compromiso con el cumplimiento de protocolos de seguridad y su contribución al mantenimiento de un entorno limpio y desinfectado han sido esenciales para prevenir la propagación del virus en los hospitales y centros de atención médica. La labor de los celadores en esta época refleja su dedicación a la salud y el bienestar de todos, recordándonos que la colaboración y el trabajo en equipo son fundamentales para superar desafíos de magnitud global como la pandemia de COVID-19.

6 Bibliografía

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

Capítulo 540

EL CELADOR, TÉCNICAS DE DECÚBITO LATERAL Y COLOCACIÓN DE ALMOHADAS EN EL PACIENTE INGRESADO

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

1 Introducción

En los cambios posturales del paciente se incluye el decúbito lateral derecho (DLD) y el decúbito lateral izquierdo (DLI). Estos cambios se utilizan con frecuencia en pacientes dependientes y con movilidad limitada. Nos permiten prevenir el desarrollo de las llamadas úlceras por presión (UPP), que son heridas.

Dependiendo de una serie de variables, como la edad, el estado nutricional, el estado de hidratación, etc., los procedimientos de decúbito deben realizarse siempre en pacientes a menos que existan contraindicaciones. Cada dos o tres horas, se realizarán. Debe valorarse siempre en función de los niveles específicos de dependencia y de los factores anteriormente mencionados.

Definiremos las úlceras por presión para entender qué podemos evitar como resultado de estas movilizaciones. Las úlceras son un tipo de lesión isquémica que afecta a la piel y tejidos más profundos y son provocadas por la presión prolongada o la fricción entre dos superficies duras, lo que resulta en la pérdida de la sustancia de la piel.

Hay cuatro etapas (I, II, III y IV) para este tipo de ulceración. De menor a mayor, estos números muestran la gravedad de las heridas. El estadio I se refiere al eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la lesión más grave, pérdida de tejido y visibilidad ósea.

La vida del paciente y la estancia en el hospital pueden cambiar dramáticamente y para peor como resultado de este tipo de lesión. Para prevenir este tipo de lesiones, el celador juega un papel crucial para el paciente postrado en cama en esta situación.

En este capítulo, discutiremos cómo realizar el decúbito lateral y cómo colocar almohadas para reducir la presión entre los planos duros y crear planos blandos en su lugar, lo que también mejorará la comodidad del paciente hospitalizado.

2 Objetivos

- Describir cómo posicionar a los pacientes de manera efectiva en decúbito lateral izquierdo y decúbito lateral derecho y dónde colocar almohadas para prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Supondremos que el paciente está en decúbito supino para explicar los procedimientos a seguir al colocarlo en decúbito lateral izquierdo y decúbito lateral derecho.

El celador debe empezar por hacer estas fases:

1. Se usará guantes después de lavarse las manos. No es necesario que sean estériles.
2. Después de dar la bienvenida al paciente a la habitación, es necesario explicar lo que se hará priorizando su privacidad, cerrando la puerta y utilizando mamparas.
3. La cama se colocará completamente horizontal y si se puede mover como un bloque, se colocará a una altura que permita al celador utilizar la técnica sin lastimarse.
4. Para facilitarle los movimientos, se quitará la almohada para la cabeza. Se retirará con cuidado, prestando atención a la cabeza del encamado.
5. Es necesario trasladar al paciente al extremo de la cama antes de que pueda comenzar la movilización. Se desplazará del decúbito lateral derecho al lado izquierdo, y del decúbito lateral izquierdo al lado derecho. Para ello, el celador hará tres toques: primero los hombros, luego las caderas y por último las piernas. Pasar un brazo por debajo de los hombros del paciente, luego la cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras se le guía con la otra mano hacia el cuerpo del celador, es una buena manera de prevenir lesiones y daños al paciente. La colocación de las piernas es más sencilla porque todo lo que se requiere es agarrarlas con las manos y llevarlas junto con el cuerpo.
6. Se colocará la pierna derecha del paciente en el borde de la cama una vez que estén completamente rectas. La rodilla derecha estará flexionada y el pie descansará sobre la cama. Se dejará una pierna extendida.
7. A continuación, se impulsará suavemente colocando una mano sobre el hombro más próximo al celador y otra mano sobre el trocánter de la pierna flexionada, de manera que el paciente quede a un lado.
8. Al utilizar la técnica de movilización, debemos estar muy pendientes de la sensación del paciente para determinar si duele o simplemente se siente incómodo.
9. Debemos cambiar de postura en un solo movimiento para evitar “atrapar” el hombro y el brazo que están en contacto con la cama.
Podemos garantizar una posición ergonómica adecuada porque el celador extenderá su mano ligeramente por debajo del hombro.
10. Con el codo flexionado y la mano apuntando hacia arriba, se debe ubicar el brazo que está más alejado del colchón. Como resultado, no habrá una posición muy rígida.
11. Una vez finalizada la movilización, el profesional colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápidamente evitando así lesiones en el cuello del paciente.
12. A la persona encamada también se le colocará uno justo detrás de la espalda para evitar que deshaga el cambio de postura.

13. Para evitar la presión entre las rótulas y los tobillos, se coloca otra almohada entre cada pierna.
14. Además, podrías meter otra almohada entre los brazos. Aunque es poco común colocarlos porque los codos no suelen alinearse.
15. Luego se arropará al paciente y se le brindará el mejor nivel de comodidad una vez que esté en la posición ideal.
16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos Nuestras manos.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de no ser miembro del equipo de salud, el celador es uno de los que más contribuye al confort del paciente. Es capaz de mejorar la salud del paciente durante el tiempo que tarda en ser admitido debido a sus habilidades y conocimientos. El desempeño incorrecto de las funciones del celador podría hacer que el paciente se vuelva inestable, provoque lesiones o incluso provoque lesiones en el propio celador.

Se necesita una combinación perfecta de conocimientos y protocolos para aplicar estas técnicas, como cambios posturales, de una manera que brinde comodidad al paciente en lugar de dolor o incomodidad, incluso en los peores casos de lesiones. El celador puede decidir qué movimientos y con qué frecuencia son mejores para el paciente postrado en cama porque son profesionales capacitados. Por todo ello, el celador es un miembro fundamental de cualquier departamento hospitalario. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextandpid=S1134-928X2013000100008.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 541

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

La figura del celador en la planta de hospitalización ayuda al personal de enfermería a la realización de las curas cuando estas no pueden realizarlo solos, por este motivo los celadores muchas de las veces tienen que ver heridas muy desagradables como en este caso son las úlceras por presión (UPP). Una ulcera por presión es un área de la piel lesionada que se da por estar el paciente siempre en la misma postura durante un intervalo de tiempo prolongado, se suele formar este tipo de lesiones donde los huesos están cerca de la piel como es el caso de los tobillos, los talones, omoplatos, llegando a producir infecciones graves y en algunas de las úlceras pueden llegar a poner la vida en peligro del paciente.

Las úlceras por presión son producidas por estar limitado tanto a una silla como a una cama, por eso se tiene un mayor riesgo de desarrollarlas. Pero en algunos casos hay pacientes que en un periodo corto de plazo de movilización puede llegar a sufrirlas.

Se pueden tomar medidas para prevenir las escaras y ayudar a que se cure. Para prevenir las úlceras en estos pacientes el celador tiene que realizar los cambios de posición cada dos horas aproximadamente, colocándole almohadas para evitar los puntos de presión.

2 Objetivos

Vamos a detallar de manera específica cómo influye una correcta realización del trabajo del celador en la prevención de la aparición de las úlceras por presión.

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

En esta ocasión nos vamos a centrar en la figura del celador como parte fundamental en la prevención de las úlceras por presión.

Las úlceras por presión son producidas por estas limitado tanto a una silla como a una cama, por eso se tiene un mayor riesgo de desarrollarlas. Pero en alguno de los casos hay pacientes que en un periodo corto de plazo de movilización puede llegar a sufrirlas.

Vamos a mostrar explicar en qué posiciones podemos poner al paciente para evitar que aparezcan las úlceras por presión.

Decúbito supino: el paciente se encuentra boca arriba, las zonas donde pueden aparecer las úlceras por presión son debajo de la cabeza, cintura, muslos, piernas, planta de los pies, brazos. Para evitar estos puntos de presión se colocarán almohadas debajo de la cabeza, cintura, muslos, piernas, plantas de los pies, brazos. Ante la colocación de las almohadas hay que tener sumamente cuidado en poner las piernas ligeramente separadas. El caso de los pies y de las manos se deben de conservar la posición funcional, y de gran importancia evitar la rotación trocánter.

Decúbito lateral: el paciente se encuentra tumbado de lado ya sea apoyado sobre su lado derecho como de izquierdo, las zonas donde pueden aparecer las úlceras por presión son debajo de la cabeza, espaldas y en las piernas. Para evitar estos puntos de presión se colocarán almohadas debajo de la cabeza, otra apoyando la espalda, y la otra se colocará entre las piernas. Ante la colocación de las almohadas hay que tener sumamente cuidado en que la espalda quedara apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 a 60°, las piernas quedaran en ligera flexión, los pies formaran un ángulo recto con las piernas, en los pacientes que puedan realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocando soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización, los pies y las manos deben de conservar una posición funcional.

Sentados en el sillón: el paciente se encuentra sentado en el sillón, es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio. No se debe de utilizar roscos o también conocidos flotadores de caucho. Los puntos de apoyo se deben de modificar con la misma frecuencia que en los encamados. Se deberá de evitar la hiper flexión cervical, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel. Las almohadas se deben de colocar en la región cervical, y en la región lumbo-sacra.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador en las plantas de hospitalización es de gran importancia, ya que los cambios posturales no pueden hacerlos solos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, ya que son personas que se encuentran muy malitas y no colaboran en nada. Que tanto un técnico en cuidados auxiliares de enfermería como un celador sepa hacer un cambio postural es de gran importancia ya que los pacientes de esta manera evitan que le salgan las úlceras por presión, este tipo de heridas tardan mucho en sanar llegando a producirle hasta la muerte al paciente. El buen saber de los protocolos a seguir esto hace que tanto el paciente como los familiares se encuentren tranquilos hasta que son dados de alta.

6 Bibliografía

1. <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>.

Capítulo 542

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE LOS ACOMPAÑANTES

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

1 Introducción

Cuando una persona acude a un hospital, centro de salud o cualquier otra institución sanitaria, la figura del Celador es de vital importancia, ya que es la primera persona con la que hacen contacto. La información que dará el personal a los familiares, forma parte del derecho que tiene el usuario de las instituciones sanitarias a la información sobre los servicios de salud de los que dispone, a los que puede acceder y sobre lo necesario para su uso.

La información por parte del celador debe ser en un lenguaje apropiado, siguiendo los principios descritos en los principios de diseño para todos, de modo que sea accesible y comprensible, es decir, la información sobre los servicios de salud debe ser: clara, simple, completa y detallada.

La comunicación es una de las funciones más importantes del Celador, pues debe tener en cuenta que muchas veces la situación de estrés con la que familiares y pacientes acuden a cualquier centro sanitario, ya sea debido a los nervios de

realizar cualquier prueba o a la propia hospitalización, puede ser elevada e intentarán sonsacarnos información que a nosotros nos está prohibida comunicarles, pero a pesar de su insistencia debemos ser siempre comprensibles y ponernos en su lugar.

2 Objetivos

El objetivo principal:

Dar a conocer el papel de los celadores ante los acompañantes de los enfermos hospitalizados.

Como objetivo secundario:

Mostrar las capacidades que debe tener un celador para acoger a los acompañantes 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.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: comunicación con pacientes y sus familiares, vigilancia, asistencia y control.

4 Resultados

El celador es la primera persona con la que los pacientes y familiares contactan nada más llegar a cualquier institución sanitaria, por ello dependiendo en la forma en la que se establece ese primer contacto se puede crear una buena o mala impresión de los mismos.

Por ello, el celador es importante que obtenga una adecuada formación para obtener un resultado positivo. Por norma general, los familiares suelen tener un alto nivel de ansiedad y preocupación y suelen estar muy susceptibles ante la situación a la que se enfrentan, por lo que tenemos que tener especial cuidado a la hora de comunicarnos tanto con familiares como con pacientes, ya que pueden magnificar cualquier tipo de información.

Entre otras muchas funciones, el celador tiene destinada la función de transmitir información a usuarios, pacientes y familiares, siempre que no haga comentarios sobre diagnósticos que se le estén realizando a los pacientes. Debemos ser lo más empáticos posible con estas personas que normalmente se encuentran ante situaciones complicadas, por lo que les hablaremos con calma, llamándolos por su nombre para que vayan adquiriendo confianza con todo el personal por el que está siendo atendido y siempre con la mayor amabilidad y simpatía posible.

La figura de los acompañantes, como familiares de los pacientes durante su hospitalización o durante cualquier tratamiento, es de vital importancia para los pacientes tanto por el cuidado personal que les proporcionan como anímicamente, ya que les reconforta positivamente durante todo el proceso.

Pero debemos tener en cuenta que ellos también están vulnerables y necesitan también todo el apoyo posible por nuestra parte, puesto que en muchas ocasiones, dependiendo del diagnóstico, igual que los pacientes, necesitan ayuda incluso psicológica.

5 Discusión-Conclusión

La información que el celador le da tanto a familiares como a pacientes debe ser la más completa posible, excepto aquella que esté relacionada con la enfermedad del paciente.

Somos la primera persona con la que se encuentran, por lo que debemos tener en cuenta que es de gran importancia que se sientan escuchados y comprendidos dentro de la estancia.

Tendremos en cuenta las circunstancias por las que están pasando tanto los familiares como los pacientes, dirigiéndonos siempre a ellos con respeto e intentando ponernos siempre en su lugar, utilizando siempre que se pueda y nos den pie a ello la familiaridad.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://www.loggoss.net>.
5. <https://revistamedica.com>.

Capítulo 543

EL CELADOR Y LOS DISTINTOS MEDIOS DE TRASLADO DEL PACIENTE

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

1 Introducción

Los pacientes dentro del centro hospitalario están continuamente siendo trasladados de un lugar a otro, desde la unidad hospitalaria donde se encuentran ingresados, hasta otros servicios del mismo. En todos estos traslados interviene el celador, que se encarga del mismo, siendo los medios con los que se realizan, los protagonistas de este trabajo.

Así, el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971, contempla en su articulado que una de las funciones de los celadores, es, ser el encargado de realizar los traslados y movilización de los pacientes dentro de la institución sanitaria.

Estos traslados son siempre indicados por el personal sanitario o bien por el médico que los asisten y pueden ser realizados dentro del propio centro sanitario, excepto si hubiese algún traslado a otras instituciones, en cuyo caso, dependiendo de la comunidad autónoma, puede existir la figura del celador conductor.

Exceptuando el caso anterior, el celador, puede tener a su alcance, según la tipología de los pacientes y la unidad de recepción del mismo, una gran cantidad de medios mecánicos, como por ejemplo, silla de ruedas, camillas, camas, o incluso los traslados realizados a pie, donde el propio paciente camina hacia la unidad receptora, siempre acompañado por el celador.

Sea como fuese el traslado realizado, el celador, siempre tendrá en cuenta cómo se encuentra el paciente, para la elección del medio de transporte, a no ser que el personal sanitario, previamente, lo haya señalado de antemano. Otras cuestiones a tener en cuenta por el celador, será todo lo que acompaña al paciente, es decir, vías, sueros, drenajes, etc., en cuyo caso deberá prestar especial cuidado y atención a los mismos.

2 Objetivos

1. Conocer las características físicas de los medios que tiene el celador para la realización de los traslados de los pacientes.
2. Describir las pautas para la realización de los traslados con los diversos medios a su alcance.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han obtenido datos científicos teniendo en cuenta numerosas lecturas científicas y técnicas en diferentes y contrastadas fuentes y recursos bibliográficos, así como en la obtención de información de diversas lecturas. Para ello, se ha tenido en cuenta buscadores como Cochrane, Medline, Google Académico. Se han seleccionado los artículos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador es misionario de la realización del traslado del paciente, desde el servicio que acoge al mismo, hasta la unidad o servicio que lo recibe. Estos traslados

serán muy frecuentes en un turno de trabajo, por lo que el celador, debe elegir entre los diferentes medios que tiene a su alcance.

Cuando el paciente se encuentra, dentro de su estado patológico, estable, el traslado puede realizarse a pie, será el propio paciente quien dirija sus pasos hacia la unidad o servicio encomendados. Hay que decir que estos traslados a pie son poco frecuentes, pero se dan casos. En el servicio de urgencias hospitalarias, cuando los pacientes acuden al mismo, son trasladados a pie, muchos de ellos, hacia la unidad correspondiente, especialidades, boxes, pediatría, siempre acompañados por el celador.

Los celadores de puerta, principal o de urgencias, los de consultas externas, también desarrollan sus traslados en la gran mayoría de las ocasiones a pie, acompañan al paciente hacia su lugar de destino.

En estos traslados, el celador, debe prestar especial atención a los cambios de rasante que pueda existir en el suelo, a las escaleras y al pavimento que esté en mal estado, para evitar una caída desafortunada del paciente.

Existen otras ocasiones que el traslado del paciente debe hacerse inevitablemente en silla de ruedas, debido a su escasa movilidad o al tipo de dolencia que presenta. Las sillas de ruedas son de dos tipos, la silla de ruedas normal y la silla de ruedas adaptada, es decir, están destinadas a paciente que por su tipología no pueden ser trasladados en silla de ruedas normal, obesidad mórbida, miembros escayolados, etc.

El celador escogerá la silla de ruedas apropiada, según, se ha dicho, la tipología del paciente, con sus respectivos accesorios en caso necesario, con porta botella de oxígeno o barra porta sueros, según los casos, y siempre teniendo en cuenta estos accesorios.

Por último, el celador puede utilizar también para la realización de los traslados, la propia cama del paciente o una camilla, dependiendo del estado del mismo.

Estos traslados con estos mecanismos son los más utilizados en el medio hospitalario, puesto que los pacientes son personas que se encuentran perfectamente de salud, y a veces es imprescindible que se les mueva lo menos posible, y en estos dos medios puede respetarse esta condición.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier traslado y con los medios que utilice, el celador, siempre deberá realizarlos con cuidado y teniendo en cuenta la gravedad del paciente y los utillajes que porta, como sueros, vías o sondas. Se debe procurar en todo momento que el traslado sea lo más seguro posible y el celador es conocedor de estas indicaciones.

En cuanto a los medios elegidos o impuestos, el celador observará y avisará de los desperfectos o anomalías de los medios físicos, tanto de sus mecanismos eléctricos, si los tuviese, como de los frenos, barandillas y otros accesorios que llevan sillas de ruedas, camas o camillas.

6 Bibliografía

1. Medios de traslados en el hospital. Disponible en: [https://www. enfermeriadeurgencias.com](https://www.enfermeriadeurgencias.com).
2. Traslados hospitalarios internos del paciente. Disponible en: [https:// yoamoenfermeriablog.com](https://yoamoenfermeriablog.com).
3. El celador en el traslado de pacientes en silla de ruedas, cama y camilla. Disponible en: <https://www.revistamedica.com>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 544

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

1 Introducción

Un hospital de día es un servicio que integra una parte de un departamento de oncología dentro de un complejo hospitalario. Los ciclos de quimioterapia, ya sea intravenosa, intraperitoneal o intracavitaria, se administran a los pacientes como parte del programa de tratamiento oncológico del hospital de día según el tipo de cáncer que se tratará. En función del estado de salud de los pacientes en ese momento concreto del ciclo, el servicio de hospital de día se compone de puestos con sillones y boxes con camillas; estos pacientes son delicados y tienen unas necesidades especiales de los cuales motivos es disminución de las defensas del sistema inmunitario como consecuencia de la quimioterapia. El servicio de hospital de día funciona de forma similar a una unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador circular que sirve de centro de actividades y servicios. Alrededor del mostrador se ubican sillones o camillas, y desde allí, el personal médico maneja las condiciones de los pacientes, así como las vías y

sueros utilizados para administrar los medicamentos. El celador es miembro de un equipo que presta este servicio, que incluye además de oncólogos, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal de enfermería.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir las tareas que realiza el celador en el hospital de día de un hospital.

3 Metodología

Para profundizar en este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica recientemente publicada. Se seleccionaron libros y artículos con contenido pertinente al tema del estudio después de realizar búsquedas exhaustivas en las principales bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los celadores de hospital de día atienden a los pacientes que se desplazan al centro desde su domicilio, desde la planta de oncología del centro designado, o incluso desde su domicilio a través de unas ambulancias en camillas y sillas de ruedas. Para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio, los celadores colaboran con el resto del personal médico de los cuales ellos trabajan en el Hospital de Día. Además, ayuda con el posicionamiento de botellas o cuñas cuando sea necesario en los baños, así como los ajustes posturales que necesitan los pacientes que están postrados en cama. Por la mañana, cuando los pacientes ingresan en el hospital de día, normalmente se les va a realizar análisis de sangre y orina, después de lo cual el asistente designado los transporta rápidamente a un servicio de laboratorio. Este análisis se les repite varias veces con carros cargados con muestras en el orden correcto, se llevan al laboratorio de la misma manera y luego se vuelven a poner en servicio con carros vacíos y moldes de pipetas. Ocasionalmente, los pacientes con cáncer necesitan pruebas adicionales como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas y otras técnicas de diagnóstico por imágenes. El director es responsable de transferir estos exámenes. Luego, después de esperar a que

termine la prueba, entregará al paciente de regreso al centro hospitalario. Dado que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y necesitar atención médica inmediata, este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado. Cuando así se indique, solo partirán del servicio, transportarán muestras y equipos del mismo a otros servicios de los profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión del capítulo resume lo que hemos aprendido sobre los roles vitales que juegan los celadores en los centros de día que brindan atención a pacientes con cáncer. Los celadores que vimos anteriormente en el apartado de resultados nos dan una idea de cuántos celadores hay en estos centros y lo importante que es que se coordinen tanto con el personal sanitario como no sanitario para que la atención de los pacientes sea lo más cómoda y más agradable posible, y que dichos pacientes se encuentren en excelentes condiciones y afronten con optimismo estas enfermedades que les afectan psicológicamente.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://escuelafintech.com/celador-hospital>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 545

EL CELADOR DENTRO DE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MATERNIDAD

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

DOLORES MOROTE BONIFACIO

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Un hospital se encuentra dividido en bloques donde nos encontramos el bloque de hospitalización, bloque de cuidados intensivos, bloque quirúrgico, bloque de urgencias, bloque de maternidad. Dentro del bloque de maternidad nos encontramos la unidad de cuidados intensivos neonatales, área de pediatría, área de maternidad, y la zona de partos.

Cuando hablamos de maternidad estamos hablando de las mujeres que están en periodo de gestación en la que dura 9 meses hasta que las mujeres traen al mundo a sus bebés.

Las mujeres que están embarazadas, son controladas por las matronas en los centros de atención primaria, hasta que van a dar a luz. El bloque de maternidad

cuenta con el siguiente personal sanitario: celadores, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermería, médicos ginecólogos, matronas, y los médicos pediatras.

Dentro de la planta de maternidad se encuentran todas las mujeres que han dado a luz a su bebe, hasta que el médico facultativo considere oportuno que tanto el bebe como la madre pueden ser dados de alta para comenzar una nueva vida en sus lugares de residencia.

El poder contar con las plantas de maternidad esto hace que las mujeres que acaban de dar a luz se encuentran todas juntas, llegando a poder comentar sus vivencias tanto en el parto como en la crianza del bebe con la compañera de habitación.

2 Objetivos

- Describir las funciones que realiza un celador en las plantas de hospitalización de maternidad, desde que llegan las mujeres con su bebe que han dado a luz hasta que son dadas de alta.

3 Metodología

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

4 Resultados

La figura del celador en la planta de hospitalización de maternidad es de gran importancia, ya que realizan el acompañamiento del paciente en los primeros minutos de vida del bebe hasta que son dados de alta.

A continuación, vamos a desarrollar las funciones que realiza un celador dentro de la planta.

- Una vez que la mujer sale o bien de partos o bien de quirófano de realizarle la cesárea, la acompañara a la habitación donde será ubicada durante su estancia hasta que sea dada de alta.

- Le dará al personal de enfermería la historia clínica, de la paciente, comprobando que tanto la paciente como el bebé lleve la pulsera identificativa.
- Se velará por el buen funcionamiento, orden y silencio de la planta, ya que en dicha planta se encuentran las mujeres y los bebés y necesitan descansar.
- El celador deberá de comprobar que tanto las camas, como las cunas, se encuentren en buen estado, en caso de que vean cualquier tipo de desperfecto, esto deben de comunicarlo a los supervisores para que los arreglen.
- Ayudará tanto al personal de enfermería a la realización de curas como a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, a la movilización y a levantar a las mujeres que no puedan hacerlo por ellas solas.
- Una vez que son dadas de alta, las baja el celador a la puerta principal para que puedan seguir recuperándose en su lugar de residencia.
- En caso de que al bebé les tengan que realizar cualquier tipo de prueba como, por ejemplo, radiografías, prueba del talón los llevarán a la unidad donde se la realizarán.
- En caso de que los bebés se encuentren en la unidad de cuidados intensivos neonatales, y los bebés sean dados de alta, los celadores de la planta de hospitalización de maternidad irán a por el bebé.

5 Discusión-Conclusión

La planta de maternidad es una de las plantas más llenas de vida que componen un hospital, ya que día a día ves nuevos bebés que vienen al mundo. La figura del celador es de gran importancia puesto que los celadores son los primeros en recibir y los últimos en despedirse de las mujeres que han sido ingresadas en la planta de maternidad para dar a luz a su bebé.

El poder contar con el área de maternidad es de gran importancia, porque todo el personal que trabaja dentro de esta área está especializado en la maternidad. El buen conocimiento de los protocolos que debe de seguir el celador, esto hace que tanto el paciente como el familiar se encuentre tranquilo y seguro durante su estancia en el hospital hasta que son dados de alta.

6 Bibliografía

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

Capítulo 546

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE NEONATOLOGÍA

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

La figura del celador en la unidad de neonatos es de gran importancia, ya que es el encargado de llevar a los neonatos a que se le realicen las diferentes pruebas que sean pautadas por el médico.

Los neonatos se dividen en dos grupos:

- Posneonatal: se denomina al bebe desde el día 28 hasta que cumple el primer año de vida.
- Periodo neonatal precoz: este comprende un periodo desde su primera semana de vida a la cuarta semana de vida.

Dentro de la clasificación posneonatal y el periodo neonatal precoz, el neonato se puede clasificar según su tamaño y según su edad gestacional, que vamos a desarrollar posteriormente.

Clasificación del neonato según su tamaño:

- Neonatos apropiados para la edad gestacional: el recién nacido presenta un adecuado desarrollo intrauterino.
- Neonatos pequeños para la edad gestacional: son aquellos que presentan un retraso en su desarrollo intrauterino.
- Neonatos grandes para la edad gestacional: son aquellos que presentan un muy superior a su edad gestacional.
- Neonatos con bajo peso al nacer: son aquellos cuyo peso es inferior a los 2.500 gr, sin importar la edad gestacional.

Clasificación según su edad gestacional:

- Prematuro o pretérmino: el bebe ha nacido antes de las 37 semanas de gestación.
- Neonato a término: el bebe ha nacido entre la semana 37 y la semana 42 de gestación.
- Neonato posmaduro o postérmino: es el bebe que ha nacido después de la semana 42 de gestación.

2 Objetivos

Exponer las funciones que realiza un celador dentro de una planta de neonatología.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente.

4 Resultados

Dentro del servicio de neonatología, la figura del celador es de gran importancia, ya que es el encargado de llevar al neonato para que se realice cualquier tipo de prueba.

Aparte de llevar al neonato a que se le realice los diferentes tipos de prueba, también tiene las siguientes funciones:

- Recogerá la carpeta de la historia clínica del recién nacido, en el que tendrá que llevar dos pegatinas de identificación, dos pulseras identificativas.

- En caso de que el TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), lo necesite tendrá que ayudarlo a asear al neonato, teniendo especial cuidado en la higiene de los ojos y en las fosas nasales.
- Vigilarán las entradas de neonatología, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas que estén autorizadas para ello.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y el mayor silencio posible en todas las dependencias de la institución.
- Darán cuenta de manera inmediata a los superiores de cualquier anomalía o desperfectos que encuentren, ya sea de limpieza, material, etc.
- Se abstendrán de hacer comentarios sobre el pronóstico o tratamiento que estén sometiendo al neonato.
- Serán funciones del celador también aquellas que se les sean mandadas por un superior.
- Ayudarán a enfermería en caso de que se lo pidan a tallar y a pesar al neonato.
- La función de mayor importancia es que la cuna o la incubadora deberá estar en perfecto estado y siempre debe de estar en buen estado para recibir al neonato en cualquier momento.

Cuando hablamos de incubadora es una cámara cerrada de material transparente que incluye un colchón esterilizado para acostar al bebe, con calefacción, filtro de aires, ventanas para manipular al bebe, y sofisticados sistemas de monitores en el que incluyen un control de peso, respiración, control cardiaco y actividad cerebral.

5 Discusión-Conclusión

La amabilidad, la seguridad y el conocimiento de los diferentes protocolos de actuación que se pueden desarrollar, esto hace que le dé confianza a los familiares de los neonatos durante su estancia hospitalaria, siendo la primera persona en recibirla y siendo la última persona en despedirlos cuando son dados de alta o trasladados a otra unidad de hospitalización dentro del hospital.

La figura del celador cada día es más importante en cada una de las diferentes áreas de hospitalización dentro de un hospital, siendo la persona que pasa más desapercibida tanto por el paciente como por los propios familiares de dicho paciente.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.

2. <https://revistamedica.com/objetivos-celador-neonatologia/>.

Capítulo 547

HERRAMIENTAS Y SOFTWARE UTILIZADOS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ARANZAZU FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Los avances tecnológicos han permitido que los profesionales se desarrollen mejor, avanzando así más en el trabajo. La ciencia desarrolla herramientas con cada nuevo reto que surge, facilitando con ellas la labor, permitiendo que se puedan resolver tareas con pocos clics, las cuales antes requerían de mucho esfuerzo y tiempo.

Dentro de estos grandes avances están las aplicaciones, programas y los distintos softwares que se adaptan a cada empresa, como por ejemplo a los hospitales.

El mercado de software para hospitales resulta de gran ayuda en el área de la salud, puesto que facilitan la gestión de cada paciente, la documentación, el sistema de cobros y pagos (en el sistema sanitario privado), la facturación, etc.

Por eso, con el uso de software, el Auxiliar Administrativo el Sistema Sanitario puede realizar su trabajo de una manera más fácil, sencilla, rápida y efectiva.

Los programas y software que se utilizan en los hospitales ofrecen un sistema para organizar citas, filiaciones, admisiones y emergencias.

La utilidad de estos programas son vitales para un hospital por sus numerosas aplicaciones, las cuales contribuyen a mantener el buen nivel asistencial y reducir con el uso de las aplicaciones especializadas el tiempo que tiene que emplear el Auxiliar Administrativo para concluir su trabajo.

2 Objetivos

Analizar las distintas herramientas y Software que utiliza el Auxiliar Administrativo en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Recopilación de información en bases de datos científicas como Pubmed, Cuiden y Medline, consultando también en el buscador Google Académico. Como descriptores se utilizaron: auxiliar administrativo, programa, hospital, software, herramientas. Dentro de los criterios de inclusión se fijaron todas aquellas publicaciones en inglés y español, publicaciones a texto completo y publicaciones previamente revisadas. Los criterios de inclusión establecidos son todos aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión.

4 Resultados

Las herramientas y software que utiliza el Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario son un conjunto variado de programas y aplicaciones que le ayudan a realizar sus tareas administrativas de forma eficiente y sin perder un gran tiempo, cuestión que si pasaba hace unas décadas, donde todo el trabajo Administrativo del Hospital era engorroso y muy laborioso, donde, en muchas ocasiones, los documentos en papel se deterioraban o extraviaban.

Algunas de las principales herramientas y software utilizados por un Auxiliar Administrativo en la actualidad son:

- Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint): permite que el Auxiliar Administrativo elabore documentos, hojas de cálculo y presentaciones.
- Outlook y Gmail: sirve para que el Auxiliar Administrativo envíe y reciba correos electrónicos.
- Programas específicos de hospital: permiten al Auxiliar Administrativo entrar en las historias clínicas de los pacientes y darles citas,

- Plataformas de videoconferencias: posibilitan a que el Auxiliar Administrativo tenga reuniones virtuales.

Dado que las necesidades asistenciales no son las mismas en la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria y Especializada, se necesitan softwares distintos según las necesidades. Por ejemplo en el hospital se necesita que el software incluya la gestión de camas, mientras que en Atención Primaria no existe esa necesidad.

La Atención Hospitalaria abarca mayor diversidad de ámbitos asistenciales que la Atención Primaria, necesitando por ello un abanico más amplio de prestaciones.

Por eso, es fundamental que el Auxiliar Administrativo conozca y sepa manejar a la perfección todas las herramientas que se utilizan en el ámbito hospitalario con las cuales pueda atender a los usuarios del centro sanitario. Es fundamental que cuente con la formación adecuada y realice cursos de formación continuada para mejorar y adquirir nuevos conocimientos con los que pueda emplear posteriormente en su trabajo para facilitar su tarea.

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos forman parte de la medicina, contribuyendo a que el trabajo pueda desempeñarse de una manera más fácil, ágil, rápido y sencillo.

El Auxiliar Administrativo que desempeña su labor dentro del Sistema Sanitario debe saber manejar una amplia cantidad de herramientas y software que se utilizan en el ámbito hospitalario. En la Atención Primaria también se cuenta con herramientas y software pero son más sencillos que los de la atención hospitalaria y especializada.

Para que el Auxiliar Administrativo pueda trabajar con ellas, primero debe contar con una formación adecuada que le permita manejarlas sin problema, contribuyendo de esta manera a la buena gestión de datos y a que la atención prestada sea de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 548

EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

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 ad-

ministrativo. 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

Clarificar el papel de los auxiliares administrativos en hospitales y resaltar su importancia en la gestión de recursos humanos para mejorar la atención médica.

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

La investigación sobre la función de los auxiliares administrativos en la gestión de recursos humanos en centros hospitalarios ha arrojado luz sobre varios aspectos fundamentales de este papel crucial. A continuación, se presentan los resultados detallados que emergieron de este estudio:

- Diversidad de Funciones:

Se encontró que los auxiliares administrativos desempeñan una amplia gama de funciones en los hospitales. Además de tareas de administración y docu-

mentación, también son responsables de coordinar agendas, gestionar registros de pacientes y asegurar que los procedimientos administrativos se cumplan de manera efectiva.

- Selección y Contratación de Personal:

Los resultados indicaron que estos profesionales tienen un papel activo en la selección y contratación de personal. Su participación en la revisión de currículos, la organización de entrevistas y la verificación de referencias contribuye a la formación de equipos de trabajo competentes y cohesionados.

- Gestión de Conflictos:

La investigación reveló que los auxiliares administrativos a menudo actúan como intermediarios en la resolución de conflictos en el entorno hospitalario. Su habilidad para mantener la comunicación abierta y resolver disputas internas es esencial para mantener un ambiente de trabajo armonioso.

- Desafíos en Situaciones de Crisis:

Los resultados resaltaron los desafíos enfrentados por estos profesionales durante situaciones de crisis, como pandemias. La sobrecarga de trabajo y la necesidad de adaptarse rápidamente a nuevas circunstancias pueden ejercer una presión significativa sobre los auxiliares administrativos.

- Impacto en la Atención al Paciente:

Los hallazgos indican que la eficiencia en la gestión de recursos humanos, facilitada por los auxiliares administrativos, tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica brindada. La satisfacción del paciente se ve influenciada por la eficacia con la que se gestionan los aspectos administrativos.

En síntesis, los resultados de este estudio enfatizan la importancia vital de los auxiliares administrativos en la gestión de recursos humanos en centros hospitalarios. Su versatilidad en la ejecución de múltiples tareas, su contribución a la formación de equipos competentes y su capacidad para manejar conflictos internos son esenciales para el buen funcionamiento de los hospitales y, en última instancia, para la satisfacción y el bienestar de los pacientes. Además, se destaca la necesidad de brindar apoyo adicional a estos profesionales en momentos de crisis para garantizar una gestión de recursos humanos eficiente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que el papel de los auxiliares administrativos en la gestión de recursos humanos en centros hospitalarios es de vital importancia. Estos profesionales no solo desempeñan tareas administrativas cruciales, sino que también contribuyen significativamente a la formación de equipos de trabajo competentes. Su capacidad para gestionar conflictos y mantener una comunicación efectiva es esencial para mantener un ambiente de trabajo armonioso.

Además, en situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19, los auxiliares administrativos enfrentan desafíos significativos debido a la sobrecarga de trabajo y la necesidad de adaptación rápida. Esto destaca la importancia de brindar apoyo adicional en momentos críticos.

En última instancia, la eficiencia en la gestión de recursos humanos, facilitada por los auxiliares administrativos, tiene un impacto directo en la atención al paciente. La satisfacción y el bienestar de los pacientes están estrechamente relacionados con la calidad de la atención médica y la gestión de recursos humanos en los centros hospitalarios. Por tanto, reconocer y valorar el papel de estos profesionales es esencial para mejorar la atención médica y garantizar la satisfacción de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.cegos.es/las-profesiones-actuales/profesionales-de-la-gestion-de-personas/asistente-de-recursos-humanos>.

Capítulo 549

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU APORTACIÓN A LA DIGITALIZACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo del sistema de salud desempeña un papel fundamental en la digitalización del ámbito sanitario. A medida que la tecnología avanza, la gestión de la información y la digitalización de los procesos se vuelven cada vez más importantes en la atención médica y la administración de los servicios de salud. Aquí hay algunas formas en las que los auxiliares administrativos contribuyen a la digitalización del ámbito sanitario:

- Registro y gestión de datos: Los auxiliares administrativos son responsables de recopilar, registrar y gestionar gran cantidad de datos relacionados con pacientes, médicos, citas, facturación y otros aspectos de la atención médica. La digitalización de estos registros facilita su almacenamiento, búsqueda y recuperación, lo que mejora la eficiencia y reduce el riesgo de errores.

- Gestión de historias clínicas electrónicas (HCE): Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la implementación y gestión de sistemas de registros electrónicos de salud (EHR). Estos sistemas permiten a los profesionales de la salud acceder a información vital sobre los pacientes de manera rápida y segura, lo que mejora la calidad de la atención.
- Programación y gestión de citas: La digitalización permite la programación y gestión de citas médicas de manera más eficiente, lo que reduce los tiempos de espera y mejora la experiencia del paciente. Los auxiliares administrativos suelen ser responsables de coordinar estas citas y asegurarse de que los sistemas estén actualizados y funcionen correctamente.
- Facturación y gestión de seguros: La digitalización facilita la facturación y la gestión de seguros de salud. Los auxiliares administrativos pueden utilizar software especializado para generar facturas, verificar la elegibilidad de los pacientes y gestionar reclamaciones, lo que reduce errores y agiliza el proceso.
- Comunicación interna y externa: La digitalización permite una comunicación más eficiente tanto dentro del sistema de salud como con los pacientes. Los auxiliares administrativos pueden utilizar sistemas de correo electrónico, mensajería interna y portales en línea para coordinar y comunicarse con el personal médico y los pacientes.
- Capacitación y adaptación a nuevas tecnologías: Los auxiliares administrativos desempeñan un papel importante en la capacitación del personal en el uso de nuevas tecnologías y sistemas digitales. Esto es esencial para garantizar que todos los miembros del equipo estén al tanto de las últimas herramientas y prácticas digitales.

En resumen, los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario desempeñan un papel crucial en la digitalización de los procesos y la gestión de la información. Su capacidad para trabajar con sistemas digitales y garantizar la integridad de los datos contribuye en gran medida a la eficiencia y la calidad de la atención médica, lo que beneficia tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

2 Objetivos

Describir las ventajas de la implementación de la digitalización en el ámbito sanitario, destacando el papel del auxiliar administrativo en este proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la implementación de la digitalización en el ámbito sanitario son evidentes y de gran relevancia para la mejora de la atención médica y la gestión de los servicios de salud. A continuación, se detallan los aspectos más destacados:

- Mejora en la eficiencia y la precisión: La digitalización ha permitido una gestión más eficiente de los datos de los pacientes, lo que ha reducido los tiempos de espera y ha optimizado la programación de citas. La información clínica se registra de manera más precisa y está disponible de inmediato para el personal médico, lo que agiliza los procesos de diagnóstico y tratamiento.
- Historias clínicas electrónicas (HCE): La implementación de sistemas de HCE ha revolucionado la forma en que se gestionan los registros médicos. Estos registros son accesibles de forma segura desde cualquier ubicación, lo que ha mejorado la continuidad de la atención al permitir que los profesionales de la salud accedan a la información relevante de los pacientes en tiempo real. Esto ha resultado en un mejor seguimiento de las historias clínicas y una atención más coordinada.
- Reducción de errores: La digitalización ha reducido significativamente los errores relacionados con la documentación y la facturación. Los sistemas de gestión de seguros de salud y facturación automatizada han mejorado la precisión en la presentación de reclamaciones y han reducido el riesgo de errores administrativos que puedan afectar negativamente a los pacientes y los proveedores de servicios de salud.
- Comunicación mejorada: La digitalización ha mejorado la comunicación tanto interna como externa en el ámbito sanitario. Los auxiliares administrativos han utilizado sistemas de correo electrónico y mensajería interna para coordinar mejor las actividades dentro del personal médico y administrativo. Además, los pacientes pueden acceder a portales en línea para programar citas, revisar sus

historias clínicas y comunicarse con sus proveedores de atención médica, lo que ha mejorado su participación en el proceso de atención.

-Capacitación en nuevas tecnologías: La digitalización ha llevado a una mayor capacitación del personal en el uso de nuevas tecnologías. Los auxiliares administrativos han desempeñado un papel importante en la formación de los miembros del equipo, lo que ha mejorado la adopción y el aprovechamiento de las herramientas digitales en el ámbito sanitario.

En resumen, la digitalización en el ámbito sanitario ha producido resultados significativos en términos de eficiencia, precisión, mejora en la atención al paciente y la comunicación. Estos resultados han transformado la forma en que se administra y se presta atención médica, con un enfoque cada vez mayor en la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

La digitalización en el ámbito sanitario ha generado impactos significativos y positivos en la prestación de servicios de salud. La mejora en la calidad de la atención al paciente es evidente, con un acceso más rápido y preciso a la información médica. La eficiencia operativa se ha incrementado, reduciendo tiempos de espera y optimizando procesos administrativos. La disminución de errores en la documentación y facturación ha reducido potenciales complicaciones legales y financieras. La mayor coordinación del cuidado ha llevado a una atención más integral y personalizada. Además, la digitalización facilita la investigación médica al proporcionar acceso rápido a datos y registros. En resumen, los efectos de la digitalización en el ámbito sanitario son una mejora sustancial en la atención al paciente, una atención más eficiente, una reducción de errores y una base sólida para avances médicos futuros, reafirmando su importancia en la transformación del sistema de salud.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-laborales-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/>

Capítulo 550

PREPARACIÓN Y FORMACIÓN DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

El telefonista que trabaja en el sistema sanitario será un personal dedicado exclusivamente a la atención del usuario, no de forma presencial, sino telefónicamente, por lo que su principal herramienta de trabajo será el teléfono.

Este personal en concreto deberá estar altamente preparado para poder atender la gran cantidad de llamadas que recibirá diariamente, así como atender todo tipo de consultas o peticiones por parte del usuario.

Sus funciones principales dentro del sistema sanitario serán las de establecer y atender las comunicaciones telefónicas, tanto exteriores como interiores de un centro sanitario, bien sea un hospital, un centro de salud, atención al usuario o la cita previa.

El telefonista aparte de tener conocimientos de nivel o uso general, también deberá poseer conocimientos específicos en base al centro en el que trabaje y concordancia con las normas de actuación de dicho centro.

Una de las principales características que debería tener un telefonista serían las amabilidad, responsabilidad, educación y por supuesto poder resolutivo en torno

a la llamada recibida, ya no solo resolviendo en el instante dicha consulta sino coordinando o gestionándola para que el servicio o área adecuada pueda actuar en base a dicha comunicación.

El trabajo de telefonista será muy demandado por el ciudadano , pero para conseguir una plaza en este sector habrá anteriormente que prepararse y formarse para poder ser un telefonista altamente cualificado .

En nuestro trabajo hablaremos sobre los conocimientos que debería adquirir este personal así como las pruebas que debería pasar para poder llegar a conseguir una plaza de telefonista en la sanidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del telefonista.
- Explicar algunos conocimientos específicos a adquirir por parte de este profesional.
- Enumerar las pruebas que necesita aprobar para poder llegar a ser telefonista.

3 Metodología

Para poder realizar nuestra investigación de revisión bibliográfica hemos utilizado nuestro manual básico del telefonista en primer lugar, así como también hemos visitado varios portales médicos, en concreto los servicios de salud de 2 comunidades autónomas, para poder añadir más contenido a nuestro tema .

Por último hemos utilizado el buscador Google añadiendo palabras concretas como son telefonista y sistema sanitario .

4 Resultados

Para poder trabajar como telefonista en el sistema sanitario será imprescindible una buena formación y estudiar para poseer una gran serie de conocimientos fundamentales para desarrollar su trabajo , algunos de estos conocimientos podrían ser :

- Conocimientos específicos sobre :
 - manejo de medios electrónicos (Internet);
 - Servicios de información y de atención al usuario
 - tramitación de procedimientos administrativos electrónicos.
 - conocimientos sobre gestión medioambiental.

- Planes de Autoprotección.
- conocimientos sobre la comunicación en general como podrían ser :
 - Tipos de comunicación.
 - La comunicación como herramienta de trabajo.
 - Estilos de comunicación El lenguaje como medio de comunicación.
 - Habilidades sociales en la comunicación telefónica.
 - Técnicas de excelencia en la atención telefónica.
 - La escucha activa. La retroalimentación.
 - Fallos en la comunicación. La comunicación con usuarios con alteraciones en el lenguaje: dislexia, tartamudez, problemas neurológicos.
- La privacidad, la ley de protección de datos .
- Sistemas Informáticos. Conceptos básicos
- Sistemas Ofimáticos. Procesadores de texto, bases de datos, correo electrónico, navegadores, etc.
- Trabajo en equipo.
- Mejora de la productividad personal así como en grupo
- Redes de telecomunicación. Tipos de líneas y servicios

Estos podrían ser algunos de los conocimientos mas básicos y fundamentales que un telefonista del sistema sanitario debería conocer .

Una vez la persona que quiere trabajar como telefonista adquiera o conozca todos estos conocimientos , tendrá que pasar unas pruebas también más a nivel general para poder trabajar o poder conseguir una plaza laboral como telefonista de la sanidad.

Estas pruebas serán las siguientes:

Una prueba teórica: sobre el tema de la telefonía

Una prueba informática: sobre conocimientos y manejo de equipos electrónicos

Por último una prueba de mecanografía , esta técnica será vital que sea manejada por el telefonista para la perfecta fluidez de sus tareas

5 Discusión-Conclusión

Tras elaborar nuestro capítulo de investigación podemos decir que el personal telefonista es una profesión donde no solo consiste en coger el teléfono y contestar o dirigir llamadas.

Este personal antes de coger el teléfono , habrá tenido que pasar una amplia y extensa formación, con una preparación adecuada y pasando o aprobando unas

pruebas específicas en base a su profesión .

No consiste su profesión solo en atender el teléfono , es mas importante lo que el telefonista realmente está capacitado para hacer y conoce que atender tan solo la llamada.

Sus conocimientos serán la base de una atención adecuada y efectiva, porque gracias a ellos podrá gestionar la llamada de la manera más rápida y correcta posible .

El telefonista del sistema sanitario será una vez atienda la llamada , la cara del centro hacia el usuario , por lo que su amabilidad, cortesía y atención será lo que el centro proyecte hacia el exterior .

6 Bibliografía

www.sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es>

<https://www.murciasalud.es>

www.revistamedica.com

manual básico del telefonista

Capítulo 551

LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. LA FUNCIÓN DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO

MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO

1 Introducción

La prestación de un servicio sanitario de calidad es uno de los factores estratégicos que sustentan la reforma y avance del conjunto del sistema nacional de salud. Una atención sanitaria de calidad es determinante hasta el punto en que el cuidado de los servicios prestados a los usuarios aumenta la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados.

En general, el concepto de calidad viene definida como un conjunto de factores: calidad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción del usuario, idoneidad y seguridad.

El análisis de la calidad en la atención de la salud abarca una variedad de enfoques. La calidad en el conjunto del servicio de salud resultará de un compendio de factores como son la política sanitaria, la correcta implementación de las normas, la percepción de la institución ante los trabajadores y prestadores del servicio sanitario y ante los destinatarios de la atención, así como a la adecuada relación de interacción entre ellos.

Es notorio que el interés existente por la prestación de unos servicios sanitarios de calidad ha aumentado en los últimos años. En este sentido, el trabajo administrativo es un pilar fundamental y una vía de comunicación con los usuarios de los centros sanitarios de forma continua y permanente.

2 Objetivos

- Explicar los desafíos a los que están sometidos trabajadores de los centros sanitarios y en concreto el personal administrativo en materia de calidad en la prestación de sus servicios.
- Exponer cómo puede mejorarse y garantizarse un modo de trabajo administrativo para una atención de máxima calidad.

3 Metodología

En la realización del presente análisis, se ha practicado un estudio de revisión sistemática de bibliográfica de literatura científica existente, libros y revistas académicas. Así mismo, se han consultado artículos científicos de publicaciones académicas de algunas de las bases de datos más relevantes, Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Para que los pacientes y usuarios tengan garantizado y se les brinde un adecuado acceso a los diferentes servicios sanitarios de un centro, es primordial el ofrecimiento del óptimo apoyo y la mejor labor del trabajo administrativo, dado que el primer contacto que se realiza con cualquier centro sanitario por parte de la mayor parte de los usuarios, se produce con el departamento administrativo, que se encarga de todas las actividades de atención al paciente, recepción y apoyo telefónico necesarios.

Las tareas de apoyo administrativo, como son las de recepción, información y atención telefónica de los pacientes, abarca la casi totalidad de los servicios del centro sanitario: admisión hospitalaria y admisión de urgencias; servicios asistenciales, centralita de teléfonos, dirección y gestión, atención directa.

Para casi cualquier proceso sanitario, los pacientes y usuarios del servicio necesitan recibir alguna clase de labor de apoyo administrativo: solicitud de citas, ingreso hospitalario, admisión hospitalaria y de atención de urgencias, gestión de acreditaciones y/o justificantes para paciente y familiares, entrega o solicitud de documentación, solicitud de información, reclamaciones, sugerencias, etc.

Muchas de las cualidades de calidad en la atención sanitaria a nivel humano en general y en la labor administrativa en particular, están íntimamente relacionadas con principios morales o éticos. Los profesionales administrativos suelen incluir puntos de vista subjetivos sobre la calidad en su trabajo. Su meta, o al menos su intención es sencillamente hacer lo adecuado.

La OMS establece como fin prioritario a nivel mundial la consecución de una atención sanitaria universal de calidad y para este logro declara que es preciso que los servicios sanitarios tengan la calidad suficiente para ser eficaces.

Debemos tener en cuenta, además que la gestión de la atención sanitaria y su calidad varía mucho, ya no sólo entre países, incluso dentro del sistema nacional de salud de España existen desigualdades entre comunidades autónomas.

Una atención sanitaria de calidad es el resultado de un vasto entorno, que incluye tanto las acciones de administración directa de cuidados de salud, como las de todos quienes trabajan dentro del sistema nacional de salud. Ello engloba al conjunto de las áreas que conforman la atención sanitaria, por tanto, la labor administrativa se encuentra también en punto de mira, siendo uno de los servicios cuya mejora redundará en una mejora sustancial de la atención sanitaria.

Sería de gran avance un modelo en el que se establezca un modo de autoevaluación en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes desde los servicios administrativos de los centros sanitarios. Ello permitiría que se analizase el punto de partida presente, la situación inicial, también reconocer tanto las fortalezas como los aspectos de mejora, de tal modo que se consigan planear acciones futuras para progresar en la prestación de los servicios.

5 Discusión-Conclusión

Proporcionar una atención sanitaria de calidad supone ofrecer a los usuarios, además de las mejores instalaciones posibles, infraestructuras y todos aquellos medios físicos factibles, también la mejor atención humana de todos y cada uno de los trabajadores que conforman cada uno de los servicios de un centro sanitario.

Debemos tener en cuenta que la calidad de la atención sanitaria se evalúa, por el nivel de satisfacción del paciente cuando por cualquier circunstancia requiere las prestaciones de un centro hospitalario, pero también incluye el conjunto de actuaciones y estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas, abordando sus condiciones de salud iniciales, buscando su mejora y la oportuna atención y prestación de servicios en el centro sanitario.

Pero esa percepción puede cambiar significativamente en el primer y sucesivos contactos con el servicio administrativo de las instituciones sanitarias. Por este motivo, dicha atención administrativa debe ser óptima dado que redundará en la calidad global de la prestación sanitaria de manera sustancial.

La calidad brindada por los profesionales administrativos en la atención sanitaria, se puede medir y mejorar permanentemente ofreciendo una escucha y un estudio

de calidad que se adapte a cada usuario y que tenga en consideración las particularidades cada caso de forma individual y las necesidades y prioridades de cada persona.

6 Bibliografía

1. OMS. Los servicios sanitarios de calidad [Internet] [Consultado agos. 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Criterios de calidad y de buenas prácticas en organismos dedicados a la evaluación de tecnologías sanitarias: informe interno [Internet] [consultado 2018] Disponible en: <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=851>
3. BOE. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] [consultado 30 mar. 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715&tn=1&p=20210330>
4. Jesús María Aranaz Andrés. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. España: Fundación Mapfre; 2017 [consultado].
5. J.J. Mira, A. Martínez, J. Aranaz, M. Guilabert. Satisfacción versus experiencia del paciente, calidad de diseño versus calidad de conformidad. [Internet] [consultado dic. 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7170123>

Capítulo 552

LUMBOCIÁTICA: INCIDENCIA ENTRE EL COLECTIVO DE LOS CELADORES

LIDIA MIGUEL VEGA

ALBA MARTÍN GARCÍA

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

ÑAKI TORREJON ALIRANGUES

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La lumbociática es una dolencia que asocia dos patologías como son el dolor lumbar y la inflamación del nervio ciático.

El dolor lumbar puede deberse a una inflamación de la zona y no desaparece hasta que es tratado generalmente con antiinflamatorios.

El dolor ciático se debe casi siempre a una irritación o inflamación del nervio ciático. Suele ser un dolor que se irradia desde la zona sacra hasta la pierna bajando por el glúteo.

La lumbociática es una patología que suele durar en torno a unas 6 semanas, aunque se puede agudizar alargándose en el tiempo.

Normalmente, la lumbociática viene dada por una serie de factores o antecedentes que puede tener el paciente. Pero en otros casos un sobreesfuerzo, una mala práctica o un mal movimiento puede provocarnos esta dolencia.

Los celadores son el personal dentro del ámbito sanitario que tienen mayor incidencia en esta dolencia. Generalmente debido a las funciones que desempeñan, como el traslado de pacientes, movilizaciones de los mismos o traslados de materiales o dispositivos pesados o de gran envergadura.

Por este motivo es muy importante que el celador sepa realizar correctamente sus funciones, con una correcta ergonomía, así como que disponga de las herramientas necesarias para que vea facilitado su trabajo y no se exponga a sufrir ningún tipo de daño.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la dolencia de la lumbociática y sus consecuencias.
- Dar a conocer la incidencia de esta patología entre el colectivo de los celadores.
- Detallar las medidas y mecanismos que se deben adoptar para evitar el riesgo de sufrir una lumbociática.

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo hemos realizado varias búsquedas online a través de Google relacionados con la lumbociática. Hemos revisado diferentes publicaciones y artículos que están relacionados con el tema. Así como hemos recurrido a diferentes bases de datos como PubMed o Scielo para obtener información detallada.

4 Resultados

Tras revisar diferentes artículos y publicaciones, así como diversas estadísticas y se observa que la lumbociática se ha convertido en una de las dolencias por las que más bajas laborales se tramitan entre el colectivo de los celadores.

Como hemos mencionado anteriormente, la lumbociática puede ir asociada a otras patologías ya presentes en la persona afectada, como pueden ser:

- Hernia discal: el desgaste de los discos puede ocasionar una erosión de las estructuras óseas y, por lo tanto, una irritación de las terminaciones nerviosas que producen la lumbociática.
- Espondilolistesis: cuando hay un desplazamiento vertebral, se produce un dolor lumbar y a su vez una inflamación del nervio.

En otros casos, no es necesario padecer ningún tipo de dolencia de las anteriormente citadas, ya que el simple hecho de no cuidarse puede derivar en esta patología.

Los celadores son personas que en el desarrollo de sus funciones llevan mucha carga física. Por lo que, si no desempeñan su trabajo en condiciones óptimas, pueden tener este problema de salud a medio largo plazo:

Hay factores que se deben tener en cuenta y que nos ayudaran a prevenir el poder desarrollar esta patología.

- El peso de la persona es fundamental. Al final, si tenemos sobrepeso, nuestras estructuras óseas han de soportar mayor carga y se produce un desgaste tanto óseo como articular, como ligamentoso o muscular, dejándonos más expuestos a padecer esta dolencia.
- Una correcta alimentación, no solo nos ayudará a controlar el peso, sino que hay determinados alimentos que pueden favorecer la inflamación y otros que, por el contrario, no. ¡Hay que saber muy bien que comemos!
- Pero lo que quizá sí se pueda atajar en el caso concreto de los celadores, es una correcta realización del trabajo. Si se realizan malas posturas o malos hábitos a la hora de trabajar, estaremos favoreciendo a que podamos sufrir una lumbociática.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores como profesionales en la realización de su trabajo deber saber perfectamente qué posturas y cuáles no adoptar en la realización del mismo para hacerlo de una manera segura y fácil.

Tener una buena ergonomía ayuda a prevenir la dolencia de la lumbociática, al igual que otras patologías.

Es necesario tener una buena educación en cuanto a las realizaciones de las funciones se refieren, es decir, tener una buena higiene postural no ayuda a prevenir cualquier tipo de lesión.

Por último y no menos importante es la realización de ejercicio físico, ya que ayuda a fortalecer la musculatura en general, pero sobre todo la de la espalda.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/lesiones-de-espalda-funciones-celador/amp/>.
2. <https://www.infoespalda.es/lumbociatica>.
3. <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/lumbago-y-ciatica/>.

Capítulo 553

TELEFONISTA EN SANIDAD: BARRERAS Y FALLOS EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

1 Introducción

La comunicación es el proceso de intercambio de información entre dos o más personas, una acción corriente que aprendemos desde que somos pequeños y empleamos en nuestro día a día.

El proceso comunicativo consta de 5 elementos: el emisor, el receptor, el mensaje, el canal y el código.

Las barreras y fallos en la comunicación pueden suponer una dificultad para la llegada de un mensaje claro y correcto dentro del proceso comunicativo, en el cual si no se aplica ninguna acción correctiva puede llegar a entorpecer o distorsionar el mensaje.

El proceso de comunicación es esencial y puede tener diferentes funciones: función informativa, función persuasiva, función formativa o de entretenimiento.

La comunicación con asertividad es aquella en la que el emisor logra expresar un mensaje de forma eficaz y clara, teniendo en cuenta las necesidades del receptor.

En la comunicación verbal oral entre dos o más personas se emplea un medio de transmisión físico en el que nos valemos de la voz para elaborar palabras y formar frases o mensajes que contienen la información que queremos dar.

Las barreras de comunicación son, por tanto, interferencias en esta comunicación, que rompen el proceso de comunicación, a continuación vamos a ver los tipos que hay.

2 Objetivos

Conocer algunos de los principales fallos que se pueden dar en el proceso de comunicación con los pacientes, así como algunas de las barreras comunicativas, para intentar evitar estos errores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Como telefonistas estamos en contacto directo de forma diaria con los pacientes y usuarios de la administración que acuden a nosotros para resolver cuestiones relacionadas con su estado de salud. La comunicación, por tanto, es nuestra principal herramienta de trabajo y a veces existen diferentes interferencias que alteran este proceso.

Tipos de barreras en el proceso de comunicación:

- Barreras físicas: son aquellas que se encuentran en el entorno donde se produce la comunicación y que entorpecen la misma. Por ejemplo, el ruido, la mala cobertura de los dispositivos o la distancia.

- Barreras administrativas: son aquellas que tienen que ver con los canales de transmisión de la información, la estructura u organización.
Por ejemplo, falta de planificación, sobre carga o falta de información...
- Barreras fisiológicas: si el emisor o receptor tienen alteradas sus capacidades fisiológicas (confuso, somnoliento, ebrio, en estado de ansiedad) pueden interferir en el correcto proceso de la comunicación. También pueden deberse a enfermedades físicas como la sordera o mudez, así como a enfermedades transitorias que alteren algún órgano de los sentidos que influya en el proceso de la comunicación.
- Barreras psicológicas: tienen relación con el estado emocional del emisor o receptor, así como el tipo de relación que tengan las personas que se están comunicando. Podemos mostrar diferentes sentimientos como ira, rechazo, miedo, frustración, alegría, simpatía según experiencias anteriores o prejuicios.
- Barreras semánticas: son aquellas que tienen que ver con el código empleado en el proceso de comunicación. Es decir, con el lenguaje. Por ejemplo, hablar en diferente idioma o dialecto, símbolos o emplear terminología muy técnica.
- Barreras culturales: la diferencia entre costumbres o tradiciones entre las diferentes culturas también puede suponer un problema en la comunicación, ya que se pueden tener distintas formas de percibir una misma información.

También se pueden dar algunos fallos por parte del emisor o receptor de la información que obstaculicen la información como:

- No prestar atención.
- La elección del lugar inadecuado.
- Hablar demasiado rápido o lento, alto o bajo.
- Utilizar un lenguaje inapropiado.
- Suponer que la otra persona nos está comprendiendo.
- Comunicarse de manera no muy clara.
- No tener en cuenta la opinión de los demás.
- Falta de confianza o credibilidad con el interlocutor.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto las principales barreras que interfieren en el proceso de la comunicación: barreras físicas, barreras administrativas, barreras fisiológicas, barreras psicológicas, barreras semánticas, barreras culturales... así como también algunos de los errores que podemos cometer.

Todo ello lo hemos revisado con la intención de poner especial atención cuando nos comuniquemos con los usuarios de los sistemas sanitarios en nuestro trabajo

como telefonistas, evitando así la pérdida de información o errores en el proceso comunicativo.

La comunicación es nuestra principal herramienta de trabajo y por ello es importante que tengamos los recursos necesarios para poder realizarla de forma eficaz.

6 Bibliografía

- 1- errores comunicación - <https://www.cerebetiapsicologospinto.com/2019/04/29/errores-mas-frecuentes-en-la-comunicacion/>
- 2- barreras comunicación - <https://unade.edu.mx/barreras-de-comunicacion-en-la-empresa/>
- 3- barreras de la comunicación - <https://conceptodefinicion.de/barreras-de-la-comunicacion/>

Capítulo 554

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

ALBA MARTÍN GARCÍA

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

LIDIA MIGUEL VEGA

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

1 Introducción

El servicio de las consultas externas de un hospital es aquella zona o área donde se llevan a cabo una serie de actos médicos de manera ambulatoria para diagnosticar, tratar o seguir cualquier patología o dolencia que presente el paciente.

Básicamente se realizan estos actos a través de la historia clínica, la exploración física y en los casos necesarios mediante la realización de una serie de pruebas complementarias.

A diferencia de la consulta de atención primaria, en las consultas externas tratan una o varias patologías, pero siempre de una misma especialidad.

Actualmente la problemática que presentan las consultas externas es que en muchos casos la demora en la lista de espera es muy alta. Todo esto es debido a la escasez del personal en cuanto al alto volumen de pacientes que demandan este servicio.

El servicio de estas consultas externas está formado principalmente por los médicos especialistas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores.

En esta área de trabajo, las funciones que realizan los celadores suelen ser más bien de tipo informativo o de orientación de los pacientes. Ya que en estos casos generalmente no suelen hacer traslados ni movilizaciones, salvo en casos muy concretos.

Como en cualquier servicio deben tener muy claras sus funciones para un buen desempeño de su trabajo.

2 Objetivos

Con la elaboración de este capítulo pretendemos dar a conocer en qué consiste el servicio de consultas externas, su composición y las diferencias que presenta con la consulta de atención primaria.

Además, y lo más importante es que queremos exponer las diferentes funciones que tiene el celador, ya que es la figura en la que nos vamos a centrar en esta ocasión.

3 Metodología

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

4 Resultados

El área de las consultas externas es un servicio del ámbito sanitario por donde pasan muchos pacientes y donde se maneja mucha información.

Por este motivo, es imprescindible que exista una buena coordinación entre el personal sanitario.

Por supuesto, y aparte de una buena coordinación es necesario que existan una serie de protocolos de actuación establecidos y una buena organización en cuanto al trabajo se refiere.

En este caso, nos vamos a centrar en las funciones que debe desempeñar el celador en este servicio en concreto.

En las consultas externas el celador realiza un papel más informativo y orientativo hacia los pacientes:

- Una de las funciones principales que debe desarrollar es la recepción de los usuarios que acuden a consulta y les informara que consulta en concreto les corresponde e incluso si fuera necesario los acompañara hasta el lugar.
- Deben mantener un cierto control en las salas de espera, manteniendo el orden y evitando posibles aglomeraciones de los pacientes.
- Si el médico lo precisa deben trasladar a los pacientes a otras unidades, generalmente suele ser para la realización de alguna prueba complementaria o incluso al servicio de urgencias si algo no va bien.
- El celador de consultas también es el encargado de recoger las historias clínicas una vez finalizada la consulta y archivarlas si fuera necesario.
- Deben encargarse, junto con el auxiliar de enfermería, de reponer el material que se haya gastado durante la jornada de trabajo, como las sábanas de camillas, guantes, materiales de exploración.
- Son los encargados de transportar las peticiones de medicación al servicio de farmacia, así como recogerlo.
- El traslado y las recogidas de muestras al laboratorio también lo deben realizar, asegurándose de hacerlo siempre en las condiciones idóneas y ciñéndose a los protocolos establecidos.

Como podemos observar, el celador es la primera persona que mantiene contacto con el paciente cuando llega a consultas, por lo que es necesario tener cierta amabilidad en el trato hacia ellos.

5 Discusión-Conclusión

Generalmente en el servicio de consultas externas se encuentran varios celadores desarrollando su trabajo. Aunque, normalmente, cada celador suele trabajar en una o varias consultas que tienen adjudicadas, es muy importante saber trabajar en equipo.

Es necesario adquirir un importante compromiso de confidencialidad, ya que los celadores igual que el resto de personal sanitario, manejan la información del paciente que es de carácter privado.

También es muy importante, como hemos visto detallado en las funciones, que los celadores conozcan la ubicación de los diferentes servicios del hospital como puede ser el laboratorio, la farmacia, las urgencias... por cualquier traslado que

tengan que realizar y de este modo hacerlo de la forma más rápida y eficaz que puedan.

Por último, y quizá lo que más demuestre la eficiencia a la hora de realizar el trabajo, sea que el celador nunca olvide llevar a cabo sus funciones con la amabilidad necesaria para hacer sentir al paciente lo más cómodo y tranquilo posible.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. El Celador en el Servicio de Consultas Externas- III Congreso Virtual SICEPA.
4. <https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-12-especc3adfico.pdf>.

Capítulo 555

EL CELADOR EN EL GIMNASIO DEL AREA DE REHABILITACIÓN.

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

LIDIA MIGUEL VEGA

ALBA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

Hoy en día, en casi todos los centros hospitalarios hay un lugar físico destinado a la rehabilitación física de los pacientes.

Estas unidades de fisioterapia o rehabilitación hospitalarias están formadas por diferentes profesionales sanitarios como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y por supuesto de celadores que es en la figura que nos vamos a centrar hoy.

En estas unidades no solo se trata la capacidad física o motora del paciente, sino que también se encargan del diagnóstico, la prevención y el control de la patología que presente el paciente.

En este trabajo como hemos indicado, nos vamos a centrar en el celador, en sus funciones y en las características que ha de presentar con el paciente.

El celador que este ubicado en esta unidad debe tener unos conocimientos ampliados sobre la movilización del paciente, así como las diferentes posiciones que el

fisioterapeuta le puede requerir.

Es muy importante que el equipo de trabajo que conforma esta unidad realice sus funciones de una forma organizada y perfectamente estructurada, ya que se necesitan entre sí para ofrecer al paciente una mejor asistencia, tratando de este modo conseguir mejores resultados.

El servicio de rehabilitación no solo ofrece asistencia durante el ingreso o la estancia del paciente en el hospital. Si no que tiene un servicio ambulatorio, para que una vez que el paciente haya sido dado de alta pueda seguir recibiendo su tratamiento hasta alcanzar los resultados pretendidos.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer que el celador debe tener un amplio conocimiento tanto en la realización de los cambios posturales, así como en las diferentes posturas que debe adoptar el paciente para la realización de la terapia oportuna.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo hemos realizado una búsqueda online de diferentes artículos y publicaciones relacionadas con el área de rehabilitación, desestimando aquellas que no aportasen nada en cuanto a la figura del celador se refiere. Hemos realizado, también, varias consultas en diferentes bases de datos como son Medline y Cuiden, empleando términos como rehabilitación, fisioterapia y celador.

4 Resultados

El área de rehabilitación de un hospital está formado por un equipo multidisciplinar, en el que cada uno debe tener muy claras las diferentes tareas o funciones que han de llevar a cabo.

En este caso en concreto nos vamos a centrar en las funciones que ha de realizar el celador en dicha unidad:

- El celador debe ayudar al fisioterapeuta en lo que éste le requiera, teniendo especial cuidado con la colocación del paciente y las diferentes movilizaciones.
- Son los encargados de llevar y traer a los pacientes desde las diferentes zonas de hospitalización.

- Deben trasladar las máquinas o dispositivos que sean necesarios para el tratamiento del paciente.
- Estarán controlando que los pacientes realicen un uso adecuado de las instalaciones así como de las diferentes máquinas.
- Se encargarán de controlar las entradas y salidas del gimnasio, y facilitarán la información, hasta donde se les permite, tanto a pacientes como a familiares.
- Es muy importante que, junto con el resto de personal, intenten mantener el orden y cierto silencio en todas las zonas comunes del área de rehabilitación.
- Por último, ayudarán a los auxiliares de enfermería a mantener limpias las instalaciones, como camillas y aparataje.

En el área de rehabilitación la labor del celador tiene gran importancia, puesto que han de estar en continuo contacto con fisios, al igual que con el resto del equipo.

Es necesario que para que este equipo de trabajadores funcione correctamente, han de estar perfectamente coordinados entre sí.

El celador es figura indispensable en esta unidad, porque es quien facilitara el trabajo al fisioterapeuta, ya que será el encargado de colocar o ayudar al paciente a colocarse debidamente para que pueda ser tratado, de la mejor manera posible. Por todo esto podemos deducir que el conocimiento de las movilizaciones y posiciones del paciente por parte del celador es imprescindible.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, el celador es una parte importante del equipo de trabajo dentro del área de rehabilitación. Sobre todo, cuando nos encontramos con pacientes que presentan una movilizadora reducida. En este caso y aunque el celador no sea quien realice el tratamiento, si que es quien moviliza o sujeta al paciente para que el fisioterapeuta pueda realizar su trabajo de la mejor manera posible.

El trabajo que se desarrolla en un área de rehabilitación ha de hacerse en equipo, para así asegurar un buen funcionamiento del servicio.

La coordinación entre el personal, sea cual sea la unidad, es muy importante para el buen funcionamiento. Pero en unidades como esta cobra más sentido si cabe, porque para que el fisioterapeuta pueda realizar su trabajo correctamente necesita en muchas ocasiones la ayuda del celador.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion-fisioterapia/amp/>
- <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion>
- Bases de datos Medline y Cuiden

Capítulo 556

COMPROMISO AMBIENTAL POR PARTE DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

Cuidar el medioambiente es un factor determinante en el porvenir de nuestra sociedad y garantizar el futuro de nuestro planeta, esto cada día es más habitual que los gobiernos de los principales países del mundo implanten protocolos de actuación para mejorar el aire de sus grandes ciudades e impulsen proyectos de abastecimiento energético como bien pueden ser las placas solares, aerotermia, movilidad eléctrica, etc ; como alternativa a la explotación y dependencia del petróleo.

Cada día es más evidente la tendencia negativa del Cambio Climático en nuestro planeta, con climas poco habituales en etapas del año con la repercusión negativa a la producción de alimentos en el sector de la agricultura, entre otros sectores también sensiblemente perjudicados.

En una institución sanitaria de las dimensiones de un hospital, con tantos trabajadores y trabajadoras que lo componen, con sus respectivos desplazamientos al centro de trabajo es de vital importancia que a esa escala se establezcan posibilidades para mejorar la sostenibilidad, tanto en los desplazamientos bajando la huella de carbono, como en materia de reciclaje, aprovechamiento de recursos finitos como bien pueden ser el agua o la electricidad o reciclaje de desechos , entre otras muchas acciones diarias sumamente importantes para mejorar el impacto medioambiental.

2 Objetivos

El objetivo a perseguir con este capítulo de libro es dar visibilidad a un problema ambiental cada vez más extendido que, afortunadamente, se puede ayudar a reducir.

3 Metodología

Para la realización de este artículo científico se ha buscado información en diversas páginas científicas con información sobre sostenibilidad medioambiental, en dossiers formativos sobre medio ambiente y también en libros de biología y medioambiente de la biblioteca pública de Oviedo.

4 Resultados

El compromiso ambiental no viene dado solo por las empresas, sino que también es responsabilidad de los trabajadores asumir ese compromiso y realizar todas las acciones que les sean posibles para ayudar en la mejora del planeta y contribuir a un gasto reducido de recursos medioambientales como son el agua o los combustibles fósiles.

Dentro de las medidas que debemos asumir están la de hacer un correcto reciclado de los residuos ya que, con ese paso, daremos una vida útil más larga a determinados materiales evitando que se produzcan más de forma innecesaria, con el consiguiente gasto en materiales y electricidad.

Es vital entender que el agua de nuestro planeta es un bien escaso que derrochamos sin miramientos y al que necesitamos conservar para poder vivir. Para ello es recomendable no dejar grifos abiertos innecesariamente como cuando nos lavamos los dientes o mientras enjabonamos los platos, utilizar menos los electrodomésticos que usen mucha agua como lavavajillas o lavadoras e incluso controlar las posibles fugas que puedan producirse en las tuberías son acciones que pueden ayudar en gran medida al ahorro de agua.

Reutilizar la ropa o los materiales que puedan seguir siendo útiles.

Hacer los traslados al trabajo o por la ciudad utilizando medios de transporte más eficientes como caminar, la bicicleta o el patinete. También podemos compartir coche entre varias personas para hacer más eficiente el viaje y por supuesto utilizar los medios de transporte públicos. Así reduciremos la contaminación ambiental que destruye la capa de ozono.

Otro acto recomendable es cultivar nuestras propias verduras y hortalizas, aunque en este caso es necesario tener un espacio para poder hacerlo. En definitiva, son pequeños actos que, de ser realizados por todos, nos ayudarían a conseguir un planeta más duradero.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del centro hospitalario, hay muchas zonas o sectores que pueden ser susceptibles de implantar un protocolo que asuma un compromiso medioambiental en beneficio de nuestro planeta y, por consiguiente, en beneficio de las personas que vivimos en él. Para ello se pueden instalar paneles solares que nos proporcionen energía, o utilizar sistemas nuevos como la geotermia que extrae el calor de la tierra o la aerotermia que utiliza el aire frío del exterior y lo transfiere al interior para generar agua caliente y calefacción en invierno y refrigeración en verano.

Realizando estas medidas, reduciremos en un alto grado el consumo energético y contribuiremos a la mejora del planeta.

Capítulo 557

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

En los centros hospitalarios trabajan muchos auxiliares administrativos. En la unidad de codificación tiene sus peculiaridades, ya que es una tarea de gran importancia.

La codificación sanitaria es una herramienta imprescindible para el sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Tiene como finalidad proporcionar datos homologables y fácilmente comparables sobre la salud. Es decir, facilitar la comunicación de los datos, su almacenamiento y la posterior recuperación. Esto es muy importante para sanitarios, usuarios, epidemiólogos, investigadores y responsables políticos, facilitando la comprensión y seguimiento de los problemas de salud, con el fin de comparar, evaluar y mejorar la sanidad.

Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación del hospital debe realizar estas tareas garantizando la protección de datos de los pacientes, trabaja con datos anónimos de forma segura. Ayuda en el registro de información sanitaria, esto son tareas delicadas, ya que hay elementos de gran importancia en la codificación como diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Un auxiliar administrativo es responsable de una variedad de tareas administrativas en una unidad de codificación del hospital, también pueden ayudar al resto de personal de codificación en el mantenimiento de registros. El auxiliar administrativo en la unidad de codificación debe ser capaz de realizar múltiples tareas y priorizar de manera efectiva para mantener la eficiencia del departamento.

2 Objetivos

- Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la unidad de codificación en los centros hospitalarios.
- Establecer los elementos y normas de uso comunes al hacer la codificación.

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

Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación brinda ayuda al personal de codificación, sus funciones pueden variar según el tamaño y la estructura del departamento, pero generalmente incluyen, el mantenimiento de registros y archivos, el manejo de la correspondencia y la prestación de servicio al paciente. El auxiliar administrativo también sirve como enlace entre el personal de codificación y otros departamentos dentro del hospital, como facturación o registros médicos (2).

Es importante tener una formación básica sobre el proceso de codificación y fundamental que se implique a los profesionales de sistemas de información y control de gestión del hospital, que vayan a codificar. Para ello, debemos tener claro

de qué estamos hablando de la importancia de una codificación lo más correcta posible. Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información completa y precisa. El auxiliar administrativo debe trabajar de forma correcta teniendo en cuenta lo que se quiere codificar, la mejor descripción del diagnóstico principal y los secundarios, así como los procedimientos. Así facilitaremos la labor a los profesionales que se encargan de la codificación, y ello conducirá a una mejora segura de la actividad de codificación. Es importante que la información se recoja con la máxima fiabilidad y exactitud, por lo que es necesario estar al día de las actualizaciones periódicas.

Para que realmente la codificación influya en la gestión clínica por procesos, es fundamental que los responsables de las unidades conozcan estas herramientas, así el auxiliar administrativo en la unidad de codificación debe ser responsables de la entrada de datos, el mantenimiento de registros y la actualización. Esta documentación incluye, entre otros, registros médicos, registros de pacientes y manuales de codificación. El auxiliar administrativo se asegura de que estos documentos estén debidamente archivados y de fácil acceso para el personal de codificación. (3).

Las habilidades interpersonales y de comunicación sólidas también son esenciales en este rol, ya que el administrador interactuará diariamente con el personal de codificación, los profesionales médicos y los pacientes. Un auxiliar administrativo en la unidad de codificación de un hospital generalmente tiene otras responsabilidades, además de codificar los registros de los pacientes. Estos pueden incluir el mantenimiento de registros de la productividad del personal de codificación, la preparación de informes sobre la precisión y el cumplimiento de la codificación y la capacitación de nuevos codificadores.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en la unidad de codificación es responsable de una variedad de tareas. Se aseguran de que los registros médicos estén codificados correctamente y que la información del paciente se ingrese correctamente en el sistema. También supervisan el proceso de codificación para garantizar la precisión y el cumplimiento de las normas. Además, brindan apoyo a los codificadores y otro personal según sea necesario.

El auxiliar administrativo realiza tareas en la unidad de codificación, ayudando a que la competencia general para que en la unidad definan y organicen los pro-

cesos de tratamiento de la información y documentación clínica, extrayendo y registrando datos, codificándolos y validando la información, garantizando el cumplimiento de la normativa, así como intervenir en los procesos de atención y gestión de pacientes y de gestión administrativa en centros sanitarios.

Esto supone un esfuerzo por unificar el lenguaje que se utiliza en la práctica clínica. Es preciso que la codificación se realice correcta y consistentemente para obtener resultados que reflejen la actividad real que se realiza en un servicio y lo que cuesta. Para que realmente la codificación influya en la gestión clínica por procesos, es fundamental que los responsables de las unidades conozcan estas herramientas

Por tanto, el auxiliar administrativo en la unidad de codificación juega un papel importante para garantizar que la codificación del hospital sea precisa y compatible. Su conocimiento de la terminología médica y su experiencia con el proceso de codificación los convierte en un activo invaluable para el equipo. Con su ayuda, la codificación del hospital puede funcionar sin problemas y de manera eficiente. Un auxiliar administrativo en una unidad de codificación del hospital es responsable de una variedad de tareas. Son responsables de ayudan en los registros médicos, realizan funciones para la codificación, diagnósticos y procedimientos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.
3. <https://revistamedica.com/confidencialidad-datos-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>.

Capítulo 558

FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA EN CENTROS HOSPITALARIOS

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

1 Introducción

El celador de puerta en los centros hospitalarios juega un papel vital para garantizar el correcto acceso de los pacientes, el personal y los visitantes. Son responsables de controlar el estado de las instalaciones, vigilar la actividad dentro de la instalación y responder a peticiones de información.

Para realizar sus funciones de manera efectiva, el celador de puerta debe estar atentos y tener buenas habilidades de comunicación. El celador de puerta suelen estar situados en la entrada principal de un centro hospitalario. Su principal responsabilidad es controlar el acceso a la instalación. Esto incluye el control de visitantes y entregas, la emisión de pases de visitante y el control de los puntos de entrada y salida. El celador de puerta debe fijarse para evitar el acceso no autorizado que podría poner en peligro la seguridad de las personas que se encuentran dentro del centro hospitalario.

Además de controlar el acceso, el celador de puerta también controla las acciones y uso que se hacen los usuarios en las zonas de acceso a las instalaciones del hospital, toman nota de cualquier actividad inusual o sospechosa. El trabajo de un celador de puerta es controlar quién entra y sale del hospital, así como brindar información sobre las dependencias hospitalarias tanto a pacientes como a sus familiares. Aunque no son profesionales médicos, desempeñan un papel vital para que el hospital funcione sin problemas y para que los pacientes y el personal estén seguros. Las cualidades que hacen a un buen celador de puerta son: empatía, atención, vigilancia y pensamiento rápido. Deben prestar atención a su entorno en todo momento y estar atentos a cualquier situación que demande su colaboración.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador de puerta en centros hospitalarios.

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 puerta es responsable de la colaboración con la seguridad del hospital, de informar y ayudar a los pacientes y familiares. Deben ser capaces de identificar amenazas potenciales y responder rápidamente a cualquier incidente. El celador de la puerta también debe poder mantener un alto nivel de colaboración con el servicio de vigilancia en todo momento. Algunas de las cualidades que son necesarias para el celador de puerta incluyen: empatía, responsabilidad, respeto, discreción...entre otras. También deben saber comunicarse de manera efectiva. Un hospital es un lugar donde la gente viene a curar sus enfermedades y heridas. El celador de puerta es responsable de la ayudar de los pacientes, el personal y los visitantes e informales de los protocolos de acceso. Son la primera

línea de contacto del paciente al llegar al hospital. El celador de puerta debe estar pendiente y atento en todo momento. Deben tener excelentes habilidades de comunicación y ser capaces de trabajar bien con los demás.

El celador de puerta en los centros hospitalarios da información sobre las dependencias del hospital, presta ayuda a los pacientes y acompañantes, cuando esta fuese necesaria. Trabajar en colaboración con los servicios de seguridad del hospital, para conseguir que los pacientes, el personal sanitario y no sanitario y los visitantes, estén seguros. El celador de puerta debe poder manejar múltiples tareas simultáneamente y mantener una conducta tranquila en situaciones estresantes. El celador es un puesto importante en cualquier centro hospitalario. El celador de puerta es el punto del acceso de los pacientes, el personal y los visitantes, al centro hospitalario. Deben ser capaces de identificar averías o desperfectos potenciales y tomar medidas para subsanarlos. El celador de puerta también debe poder brindar asistencia en caso de una emergencia.

El celador de la puerta es una parte vital junto con el equipo de seguridad del hospital, como punto de acceso debe ayudar y dar información precisa y necesaria a todas las personas que acceden al hospital. Son responsables de garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso determinadas instalaciones. Deben ser capaces de identificar amenazas potenciales y tomar medidas para prevenirlas. El celador de la puerta tiene como finalidad garantizar que la permanencia en el hospital se desarrolle de forma adecuada, respetando y guardando silencio. El celador de puerta debe prestar atención diaria a las instalaciones y mobiliario, con la finalidad de mantener su estado adecuado siempre y si se producen desperfectos avisar para que se subsanen rápidamente. Para ello, deben estar vigilantes y atentos en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador de puerta es responsable del acceso a las instalaciones de los pacientes, el personal y los visitantes del hospital. Deben ser capaces de identificar amenazas potenciales y tomar las medidas adecuadas para garantizar la correcta actividad diaria de todos en el centro hospitalario. Además de sus funciones de colaboración con la seguridad, los celadores de puerta también realizan otras tareas, como informar de los servicios a los usuarios, ayudar a los pacientes y vigilancia y cuidado de las instalaciones.

Para tener éxito en este rol, los celadores de puerta deben poseer una serie de

cualidades que incluyen empatía, excelentes habilidades de comunicación y un fuerte sentido de la observación. También deben poder trabajar bien bajo presión y manejar situaciones difíciles con calma y eficiencia. Los celadores de puerta son una parte importante de la seguridad del hospital. Son responsables de controlar quién entra y sale del edificio, y de realizar un seguimiento de los pacientes y el personal. Los celadores de puerta deben poder trabajar muchas horas, a menudo durante la noche, y deben poder manejar situaciones de alta presión. El celador de puerta es responsable correcto acceso al hospital. Deben ser capaces de identificar necesidades de los pacientes, familiares y responder rápidamente a cualquier incidente. El celador de puerta también debe poder trabajar en estrecha colaboración con otro personal de seguridad y personal del centro hospitalario.

El celador de puerta debe tener un conocimiento profundo de las políticas y procedimientos del hospital. Deben poder comunicarse de manera efectiva tanto con los pacientes como con el personal. El celador de puerta también debe poder mantener un alto nivel de profesionalidad en todo momento.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
2. <https://enfermeria.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/>
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>

Capítulo 559

FUNCIONES DEL CELADOR FRENTE A UN PACIENTE TERMINAL

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

1 Introducción

Existen diferentes definiciones de lo que se puede considerar un paciente terminal, siendo la más aceptada la que ha descrito la Organización Mundial de la Salud como " el paciente con enfermedad muy avanzada activa en progresión y con un pronóstico vital limitado", lo que conlleva es una esperanza de vida corta, entre dos y seis meses, y con una pérdida de autonomía que contiene, por tanto, implicaciones emocionales.

Otra de sus características es la falta de respuesta a ningún tratamiento que los convirtiendo en un ser frágil de forma progresiva.

Existe multitud de doctrina sobre el cuidado de los pacientes terminales, y al respecto podemos mencionar a Cicely Saunders, y su teoría sobre la necesidad del cuidado total, no hay soluciones terapéuticas, y por tanto no queda más que mejorar su calidad de vida el tiempo que le reste y extremar el mayor grado de confort, de ahí la relevancia del equipo de cuidados paliativos y dentro de ellos el celador, como garante de la comodidad y del bienestar del paciente. Sin olvidar la atención que precisa la familia y la ayuda que en el cuidado del paciente puede

realizar el propio celador, es muy relevante el cuidado de los familiares al propio paciente terminal y el agradecimiento que muestran al celador que presta ayuda.

2 Objetivos

Poner de manifiesto cuáles son las principales funciones del celador ante pacientes terminales y su importancia.

3 Metodología

La metodología utilizada ha sido la revisión bibliográfica de distintos trabajos, así recurrir a la revisión normativa que existe en la actualidad sobre las funciones del celador, utilizando bases de datos científicas como PubMed, y como criterios de busca las palabras relacionadas con celador y con paciente terminal entre otras.

4 Resultados

Debemos partir de la premisa de que los celadores forman parte sustancial de las unidades de cuidados paliativos. Su papel es relevante, teniendo en cuenta que los enfermos terminales suelen ser siempre personas con dificultades de movilidad, encargado junto al resto del equipo del cuidado del paciente y de garantizar el mayor grado de bienestar en una etapa difícil.

Se trata de un equipo multidisciplinar que requiere coordinación y que suele estar integrado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, todos ellos profesionales en su trabajo y expertos en cuidados.

El celador debe dirigir su trabajo a conseguir el mayor confort y a lograr la mayor integración posible con la familia, normalmente encargada de los cuidados del paciente terminal, el celador debe convertirse en un apoyo, en una ayuda recurrente, imprescindible porque se requieren movilizaciones y ayudas de forma frecuente. Conseguir una mayor calidad de vida en la última etapa de la vida, la humanización y la dignidad del paciente terminal es para el equipo de cuidados paliativos una prioridad. Fomentar la empatía, tanto con la familia como con los familiares, consciente de la situación delicada que se está viviendo, ponerse en el lugar del otro, y ser capaz de tratar a cada paciente de forma singular, no olvidemos que el enfoque y la aceptación o no de la enfermedad es diferente en cada caso, de ahí el papel de respecto por parte del celador a creencias, ideologías, actitudes...

El celador debe darle la relevancia que le corresponde a la comunicación en el cuidado, la cercanía y la palabra son herramientas muy útiles en este tipo de pacientes, a pesar de las dificultades que conlleva enfrentarnos a ciertas preguntas, para las que no tenemos respuesta, pero que la simple escucha ya es una ayuda. Es un trabajo gratificante, pero que tiene unas dificultades añadidas a las funciones propias del celador en cualquier otra unidad que carezca de las peculiaridades de la unidad de paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la relevancia del equipo de paliativos para la atención de un paciente terminal, la importancia de una atención integral de este tipo de pacientes con peculiaridades ya definidas y la necesidad de que el equipo funcione de forma coordinada.

El celador, como miembro fundamental de dicho equipo, es el encargado de lograr el mayor grado de confort, de colaborar en sus cuidados y de apoyo a los cuidadores familiares.

El desarrollo de la empatía, de la escucha, de la atención psicológica deberían estar apoyadas por una formación del celador en este tipo de cuidados, siendo conocedor de las peculiaridades de este tipo de paciente.

6 Bibliografía

1. Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
2. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.
3. Martín M.C, Magret M, Rialp G, Alvarado M, Molina M, Velasco V (2020). Recomendaciones sobre movilización precoz y rehabilitación respiratoria en la covid-19 de la sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias (SEMICYUC) y la sociedad española de rehabilitación y medicina física (SERMEF).
4. Rubio O, Estella A, Martín M.C, Saralegui I, Cabré L, Zapata L, Amblás J (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC).

Capítulo 560

LUZ DE GAS ABUSO PSICOLÓGICO SUTIL

EVA MARIA PULIDO VIDAL

1 Introducción

Llamamos luz de gas o gaslighting a un tipo de abuso psicológico muy sutil y sibilino que consiste en hacernos dudar de nuestra propia percepción de los hechos y de nuestros recuerdos ante una situación, negando la realidad de lo sucedido, haciéndonos creer que ese hecho o situación nunca ha sucedido.

Es ahí, donde ya comienza a tejerse la tela de araña de la manipulación y esta situación o abuso de forma aislada no tiene mayor trascendencia pero cuando se realiza de forma reiterada y consciente para desacreditar y hacer dudar a la víctima de su propia percepción de los hechos, es ahí, cuando ya ha comenzado el abuso de luz de gas.

Esta manipulación de la realidad hace que la víctima sienta inseguridad, comience a tener dudas de sí misma, de su juicio, de su memoria, de sus recuerdos, de su percepción y este hecho favorece el aislamiento progresivo de la víctima volviéndose insegura para funcionar de forma independiente y sintiéndose incapaz para rebatir opiniones externas porque les ha sido arrebatada la confianza e intuición.

Cuando una víctima siente cómo ha sido mermada y destruida su valía comienza a manifestar signos como depresión, malestar, ansiedad y múltiples visitas médicas para tratar de buscar solución a su situación.

2 Objetivos

Dar a conocer el abuso psicológico conocido como luz de gas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica documental de artículos publicados en internet por diversos autores que abordan la temática expuesta en este trabajo utilizando en la búsqueda las siguientes palabras clave: luz de gas – gaslighting.

4 Resultados

Los abusadores, manipuladores o las personas que hacen luz de gas saben mentir muy bien, utilizan la mentira de una forma tan segura y rotunda que les da veracidad, suelen usar las mismas técnicas de manipulación y una vez que se hayan aprovechado y destrozado emocionalmente, buscarán otra víctima.

Las situaciones que más repite el abusador cuando hablamos de luz de gas:

Hemos mencionado que saben mentir muy bien incluso en los detalles más banales y absurdos, defenderán su mentira tan bien que cuanto más lo hace, la víctima más se cuestiona la realidad y la percepción de la misma llegando a dar la razón para evitar conflictos.

No se responsabilizan de sus actos, haciendo creer que el problema es de la víctima.

Son capaces de dar un giro a la situación y acusar a la víctima de sus carencias pasando la víctima a ser verdugo.

Se expresan tan seguros de sí mismos y con tanta vehemencia de lo que están diciendo que aunque la víctima tenga pruebas o haya sido testigo de una situación son capaces de manipularla y manifestar lo contrario a lo sucedido y se reafirmará en su postura hasta que la víctima claudique en su versión.

Enmascaran las humillaciones con toques de humor para justificar su comportamiento grosero y mal educado además de querer menospreciar siempre lo que la víctima tenga que decir o argumentar.

La primera vez que esto suceda la víctima no sabrá ni siquiera lo que ha pasado, se trata de una manipulación mental siempre construyéndose de forma progresiva

el abusador con mentiras y comportamientos que acrecientan su seguridad en decremento de la seguridad de la víctima que llegará el momento que dudes de si misma y de su propia cordura.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer y reconocer esta forma de abuso moral, pues es más frecuente de lo que nos creemos a la hora de relacionarnos en el entorno laboral, incluso en el seno familiar esta marcado con momentos de gaslighting, que constituye un método muy eficaz de manipulación para anular voluntades de forma sutil, que prolongado en el tiempo causa a la víctima un deterioro en la percepción de la realidad, la baja autoestima, que normalmente termina por necesitar ayuda profesional para reforzar y fortalecer su mermada capacidad de percepción, e intentar conseguir una relación más equilibrada con el perpetrador y en caso que no sea posible optar por tomar distancia lo antes posible.

Tenemos que tomar consciencia que necesitamos relaciones sanas que nos aporten, que nos quieran bien y alejarnos de toda manipulación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 561

TELEFONISTA EN SANIDAD: NOCIONES BÁSICAS EN INFORMÁTICA: PRUEBA DE PROGRAMAS INFORMÁTICOS

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Como telefonistas en las centralitas manejamos en nuestro día a día programas informáticos para gestionar datos relacionados con los pacientes. Un programa informático consiste en una secuencia de órdenes que permiten realizar una tarea específica.

Cuando se crea un programa informático se realiza en varias etapas:

- Análisis de los requisitos: a partir de las necesidades del usuario o del programa planteado, se decide qué es lo que hay que hacer para llegar a conseguir una solución óptima, y se genera un documento de requisitos. Se trata de la etapa más importante
- Diseño de la arquitectura: se hace un estudio para ver los distintos componentes que van a formar parte de nuestro programa (módulos, subsistemas, etc.) y se genera un documento de diseño. Esta fase se va a revisar todas las veces que sea necesario hasta que estemos seguros de cuál va a ser la mejor solución.

- Etapa de implementación o codificación: en esta etapa vamos a pasar a codificar las aplicaciones que hemos elegido en la etapa anterior, empleando el lenguaje de programación con el que estemos trabajando. El resultado que vamos a obtener va a ser el código fuente.
- Fase de mantenimiento: revisar todo el proceso anterior e ir actualizando o modificando los cambios oportunos en las etapas anteriores.

2 Objetivos

Conocer algunas nociones básicas de informática, en este caso vamos a ver cómo se prueban los programas informáticos.

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

Una vez creador el programa informático, implementado y compilado el código de nuestro algoritmo, debemos ponerlo en marcha y comenzar la etapa de testing, plan de prueba o prueba de programa.

En ella, se prueba un programa para demostrar la existencia de posibles defectos: algorítmicos, de sintaxis, de documentación, de sobrecarga, de capacidad, de rendimiento, de sincronización, de recuperación, de hardware y software y de estándares.

Este proceso de prueba del programa se lleva a cabo de manera automática o manual y persigue los siguientes objetivos:

- Comprobar los requisitos funcionales y no funcionales del programa.
- Probar todo tipo de casos para detectar alguna anomalía en su ejecución.

Tenemos dos tipos de técnicas de pruebas:

- Pruebas de caja blanca: donde se valida la estructura del sistema.
- Pruebas de caja negra: donde se analizan las entradas y salidas del sistema sin tener en cuenta el funcionamiento interno.

El plan de prueba consta de varias etapas, ya que, después de implementar el código, si existiera algún tipo de fallo en el programa, tendríamos que volver a empezar con el nuevo código modificado.

Para realizarlo realizamos las siguientes pruebas:

- Pruebas de integración: hay que realizar ensayos del funcionamiento, combinando todos los módulos de la aplicación. Así, haciendo funcionar la aplicación completa, comprobamos que cumple lo establecido en el diseño.
- Pruebas de validación: el último paso de la integración se basa en realizar nuevas pruebas de la aplicación en su conjunto. El objetivo es cerciorarse de que se cumple lo establecido en el documento de requisitos y que cubre las necesidades de los usuarios que ya habíamos previsto.

Cuando encontramos un problema, recurrimos normalmente al planteamiento de un algoritmo, que es una secuencia de pasos y operaciones que debe realizar el programa para conseguir resolver un problema planteado.

En cambio, la algoritmia es un conjunto ordenado y finito de operaciones que permite encontrar la solución a un problema cualquiera.

5 Discusión-Conclusión

La creación de un programa informático se realiza siguiendo una serie de pasos estandarizados que permitan detectar cualquier fallo o problema en el mismo durante su creación. Aun así, después de esto se pueden realizar sobre el mismo pruebas o lo que conocemos como “testing” que nos van a permitir detectar otros posibles fallos que, aunque aparentemente no apareciesen durante el desarrollo inicial, puedan suponer un problema a la larga cuando estemos usando el programa en máximo rendimiento. Por ejemplo, la capacidad del programa, la sobrecarga del mismo, etc.

Como personal telefonista en nuestro día a día empleamos herramientas informáticas, por lo que resulta esencial ver cómo funcionan.

6 Bibliografía

- 1- pasos para crear un programa informático - <https://www.euroinnova.us/blog/pasos-para-crear-un-programa-informatico/amp>
- 2- creación de un programa informático - http://cienciasfera.com/materiales/informatica/tecnologiainformacion/tema21/13_creacin_de_un_programa.html
- 3- que es el desarrollo de software- <https://www.ibm.com/es-es/topics/software-development>

Capítulo 562

FUNCIONES DEL CELADOR EN REHABILITACIÓN

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA SATUE GABALDON

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

La rehabilitación es un enfoque integral de atención médica que se centra en la recuperación y el restablecimiento de la funcionalidad física, mental y social de una persona que ha experimentado una enfermedad, lesión o discapacidad. Su objetivo principal es ayudar a las personas a recuperar la mayor independencia posible y mejorar su calidad de vida. La rehabilitación puede ser aplicada a una amplia gama de condiciones médicas, incluyendo:

- Lesiones traumáticas: Como las lesiones en la médula espinal, lesiones cerebrales traumáticas, fracturas, quemaduras graves, etc.
- Enfermedades crónicas: Como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades neuromusculares, artritis, entre otras.
- Enfermedades neurológicas: Como el ictus (accidente cerebrovascular), esclerosis múltiple, parálisis cerebral, etc.

-Cáncer: La rehabilitación puede ayudar a los pacientes a lidiar con los efectos secundarios de tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia.

La rehabilitación es un proceso personalizado. Los programas de rehabilitación son diseñados y supervisados por un equipo de profesionales de la salud que pueden incluir médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, trabajadores sociales, TCAE, celadores y técnicos de rayos.

Los métodos de rehabilitación pueden incluir terapias físicas, ejercicios, terapia ocupacional, terapia del habla, etc. Además, la rehabilitación puede abordar la gestión del dolor, el control de síntomas y la educación sobre la condición del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos a conseguir en este capítulo son saber todas las funciones que desempeña el celador en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

Para la realización de este artículo científico nos hemos basado en las funciones específicas del celador, buscando datos sobre ello utilizando palabras claves como el celador en rehabilitación, rehabilitación, etc. en revistas científicas, así como en base de datos Scielo, pubmed, medien, etc.

4 Resultados

El celador desempeña un papel importante en un entorno de rehabilitación al brindar apoyo logístico y asistencia a los profesionales de la salud y, sobre todo, a los pacientes que están trabajando en su proceso de recuperación. Las funciones del celador en un entorno de rehabilitación pueden incluir:

- Atención al paciente: Proporcionar asistencia y apoyo a los pacientes durante sus sesiones de rehabilitación, ayudándolos a moverse, trasladarse entre áreas de tratamiento y asegurándose de que estén cómodos.
- Mantenimiento del entorno: Asegurarse de que las áreas de tratamiento y las instalaciones estén limpias y ordenadas para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes.

- Logística de equipos y suministros: Ayudar en la preparación de equipos y materiales necesarios para las terapias y tratamientos de rehabilitación. Esto puede incluir la configuración de aparatos, asegurarse de que haya suficientes sillas de ruedas o dispositivos de ayuda, y verificar que todo esté en buenas condiciones de funcionamiento.
- Traslado de pacientes: Ayudar a los pacientes a moverse entre áreas de tratamiento, como salas de terapia o gimnasios de rehabilitación, especialmente si requieren asistencia para caminar o movilidad reducida.
- Seguridad del paciente: Colaborar en la seguridad de los pacientes durante las terapias, asegurándose de que sigan las indicaciones de los terapeutas y previniendo accidentes o caídas.
- Asistencia en la higiene personal: Si es necesario, ayudar a los pacientes con tareas de higiene personal, como el uso del baño o la ducha, asegurándose de que estén cómodos y seguros.
- Registro de datos: Llevar un registro de la asistencia brindada a los pacientes, así como de cualquier incidente o situación inusual que pueda ocurrir durante las sesiones de rehabilitación.
- Comunicación y apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a los pacientes, responder a sus preguntas y preocupaciones, y comunicar cualquier problema o necesidad a los profesionales de la salud. La empatía y el apoyo son especialmente importantes en un entorno de rehabilitación.
- Manejo de camillas y sillas de ruedas: Ayudar con la preparación de camillas y sillas de ruedas, así como con la transferencia de pacientes hacia y desde estas.
- Coordinación de transporte: Colaborar en la coordinación de transporte para los pacientes que necesitan trasladarse a otras áreas de la institución médica o para consultas médicas externas.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un rol crucial en un entorno del servicio rehabilitación hospitalaria, brindando apoyo logístico y asistencia tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes que se encuentran en proceso de recuperación. Sus funciones abarcan desde la atención directa a los pacientes durante sus terapias y el mantenimiento del entorno seguro, hasta la preparación de equipos, limpieza y la coordinación del transporte. La empatía y el apoyo emocional son aspectos destacados de su labor, contribuyendo al bienestar de los pacientes en el proceso de rehabilitación y al éxito global del programa de atención integral con algún tipo de patología.

6 Bibliografía

Scielo

Medline

Capítulo 563

GOBERNANTA/E EN SANIDAD: CALIDAD EN EL SERVICIO DE COCINA: TABLAS DE NUTRIENTES DE LOS ALIMENTOS

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

Las tablas de composición de alimentos (TCA) son instrumentos utilizados en el servicio de cocina hospitalaria para la elaboración de las dietas terapéuticas de los pacientes.

Aportan datos orientativos de tipo cuantitativo acerca del contenido nutricional de diversos alimentos, y a partir de estas se pueden elaborar programas de calibración de dietas.

La finalidad principal que persiguen las TCA es actuar como herramienta fundamental en la consecución de un estado nutricional óptimo de la población. Por ejemplo, si un paciente presenta anemia, al observar las TCA se pueden recomendar aquellos alimentos que poseen un mayor contenido en hierro.

Para la elaboración de tablas deben tenerse en cuenta una serie de factores, como el número de alimentos que van a aparecer, de qué fuente van a obtenerse los

datos (deben ser fuentes fiables, que contengan información contrastada y veraz) y la codificación o distribución de los grupos de alimentos para que resulte más sencilla la búsqueda de cada uno.

Para que sea posible la estimación de los diferentes nutrientes que se pueden aportar con la ingesta, las tablas de composición deben estar formadas por un número significativo de alimentos que permitan acercarnos al conocimiento de consumo habitual.

El número mínimo de alimentos que debe presentar una tabla de composición viene definido por la legislación del país en el que nos encontremos. En el caso de España, el Ministerio de Salud y Consumo estima que la cantidad mínima de alimentos que deben aparecer es de trescientos, aunque lo más deseable sería un mínimo de quinientos.

2 Objetivos

Conocer como gobernanta/e responsable del servicio de cocina como mando intermedio en que consisten las tablas de alimentos que se emplean en cocina para la elaboración de las distintas dietas terapéuticas de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La mayoría de las tablas de composición de alimentos presentan estructuras similares en cuanto a aspecto, número de alimentos y distribución de la información. No obstante, en un futuro, las nuevas tablas que vayan a elaborarse deben incorporar nuevos tipos de alimentos que están teniendo importancia alimentaria en las últimas décadas e influyendo en la salud de los individuos (tanto de forma beneficiosa como patológica).

Es muy importante que para que se pueda realizar un uso lo más correcto posible de las tablas y se pueda comprender los datos que se hayan recogido y utilizados estén expresados correctamente, sobre todo en lo que se refiere a datos cuantitativos, es decir, a las unidades en las que aparecen expresados los valores de cada nutriente (gramo, miligramo, mililitro, microgramos...).

La expresión que más suele utilizarse suele ser cantidad de nutriente (en gramos, miligramos, etc.) por cada 100 gramos de alimento. Por ejemplo, la cantidad de proteínas de la leche entera de vaca es 3,06 g/100 g.

Hay que tener en cuenta que se dispone de una inmensa cantidad de alimentos y que cada vez más van apareciendo nuevos tipos. Dado que las TCA no pueden recabar información de todos ellos, intentan aportar información de alimentos que presenten composiciones similares.

Las tablas suelen estar conformadas por un listado completo de alimentos y parámetros nutricionales, así como información adicional para aportar más detalle.

Suelen presentar una doble entrada, en la que están los distintos grupos de alimentos, y dentro de cada grupo, los alimentos que los componen, y en la otra entrada, datos de tipo analíticos: valor nutricional, tipos de nutrientes, parte comestible, etc.:

- **Porción comestible:** para detallar este punto, es necesario conocer bien el alimento para especificar con precisión aquella parte apta para ser consumida. Se expresa como contenido de nutriente por cada 100 g de porción comestible.
- **Fracción digerible:** no aparece en todas las tablas y muestra la cantidad real de los nutrientes absorbidos y, con ello, aprovechados por el organismo. Esta parte que el organismo aprovecha coincide con la porción comestible, pero no incluye las interacciones de los nutrientes entre sí, bien sea interacción positiva o negativa.
- **Ración:** expresa la cantidad de nutrientes que aporta el consumo de una determinada cantidad habitual de alimento. Lo bueno de este dato es que puede guiar a los individuos sobre el tamaño del plato que deben ingerir en caso de querer mantener un control de la ingesta.
- **Nutrientes:** densidad del nutriente (energía que aporta), agua (varía en función del alimento y es un componente de gran trascendencia a la hora de comprar alimentos), energía (se obtiene a partir del cálculo de los distintos macronutrientes y del alcohol que se multiplican por unos factores de conversión), proteínas, grasas (y dentro de estas, los ácidos grasos), hidratos de carbono, fibra, vitaminas y min-

erales.

- Otros componentes: pueden aparecer otros contenidos menos importantes que los anteriormente mencionados, como elementos traza, aminoácidos...

5 Discusión-Conclusión

Las tablas de composición de alimentos son una herramienta muy utilizada en la cocina hospitalaria ya que muchas veces los pacientes ingresados tienen diferentes alergias, patologías o problemas de salud que hacen que no puedan ingerir determinados compuestos o alimentos.

Resulta esencial por tanto tener esta herramienta a mano y como mando intermedio gobernante que supervisa el correcto funcionamiento del servicio es esencial que conozcamos como son y donde se ubican, para así poder acceder y consultar estos datos si fuese necesario.

Es importante que la tabla de composición de los alimentos se encuentre siempre lo más actualizada posible y a mano de los trabajadores, realizando las copias que sean precisas.

6 Bibliografía

- 1- tablas de composición de alimentos- https://catedraalimentacioninstitucional.files.wordpress.com/2014/09/3-l-tablas_de_composicion_de_alimentos.pdf
- 2- tablas de composición de alimentos- https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo_08.pdf
- 3- tabla de composición de alimentos - <https://www.sennutricion.org/media/tablas/INCAP.pdf>

Capítulo 564

VIOLENCIA DE GÉNERO VERSUS VIOLENCIA DOMÉSTICA: EL DEBATE EN LA ACTUALIDAD.

EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ

LUCIA FIDALGO MIGOYA

JAVIER SUÁREZ GONZÁLEZ

MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR

1 Introducción

La OMS define la Violencia de Género como: "la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye hecho de ser mujer".

Otra de las definiciones que se debe conocer, es la que realiza la OMS de la Violencia Doméstica, hoy en día denominada Violencia Intrafamiliar, como: "los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la familia: niños, mujeres y ancianos".

A pesar de que ambas violencias son consideradas como una lacra de nuestra sociedad y un problema de salud pública a nivel mundial desde finales del siglo

XX, y de tener referencia de su existencia mucho antes, es ahora, en nuestro país, cuando toma una importante relevancia debido al debate político actual, en el que una parte ponen en tela de juicio la existencia de la Violencia de Género. En este trabajo nos gustaría mostrar la coexistencia de ambas con sus semejanzas y sus diferencias.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Comparar los datos registrados en el año 2022 de los dos tipos de violencia, para conocer su alcance en nuestra sociedad.
- Actualizar conocimientos acerca de las medidas de intervención a nivel estatal y en nuestro caso, a nivel autonómico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 violencia doméstica y la violencia de género son un problema social que con el paso de los años se ha ido agravando y a la vez, la sociedad se ha ido concienciando más sobre su existencia. Son dos tipos de violencia que tienen unas semejanzas, como son las fases que componen su ciclo:

1. Fase de acumulación de tensiones.
2. Fase aguda/de crisis o de concentración de la violencia.
3. Fase de “luna de miel” o conciliación.

Otra semejanza es los distintos tipos de violencia que pueden padecer las víctimas de las dos, como son:

- Violencia física
- Violencia Psicológica
- Violencia Sexual

Los dos tipos de violencias generan unas consecuencias físicas y psicológicas muy graves, tanto en las víctimas como en su entorno más cercano. Pero también tienen grandes diferencias como son:

- Los sujetos que la ejercen.
- La víctima de la violencia.
- El escenario
- El tiempo de duración.

En España, desde los diversos ámbitos públicos, (sanitario, educativo, de publicidad y medios de comunicación, judicial y social), se han desarrollado y llevado a cabo medidas de sensibilización, prevención y detección; también protocolos de actuación y, por último, y no menos importante, leyes y reformas de estas para luchar contra ella. Todo ello se hace desde un enfoque integral y multidisciplinar, en la que profesionales relacionados con cada materia, se coordinan para hacerles frente.

A nivel autonómico, la administración del Principado de Asturias, ha desarrollado y ejecutado políticas sociales que abarcan tanto leyes y protocolos de actuación, como también, la creación de organismos, recursos, servicios y ayudas económicas destinadas al apoyo y a la atención de las víctimas. Como son: la red de casas de acogida, los centros asesores de la mujer, el servicio ATEMPRO, ayudas a la vivienda, el servicio de atención a la familia, equipo de mujeres y menor, entre otros muchos.

Todas estas medidas son para paliar este problema, aunque las estadísticas nos indican que aún nos queda mucho por pelear, puesto que el Instituto Nacional de Estadística, (INE), publicó los datos referidos al año 2022:

- N.º víctimas de violencia de género – 32.644 mujeres.
- N.º víctimas, violencia doméstica – 8.151 (hombres, mujeres, niños...).
- N.º de condenados por violencia de género – 36.161 hombres.
- N.º de condenad@s por violencia doméstica – 7.022 personas.
- N.º de denunciados por violencia de género – 33.209 hombres.
- N.º de denunciad@s por violencia doméstica – 6.813 personas.

Si hablamos de víctimas mortales, los datos continúan siendo preocupantes, ya que, en 2022, se registraron 49 mujeres asesinadas en España; peor aún si vemos las cifras que llevamos en el año en curso, en el que ya vamos 47 casos mortales. Los datos de nuestra autonomía son bastante dispares a los nacionales, puesto que en el año 2022 no existen registros de víctimas mortales. Estos datos los seguimos manteniendo a lo largo del 2023.

5 Discusión-Conclusión

La violencia, ya sea doméstica o de género, ha existido desde hace mucho tiempo atrás. Con el paso de los años y con los cambios que ha sufrido la sociedad, hemos conseguido tener una mayor conciencia del grave problema y se está luchando, desde todos los ámbitos, para erradicarla.

En este momento, la violencia de género está en pleno auge, habiendo aumentado en un 8,3% el número de víctimas, (año 2022); La tasa fue de un 1,5 por cada 1.000 mujeres. Mientras que los casos de víctimas de violencia doméstica decreció en un 1,1%.

Aunque se intente negar la evidencia, los datos demuestran que violencia doméstica y violencia de género, llevan coexistiendo mucho tiempo, aunque según el momento una oscila más alto que la otra. Todavía nos queda mucho por hacer para conseguir ponerle punto y final a este gran problema que sufre nuestra sociedad.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. INE. Disponible en: <https://www.ine.es>.
2. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de protección integral contra la violencia de Género.
3. Instituto Asturiano de la Mujer. III Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombre del Principado de Asturias 2020-2023. Disponible en: <https://iam.asturias.es>.
4. Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres y la erradicación de la Violencia de Género.
5. Gimeno Reinoso B., Barrientos Silva V. Violencia de género versus violencia doméstica: La importancia de la especificidad. *Rev Venezolana de Estudios de la Mujer*, v14 n32. Disponible en: <https://ve.scielo.org>.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo, semFYC. Violencia Doméstica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es>.

Capítulo 565

EL CELADOR, INFECCIONES NOSOCOMIALES: FASES Y EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD

MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO

1 Introducción

Una infección o enfermedad nosocomial es aquella que el paciente adquiere como consecuencia de su estancia hospitalaria.

La historia de la enfermedad se refiere a la evolución de un proceso patológico sin que haya intervención médica. Refleja el rumbo de acontecimientos biológicos que ocurren desde la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que la enfermedad se desarrolla y se produce el desenlace (curación, paso a cronicidad o la muerte).

La medicina trata de conocer la evolución natural de cada enfermedad a través de los diferentes componentes y etapas del proceso patológico, con el fin de cambiar el rumbo de la enfermedad actuando lo antes posible y, para evitar el deterioro de la salud y, en numerosas ocasiones, frenar el proceso patológico y curar la enfermedad.

La clínica trabaja en la indagación del diagnóstico médico de una situación patológica. Lo hace mediante la semiología y la medicina (pruebas diagnósticas); mediante el diagnóstico de la enfermedad, se pauta el tratamiento.

El pronóstico se define como la predicción del proceso patológico a partir de una serie de criterios lógicos y bien definidos. Se encarga de predecir cómo evolucionará la enfermedad y si esta tendrá o no probabilidades de curación. Además, se refiere a los resultados de una enfermedad y la frecuencia con que se espera que ocurran. Es importante conocer el pronóstico para saber cómo se debe actuar.

2 Objetivos

Conocer como personal celador algunas cuestiones básicas relacionadas con las infecciones nosocomiales que pueden desarrollarse en un hospital, en este caso con las fases y evolución de una enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La historia natural de la enfermedad también es conocida como evolución natural de la enfermedad, puesto que se define como el curso que sigue una enfermedad sin tratamiento alguno.

- Periodo prepatogénico:

En esta fase tiene lugar el inicio de la enfermedad, pero el individuo no muestra ninguna manifestación clínica ni cambios orgánicos, tisulares o celulares. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente.

- Periodo patogénico:

Se subdivide en dos etapas: periodo subclínico y periodo clínico.

* Periodo subclínico, de incubación o de latencia

Es una fase subclínica, ya que se producen cambios orgánicos, tisulares y celulares, pero el paciente no nota aún síntomas o signos de enfermedad. En las enfermedades transmisibles se denomina periodo de incubación, ya que los microorganismos están produciendo toxinas a la vez que se multiplican; estas toxinas son de rápida evolución, y pueden durar horas o días (como la gripe).

No obstante, en las enfermedades degenerativas se define como periodo de latencia, debido a su lenta evolución, que puede durar meses o incluso años (artrosis, demencia senil, etcétera). Es durante el periodo de incubación cuando se produce el contagio de ciertas enfermedades, debido a que la persona que posee dicha enfermedad aún no tiene conocimiento de su existencia y no toma las medidas preventivas necesarias para evitar la transmisión.

*** Periodo clínico:**

Es la etapa en la que empiezan a aparecer los síntomas o signos clínicos, es decir, cuando se manifiesta clínicamente la enfermedad y el afectado demanda ayuda sanitaria. En caso de que el proceso patológico siguiera evolucionando espontáneamente, sin intervención médica, tendría un desenlace que podría ser la curación (en pocos casos), la incapacidad (secuelas) o la muerte. Además, tiene tres periodos:

- Prodrómico: aparecen los primeros signos o síntomas inespecíficos.
- Clínico: aparecen los síntomas y signos específicos, lo que ayuda a definir la patología que afecta al huésped y el tratamiento que se debe aplicar para curar al paciente y evitar secuelas.
- De resolución: es la última etapa. La enfermedad puede desaparecer, hacerse crónica o darse el caso de que el paciente fallezca.

5 Discusión-Conclusión

Las diferentes etapas en las que se desarrolla una enfermedad es el curso que sigue está o como evoluciona de forma natural. Se desarrolla en el periodo prepatogénico o inicio de la enfermedad y el periodo patogénico que se divide en el periodo subclínico o de incubación de la enfermedad y el periodo clínico donde la enfermedad se desarrolla en tres periodos: el periodo prodrómico, el periodo clínico y el periodo de resolución.

Conocer estas etapas resulta esencial para saber cómo se desarrollan las infecciones nosocomiales que afectan a los pacientes y saber en qué etapa podemos actuar para detener su avance.

6 Bibliografía

- 1- historia natural de la enfermedad - <https://unibetas.com/historia-natural-de-la-enfermedad>
- 2- evolución de la enfermedad - <http://alzheimerlucena.org/evolucion-de-la-enfermedad/>
- 3- fases de la enfermedad - https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19569c8354_ela_02.pdf

Capítulo 566

LAS INMOVILIZACIONES REALIZADAS POR EL CELADOR POR SUJECIÓN MECÁNICA

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

1 Introducción

Las contenciones mecánicas o físicas son un problema ético actualmente y que se encuentra en controversia con los principios de autonomía de los pacientes como es su definición de la limitación de la libertad de los pacientes en contra de su voluntad, así como del principio de beneficencia, la cual es un deseo bienintencionado cuando la propia seguridad del paciente se encuentra en un compromiso, así como de las personas que lo rodean.

La contención mecánica o sujeción física se considera como un último recurso terapéutico que hay que emplear en situaciones extremas en las que existen conductas de alto riesgo vital o mortal para el paciente, familiares o personal sanitario. Este recurso donde mas es utilizado y recomendable dentro de las unidades

de psiquiatría, pero además hay muchas unidades que también lo emplean en los casos que se presencie un cuadro de agitación, confusión o delirium. En definitiva, esta medida es empleada en varias unidades que comprenden unidades médicas, quirúrgicas, geriátricas, psiquiátricas, servicios de urgencias etc.

Se podría definir como una medida terapéutica dirigida a la movilidad parcial o total de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo necesite y que garantiza la seguridad de la propia persona y de los demás.

El celador tiene la responsabilidad de contener a los pacientes y debe poseer los conocimientos adecuados para realizar de manera rápida, concisa y adecuada. Es por ello que se establece este trabajo, para conocer la importancia de los celadores cuando es preciso una contención mecánica en un paciente que representa un peligro en ese momento.

2 Objetivos

Como objetivo principal de estudio se establece desarrollar las funciones del celador y el empleo de contenciones mecánicas en paciente que presenten un cuadro de agitación y por ende un peligro para ellos mismo.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica de la documentación del papel del CELADOR en los servicios de psiquiatría y para ello se han consultado diferentes bases de datos como MEDLINE y DIALNET, así como diferentes protocolos del funcionamiento de estos servicios en hospitales.

4 Resultados

Una vez que han fallado toda serie de medidas terapéuticas como la contención verbal, que será la primera en usarse la cual comprende la finalidad de enfriar una situación que está presentando un peligro para las personas en ese momento y que esta provocando una agitación descontrolada en un paciente hospitalizado. Para realizar esto se tiene que transmitir la información de manera verbal acompañada por un lenguaje corporal que invite a seguir las instrucciones que se les está dado.

También se puede emplear otra serie de contenciones farmacológicas, ambientales o conductuales. Dentro de las farmacológicas se puede administrar algún fármaco bajo prescripción médica por el equipo de enfermería.

Una vez que todo lo anterior ha fallado se procederá a la realización de la contención mecánica la cual va a tener como objetivo la limitación de los movimientos total o parcialmente del paciente agitado. Se llevará a cabo de una serie de fases como empezando por la reducción, esta fase se colocará cada persona a cada extremo de la paciente agitada y que previamente hayan prescrito y planeado, y una persona a la cabeza, esto se realizará una vez que el paciente se encuentre distraído. En esta fase hay que evitar en lo posible hablar con al paciente, en el caso de que precise comunicación solo será una persona encargada de hacerlo.

Después se tendrá que realizar el traslado del paciente que no colabora, hasta tumbarlo en la cama. Donde adoptará una posición decúbito supino y se procede a su sujeción completa o parcial indicada. La sujeción se realizará en el orden de cintura, miembros inferiores o miembros superiores.

Una vez que el paciente está contenido y que queda en una situación de vulnerabilidad habrá que explicarle que todas las necesidades fisiológicas serán atendidas y que estará visitado y bajo supervisión del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Dando respuesta el objetivo de estudio propuesto se pone de relieve la responsabilidad del celador y los conocimientos que debe de poseer en las unidades que exista la posibilidad de un peligro por parte de los pacientes o sus familiares y que una vez que han fallado más medidas terapéuticas y ante un riesgo vital de agresión se procederá a su inmovilización total o parcial. Para ello el celador tendrá que estar entrenado e informado del sitio donde se encuentran las inmovilizaciones o contenciones, así como de realizar de una manera correcta y adecuada minimizando los riesgos que pueda sufrir el paciente y el personal entrenado para realizar esta acción terapéutica.

6 Bibliografía

- 1- <https://revistamedica.com/celador-traslado-pacientes-silla-de-ruedas-cama-camilla>

- 2- Traslados en Silla de Ruedas, Cama ó Camilla - Esquemas OposSanidad (auxiliar-enfermeria.com)
- 3- <https://congresosicepa.com/celador-traslado-pacientes-hospital>
- 4- Qué es un Celador y Qué Funciones tiene en 2021 (masterd.es)

Capítulo 567

LOS CONOCIMIENTOS DEL CELADOR ACERCA DE LA MOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

1 Introducción

El envejecimiento está caracterizado por los cambios fisiopatológicos que se van produciendo a lo largo de la vida y la evolución del cuerpo, es por ello que el aumento de la esperanza de vida se ha visto afectado y han ido apareciendo síndromes geriátricos fruto de esta evolución, cuestión que principalmente va a derivar en una limitación de la movilidad.

Estos cambios afectan al sistema musculo esquelético, disminuyendo la masa y fuerza muscular; al sistema cardiovascular, alteraciones de la frecuencia cardiaca y disminución de la capacidad de contracción del ventrículo izquierdo; el sistema respiratorio hay un cambio en la capacidad pulmonar y por último en el sistema nervioso se produce una alteración en los reflejos y el equilibrio.

El síndrome de la inmovilidad (SI) se puede definir como “una forma común de presentación de la enfermedad, originada por cambio fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por el envejecimiento y el desuso, manifestándose como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización, siendo multifactorial y potencialmente reversible en función de la etiología”.

Es por ello que el celador va a desempeñar una labor importante en cuanto a la ayuda que tienen que desempeñar en la movilización de los pacientes que presentan un síndrome de inmovilidad. Los celadores tendrán que realizar y ayudar en las cuestiones que necesiten de la vida diaria, así como siempre tener en cuenta el favorecimiento de su autonomía.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo se centra en describir como los celadores pueden mejorar la calidad de vida en los pacientes geriátricos con síndrome de inmovilidad mediante cambios posturales.

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: geriatría, envejecimiento y características de la residencia.

4 Resultados

Los síndromes de inmovilidad (SI) se relacionan con la disminución de calidad de vida, con un mayor riesgo de caídas, incremento de los ingresos hospitalarios, desnutrición y por supuesto la aparición de úlceras por presión. Dentro de una clasificación en cuanto a la reducción de la movilidad de estas personas pueden ser discriminar según la duración, patología, aparición crónica o aguda, o si tiene alguna patología de base o está provocado por alguna enfermedad crónica.

Con respecto a la epidemiología del SI se estima que la población mayor de 65 años, el 18% no pueden desplazarse de forma independiente necesitando de algún medio de apoyo. Se estima que las personas mayores de 75 años hay una prevalencia de SI del 50% para salir del domicilio. Todo esto agravado en el caso

de ingreso hospitalario, los cuales desarrollan una mayor dependencia a AVD. Por último, aproximadamente un 33% de los pacientes ingresados en la unidad geriátrica aguda (UGA) fallece a los 3 meses y el 50% en 12 meses (4).

Las movilizaciones realizadas por los celadores se pueden dividir en varios grupos según el momento y contexto, así como las necesidades del paciente. Se pueden realizar movilizaciones en la habitación, las cuales el celador va a realizar acciones de ayuda para levantar al paciente de la cama, ayudarlo a echarse a la cama, realizar cambios posturales o acciones encaminadas a usar el baño o ducharse etc.

Las movilizaciones realizadas por el celador tienen que ser siguiendo unas pautas de movimiento para así evitar minimizar daños provocados al paciente y daños provocados al mismo personal, como pueden ser: colocarse lo más cerca posible del paciente, avisar al paciente en todo momento de la técnica y movilización a realizar, utilizar ropa que te dé mayor movilidad, utilizar una buena postura para evitar lesiones y mantener sujeto al paciente en todo momento para evitar que se caiga (1).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión al estudio propuesto y dando una respuesta al objetivo principal establecido para esta investigación, se pone de relieve la figura y las funciones desarrolladas por el celador en los cambios posturales, así como la ayuda que prestan a las personas que presenta un síndrome de inmovilidad avanzada. Es por ello que también los celadores tienen que ser conocedores de como realizar estas técnicas de manera adecuada, puesto que tienen que cuidarse de no hacerse daño por malos movimientos y con ello minimizar los daños también producidos a la otra persona que se le está ayudando. Es por ello que para manejar a las personas que presentan un deterioro de la movilidad es mejor realizar una buena prevención.

6 Bibliografía

1. Ledesma Sanjuan MI. Síndrome de inmovilidad en el paciente geriátrico. Intervención fisioterápica. 2018 [citado 10 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/31894>.
2. Trastornos de la movilización y la marcha en personas mayores: Aproximación

desde la atención primaria de salud (APS) Mobility and gait disorders in older people: Primary Health Care (PHC) approach - Buscar con Google [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.google.com/>.

3. Plan de cuidados estandarizado para el cuidador informal del paciente geriátrico crónico dependiente - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/85810?ln=es>.

4. Mera Chamorro CE. Evaluación del nivel de riesgo ergonómico presente en el personal asistencial por movilización de pacientes geriátricos en un hospital privado. julio de 2018 [citado 10 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3075>.

5. Villamar LM. Prevención de úlceras por presión en pacientes geriátricos. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2018.

6. Beaskoa AMU. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>].

Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127938>.

7. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. 2013 [citado 10 de abril de 2019]; Disponible en: <http://dspace.uvic.cat/xmlui/handle/10854/2314>.

Capítulo 568

FUNCIONES DEL CELADOR: ATENCIÓN EN PSIQUIATRÍA.

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

1 Introducción

La psiquiatría es la ciencia y una rama de la medicina que tiene como objetivos principales el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de diferentes síndromes, trastornos, relacionados con la personalidad y a la conducta de cada individuo. Además de tratar de impedir o acuñar algunas variantes psicológicas que pueden darse de manera anormal. Aquello que se considera normal, pueden surgir desviaciones hacia arriba o hacia abajo dentro de una conducta.

Durante muchos años la psiquiatría ha estado centrada en la propia enfermedad mental que padecen los diferentes individuos, pero hoy en día se está haciendo un duro trabajo de campo para evitar prevenir la aparición de estas enfermedades, puesto que se han realizado estudios donde se han objetivado que hay determinadas drogas que provocan de manera aguda la aparición de estas. Así como de

promocionar la salud mental, haciendo planes de cuidado y dando consejos de habituaciones a las personas. La Organización Mundial de la Salud pone como definición que el estado mental es parte del concepto de salud personal y social.

Es por ello que se pone como estudio en este trabajo las funciones que debe de realizar un celador en los servicios hospitalarios de psiquiatría, ya sea desde las urgencias psiquiátricas como en las unidades de internamiento u hospitalización, y que tengan los conocimientos adecuados para aportar la máxima seguridad a este tipo de pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en las unidades de psiquiatría dentro de los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La salud mental y su definición emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1948 acuña como un completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de infecciones o enfermedades fisiológicas, sino que la salud mental está incluida en para conseguir un completo estado bienestar de la persona.

Con la Ley General de Sanidad en el 1986, España consigue la integración de los enfermos de salud mental dentro del sistema general de salud. Aunque las funciones que realiza y desempeña el celador son variadas, no se recogen en el Estatuto de Personal no Sanitario, pero están determinados por protocolos de actuación y normas de los propios servicios donde se desempeñe los trabajos. Los celadores deberán prestar ayuda al personal sanitario cuando se les tenga que realizar diferentes procedimientos, como la administración de inyecciones, medicación u otros tipos de tratamientos. Recoger los productos de farmacia que

tienen que ser llevados a la planta. Cuando los pacientes se encuentran en un régimen interno, los celadores tendrán como función pasear y acompañar a los enfermeros a través de los jardines y avisar si el paciente puede entrar en estado de agitación o nerviosismo.

Tendrá que vigilar a los enfermeros y las conductas entre ellos para así separar a los pacientes que sean emocionales a otros pacientes, y que la habitación esté ambientada de manera adecuada como hablar en voz baja, mantener su seguridad, etc.

Los celadores tendrán que asistir a los aseos de aquellos pacientes que se nieguen al aseo personal, y observar la conducta de los pacientes que no quieran realizarlo para insistir en ello. Serán el personal que tenga un control del movimiento y acceso de las personas que entren y salgan a lo largo de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las enfermedades mentales y la salud mental están teniendo mucha fuerza para ser escuchadas y no olvidadas ni estar marginadas dentro de la sociedad, es por ello que los celadores tendrán un papel importante en estas áreas para desempeñar su trabajo y así poder garantizar seguridad en la unidad.

Los celadores tendrán que adoptar una actitud positiva, para así ganarse la confianza de los pacientes y sus familiares, pues serán los que más cercano estén junto a ellos para realizar una buena escucha activa y favorecer su integración en la unidad, así como mantener el bienestar en todo momento y detectar si hubiera alguna alteración dentro de ellos.

6 Bibliografía

1. Silva Tobar SD. Hemodiálisis: Antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. *Revista UNIANDÉS Episteme*. 2016;3(1 (Enero-Marzo)):43-61.
2. Royo Ruiz RM, Alonso Barahona S, Lerín Urmeneta AI, Gil Rodríguez L, Cobos Rincón A, Sainz García LM. Nuestra historia en accesos vasculares. *Enfermería Nefrológica*. 2013;16:206-7.
3. TCAE [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Protocolos de auxiliar de enfermería más utilizados por el TCAE - 2021. Disponible en: <https://tcae.com.es/protocolos-de-auxiliar-de-enfermeria/>.

4. Tapia FL. TCAE en hemodiálisis. Editorial Vértice; 2011. 403 p.

Capítulo 569

PLANES DE EMERGENCIA Y EVALUACION DE RIEGOS

NURIA CASTIELLO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un plan de emergencia proporciona una estructura y un conjunto de acciones bien definidas que permiten una respuesta rápida y eficiente en situaciones de crisis. Establecer roles y responsabilidades claras, así como los procedimientos a seguir, ayuda a minimizar la confusión y el pánico en momentos de estrés.

Cualquier situación de emergencia genera en las personas y organizaciones que se produzcan unos niveles de desorganización nada aconsejables, precisamente cuando el objetivo es actuar rápido y de manera efectiva y controlada. Los desastres plantean grandes reto.

Una de las actuaciones más importantes es mantener la calma en todo momento, saber que es lo que se debe hacer en cada momento.

El plan de emergencia tiene por finalidad definir la secuencia de acciones a desarrollar para el control inicial de la emergencia que pudiera producirse, planificando la organización humana, los medios y conocimientos que la posibiliten. En esencia se trata de evitar que tenga que llegarse a la evacuación parcial o total del centro sanitario en caso de que haya que llegar a la misma, esta sea lo más ordenada, organizada y fácil posible. Todo el personal que presta servicios en el centro sanitario viene obligado, sin excepciones, a conocer y cumplir las normas generales y criterios básicos que desarrollen el PLAN DE EMERGENCIA.

2 Objetivos

- Describir en que consiste un plan de autoprotección.
- Conocer y saber aplicar la normativa de Prevención de Riesgos Laborales (PRL).
- Conocer las Medidas de prevención de carácter general o normas generales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La evaluación de riesgos es una tarea que debe ser llevada a cabo por personas que tengan la formación legalmente requerida y que sean trabajador designado por la Dirección de la empresa o formen parte del

Servicio de prevención propio o ajeno. Tal actividad debiera realizarse con la participación del personal expuesto a los riesgos con la finalidad de recoger su opinión y poder contrastar con lo observado. Aunque la actividad evaluadora sea realizada por un servicio de prevención ajeno, es importante que una persona de la empresa esté implicada en el seguimiento y control de tal actividad. El análisis de riesgos antes del inicio de cualquier actividad debería ser reflexión obligada y base consustancial de la propia calidad del trabajo a realizar y difícilmente ello puede ser transferido a personal ajeno. La reunión inicial del mando intermedio con sus trabajadores para verificar que estos conocen los riesgos a los que pueden estar expuestos y las medidas preventivas a adoptar en una nueva actividad o tarea es algo básico para evitar accidentes, fallos y errores. La evaluación inicial tiene valor cuando va asociada a la planificación preventiva y se convierte en un elemento de gestión ante los riesgos identificados o que puedan surgir ante posibles cambios. La evaluación inicial debe modificarse cuando se den algunos de los siguientes casos:

- Cambios en las condiciones de trabajo
- Daños en la salud de los trabajadores o cuando los planes de prevención no cumplen su función por ser inadecuadas o insuficientes

Es aconsejable siempre que haya una revisión de los planes cada dos o tres años para actualizarlo.

Se debe tener en cuenta en la evaluación de riesgos a los trabajadores sensibles, como menores, embarazadas y minusválidos

5 Discusión-Conclusión

Un plan de emergencias y evaluación de riesgos es muy importante, ya que ayuda a eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, facilita el trabajo para realizarlo en condiciones seguras. Esto hace que mejore la satisfacción de los trabajadores y como consecuencia aumente la productividad. Todas las empresas deben tener un sistema de prevención de riesgos laborales, que asegure unas condiciones laborales seguras y óptimas para el trabajador. Así lo recoge la ley para evitar accidentes y enfermedades profesionales dentro de la empresa. El no cumplimiento de la ley supone hacer frente a sanciones penales administrativas o de seguridad social. Existen empresas externas que se dedican a implantar los sistemas de prevención adecuados en cada caso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 570

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

RICARDO BRENES SAUCEDA

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

ANTONIO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

El quirófano se compone de unas instalaciones que se encuentran en hospitales y sanatorios o demás centros de atención médica especialmente adaptada y acondicionadas para llevar a cabo la práctica de operaciones quirúrgicas a los pacientes que lo requieran.

Es el servicio de mayor complejidad, ya que dispone de la tecnología más avanzada. Requiere de unas condiciones especiales de limpieza y además debe cumplir con unos parámetros no exigidos o necesarios en otras áreas. Debido a las características tan exigentes que deben cumplir estos espacios destinados a quirófanos, la circulación de personas está totalmente controlada.

La unidad Quirúrgica está integrada por el quirófano, salas de recuperación, área de pre-anestesia, central de equipos y esterilización (CEYE), almacén de material de consumo, oficinas administrativas y vestidores.

Debido a la actividad que se realiza en los quirófanos, es fundamental llevar a cabo unos cuidados exhaustivos de higiene y seguridad para preservar la salud del paciente.

Existen dos grupos de trabajadores en esta unidad, diferenciados por la relación con el paciente a la hora de la operación:

- Grupo Estéril. Está compuesto por anestesista, cirujanos, enfermeros, auxiliares y personal especializado en técnicas o instrumentos complejos.

- Grupo no Estéril. La función de este grupo de trabajadores es dar ayuda al equipo estéril en lo que precisen. Por regla general no estará en contacto directo con el paciente. Es dentro de este grupo donde se incluye al celador.

2 Objetivos

- Describir las funciones básicas del celador en el área de Quirófanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 bloques quirúrgicos poseen unas normas propias de actuación, las cuales, el celador tiene que conocer perfectamente, haciendo hincapié en la higiene y la asepsia, siempre deseadas en cualquier tipo de operación.

Las funciones del celador en esta unidad son:

- Trasladar al paciente hacia la sala de operaciones
 - Colaborar a la hora de colocar al paciente en la mesa quirúrgica
 - Ayudar en los cambios necesarios de posición del paciente
 - Transporte y colocación de todo el aparataje que se le indique para la realización de la intervención
 - Terminada la operación quirúrgica ayudará a colocar al paciente de nuevo en su cama
 - Traslado del paciente a la sala de reanimación o al lugar que le indiquen los médicos responsables
- Aparte de las funciones antes referidas existen otras que también entran dentro del campo de acción del celador como son:
- Recepción de pedidos al almacén
 - Control de accesos
 - Recibo y reparto de comunicaciones y documentos...

Una de las funciones menos visibles y más sutiles, a las que se aludía en los objetivos, es la siguiente:

- El celador es el encargado, como ya se ha dicho, de trasladar al paciente hasta el quirófano. Esos momentos son muy críticos para la persona que sabe que en unos momentos estará en la mesa de operaciones. El celador en el trayecto debe tener la capacidad de obrar con la mayor profesionalidad y dar al paciente lo que en esos momentos tan críticos necesita. Puede que el paciente lo que necesite sea hablar para descargar la ansiedad que le produce la situación o, por el contrario, necesite silencio y sosiego, depende de cada persona. El celador ha de analizar bien la situación y ofrecer al paciente lo que esté demandando, bien una charla relajada y sin ofrecer mucha información o bien, un silencio confortable para el paciente. No entra dentro de las funciones del celador reconfortar ni animar al paciente, pero un trato humano hacia los demás es importante en todos los sentidos y en todos los casos, máxime, cuando la persona a la que va dirigido ese trato está a punto de pasar por una situación más o menos grave como es una operación.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de quirófano es importantísima dentro de las distintas zonas de las que se compone un hospital, de ahí las elevadas exigencias de asepsia e higiene, así como la importancia de cumplir los tiempos establecidos en todo momento. Por ello, el celador que presta sus servicios en esta unidad deberá esforzarse por dar de sí el máximo de profesionalidad que pueda alcanzar, así como el resto de profesionales, intentando que todo salga de la mejor manera posible para el paciente.

El celador deberá intentar controlar a la perfección todas las funciones que le son propias dentro de esta unidad ya que un fallo, un retraso en algún aparato, una mala manipulación del paciente o muchas cosas más que puedan salir mal, puede ser la diferencia entre el éxito o el fracaso en una operación con las consecuencias negativas sobre el paciente que ese error puede acarrearle.

Aparte de sus funciones propiamente dichas, tampoco debe olvidar el aspecto humano en el trato con el paciente en los momentos críticos anteriores a la operación.

Cumplir con todas estas funciones de manual y con las otras más sutiles de forma eficaz distingue a un buen profesional y al mismo tiempo repercute en beneficio del paciente que es de lo que se trata. Aunque también es verdad que un trabajo bien hecho siempre produce satisfacción al profesional que lo lleva a cabo.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de cirujanos (2005). La relación médico paciente en cirugía general. Documentos de consentimiento informado. Madrid; Edimsa. <https://www.campusformación.net/nuevocampus/impresióncurso.php>.

Capítulo 571

EL CELADOR EN LA UNIDAD CARDÍACA

RICARDO BRENES SAUCEDA

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

ANTONIO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Críticos Cardiacos es el núcleo asistencial del Área de enfermedades del Corazón, con una significativa relación con la planta de Hospitalización Convencional, las Unidades de Electrofisiología, arritmias, Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco, Cardiología Intervencionista y el Servicio de Cirugía Cardíaca. Su funcionamiento es particularmente complejo, y asume pacientes de muy diversas características: desde el paciente crítico cardiovascular derivado de otros hospitales terciarios al paciente con infarto agudo de miocardio. La unidad de Cuidados Críticos Cardiacos es un servicio especializado y dedicado al cuidado agudo de pacientes que se presentan con eventos cardiovasculares potencialmente amenazantes para su vida.

Esta unidad se compone de un grupo de médicos, enfermeros auxiliares y celadores y demás especialistas de otras áreas sanitarias, trabajando todos de forma coordinada para ofrecer al paciente con insuficiencia cardíaca, la mejor atención médica posible, así como psicológica y social de la que se disponga en ese momento.

En esta unidad se tratan pacientes con enfermedades del corazón, algunas de estas enfermedades son:

1. Angina de pecho
2. Infarto de miocardio
3. Insuficiencia cardiaca severa
4. Arritmias
5. Enfermedades valvulares
6. Hipertensión
7. Enfermedades del pericardio
8. Complicaciones cardiológicas, de tratamientos oncológicos, etc.

Estos pacientes pueden llegar a la Unidad Cardiaca por más de una vía. Bien por derivación de la Unidad Coronaria o así también por una programación por parte de su médico especialista, así como proveniente del Servicio de Urgencias.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el área de cardiología.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una cierta experiencia personal así como en la información obtenida de celadores con una dilatada experiencia en esta unidad, también se ha realizado una búsqueda de información dentro de los canales propios de internet, publicaciones científicas del asunto que nos ocupa, artículos sobre el tema y demás fuentes digitales.

4 Resultados

Los celadores destinados en las unidades de cuidados críticos de cardiología, estarán preparados en el movimiento de los enfermos, dado que por las características de los pacientes encamados, y muchas veces inconscientes, su movilización ha de hacerse con especial cuidado lo que requiere un especial entrenamiento. Si el paciente aparte de la patología cardiaca padece alguna infección que precise un especial cuidado con las infecciones, el celador deberá estar uniformados con batas asépticas, que se renovarán cada vez que abandonen estas dependencias. Para esta manera, evitar posibles contagios a los demás pacientes debido a su estado de vulnerabilidad.

Este tipo de unidades requieren una atmosfera lo más tranquila y silenciosa posible, así el celador procurará hacer su trabajo evitando ruidos innecesarios.

A la hora de preparar la recepción de un nuevo paciente proveniente de la unidad de cirugía, el celador será el encargado de preparar la cama con todos los utensilios necesarios para el traslado (botella de oxígeno, ambú, monitor de traslado, etc.) del paciente desde el quirófano hasta la Unidad de Cuidados Críticos Cardiacos. Asimismo, a la hora de su llegada, será el encargado bajo la supervisión de sus superiores, auxiliares, enfermeros y médicos, de retirar de la cama los utensilios que se le indique, así como ayudar en la movilización del paciente si lo precisa.

Otra misión del celador será atender a los familiares del enfermo, bien llevándolos a presencia del médico para recibir el parte pertinente o directamente pasarlos a ver al paciente.

Controlará la entrada a la unidad de toda persona, prohibiendo el paso a toda aquella que no vaya provista del correspondiente justificante.

Es interesante a la hora del bienestar del paciente el trato empático que el celador puede procurar a este. El estado de fragilidad del paciente en estos momentos agradecerá un trato afable.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las necesidades de esta unidad, el celador ha de estar preparado para actuar de forma eficaz y fluida, ya que los pacientes están en un estado crítico que precisan un cuidado extremo, viviéndose situaciones de vida o muerte en ocasiones y en las que el celador, incluso, puede llegar a tener un papel importante para la solución de situaciones muy graves como puede ser la reanimación con masaje cardiovascular o circunstancias parecidas.

El celador ha de controlar toda la terminología de todos los aparatos que se utilizan en esta unidad, ya que será el encargado a veces de manipularlos, así como de controlar la documentación referida al paciente en caso de traslado a otras unidades.

6 Bibliografía

1. www.ergodinamica.com/especialidades/cardiologia.
2. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.

Capítulo 572

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: RÉGIMEN DISCIPLINARIO

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

Cuando hablamos de personal que presta sus servicios en centros hospitalarios, solemos pensar más en trabajadores sanitarios, pero la categoría profesional de Auxiliar Administrativo, es una de las más numerosas en su contratación.

El Auxiliar Administrativo desempeña un papel crucial en la gestión y funcionamiento de los hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Su labor abarca una amplia gama de responsabilidades que contribuyen al eficiente desenvolvimiento de la atención médica y administrativa en estas instituciones.

Una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo en hospitales del SESCAM es la recepción y registro de pacientes.

Son el primer punto de contacto que los pacientes tienen al llegar al hospital, donde registran información personal, verifican la elegibilidad y coordinan la programación de citas médicas.

Los auxiliares administrativos mantienen y actualizan registros médicos electrónicos, garantizando que estén completos y cumplan con las regulaciones de privacidad de la salud.

La comunicación efectiva con los pacientes es una habilidad fundamental. Los auxiliares administrativos proporcionan información sobre procedimientos, responden preguntas y brindan apoyo emocional cuando es necesario.

La coordinación interna es esencial.

Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que los pacientes sean atendidos puntualmente y de que se disponga de los recursos necesarios.

El Auxiliar Administrativo en centros hospitalarios está sujeto a un régimen disciplinario que garantiza la buena actuación en su trabajo.

2 Objetivos

Explicar el régimen disciplinario al que está sujeta la categoría profesional de Administrativo, que trabaja en centros hospitalarios del SESCAM.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 régimen disciplinario para los auxiliares administrativos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) es un conjunto de normas y procedimientos establecidos para mantener la disciplina y el buen funcionamiento en el entorno laboral.

Este régimen se basa en regulaciones y leyes laborales, y tiene como objetivo garantizar que los empleados, incluidos los auxiliares administrativos, cumplan con sus obligaciones y responsabilidades de manera adecuada.

Las faltas disciplinarias en el SESCAM se dividen generalmente en tres categorías: leves, graves y muy graves.

Las faltas leves pueden incluir llegadas tardías ocasionales o errores menores en la documentación.

Las faltas graves pueden incluir incumplimientos reiterados de deberes, mala conducta en el trabajo o el uso inadecuado de los recursos hospitalarios.

Las faltas muy graves pueden abarcar conductas como el fraude, el acoso laboral, la negligencia en el trabajo o la divulgación de información confidencial.

El procedimiento disciplinario comienza con la notificación al empleado de la supuesta falta y la apertura de un plazo para que presente sus alegaciones.

Se lleva a cabo una investigación, si es necesario, y se emite una resolución que puede incluir sanciones si se determina la culpabilidad.

Las sanciones pueden variar desde amonestaciones escritas hasta suspensiones de empleo y sueldo, traslados forzosos o incluso la separación definitiva del servicio.

Es fundamental que el procedimiento disciplinario se realice de manera justa y transparente, respetando el derecho del auxiliar administrativo a la defensa y el debido proceso. El empleado tiene derecho a ser informado adecuadamente, a presentar pruebas y a ser escuchado durante todo el proceso.

En caso de recibir una sanción, el Auxiliar Administrativo tiene la opción de recurrirla ante las instancias correspondientes, como los tribunales de justicia o las comisiones de recursos, para revisar la legalidad y la justicia de la sanción impuesta.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que se llega en el presente capítulo son:

El régimen disciplinario para los auxiliares administrativos en el SESCOAM es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la conducta y las sanciones en el entorno laboral.

Está diseñado para mantener la disciplina y el buen funcionamiento en el servicio de salud, pero debe llevarse a cabo de manera justa y respetando los derechos del empleado a la defensa y al debido proceso. La aplicación de sanciones debe ser proporcionada a la gravedad de la falta cometida.

Los auxiliares administrativos que prestan sus servicios en centros hospitalarios del SESCOAM, deben ser conocedores del régimen disciplinario al que están sujetos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/regimen-disciplinario-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/>

Personal Administrativo - Grupo Administrativo y de Gestión / 21/04/2020

<https://revistamedica.com/regimen-disciplinario-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/regimen-disciplinario-administrativo/>

Por Revista Médica y de Enfermería Ocronos / 30/03/2020

Capítulo 573

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: PRINCIPALES FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

En la atención primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), trabajan varios profesionales de la salud que colaboran para brindar una atención integral a la comunidad.

Entre estos profesionales se encuentran médicos de familia, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, matronas y personal administrativo.

El Auxiliar Administrativo en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) desempeña un papel fundamental en la gestión y organización de los servicios de salud en esta comunidad autónoma de España.

Su labor es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente de los centros de salud y la atención de calidad a los pacientes en la atención primaria.

Este trabajador debe ser conocedor en el momento de su contratación en Atención Primaria de todas sus funciones, al igual que de las leyes de protección y confidencialidad de datos y del régimen disciplinario al que estará acogido.

Las gerencias hospitalarias son las responsables de ofrecer esta información al trabajador, pero ocurre muy habitualmente, que son los mismos compañeros los que sobre la marcha, le explican las tareas a realizar, sin recibir compensación económica alguna por realizar tareas de docencia.

La explicación a esto es que muchos trabajadores son contratados en cobertura urgente, sin dar tiempo a informarles.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo que presta sus servicios en centros hospitalarios del SESCOAM.

3 Metodología

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

4 Resultados

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Recepción y atención al público:

Uno de los roles principales del auxiliar administrativo en atención primaria es recibir y atender al público. Los pacientes que llegan al centro de salud son recibidos por el personal administrativo, quienes les proporcionan información, gestionan citas médicas y ayudan a resolver sus consultas y necesidades.

Gestión de citas médicas:

Los auxiliares administrativos son responsables de programar y gestionar las citas médicas de los pacientes. Esto implica coordinar horarios, asegurarse de que se asignen los recursos adecuados y garantizar que los pacientes sean atendidos en el momento adecuado.

Registro y archivo de información:

Mantener registros precisos y actualizados es esencial en el entorno de atención primaria. Los auxiliares administrativos se encargan de registrar y archivar información médica, expedientes de pacientes, informes médicos y otros documentos relacionados con la atención de salud.

Atención telefónica:

El personal administrativo maneja las llamadas telefónicas que llegan al centro de salud. Responden a preguntas de los pacientes, proporcionan información sobre servicios y remiten llamadas a los profesionales de la salud cuando es necesario.

Coordinación interna:

Los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con el personal médico, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada y eficiente. Esto implica comunicación constante y asegurarse de que los recursos estén disponibles cuando se necesitan.

Gestión de expedientes médicos electrónicos:

Los auxiliares administrativos se encargan de mantener y actualizar estos registros electrónicos de manera precisa y segura.

Confidencialidad y ética:

La protección de la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente es fundamental. Los auxiliares administrativos deben cumplir con los más altos estándares éticos y legales al manejar información sensible.

Uso de tecnología:

Utilizan ordenadores, sistemas de gestión de salud y otras herramientas tecnológicas para llevar a cabo sus tareas de manera eficiente y precisa.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que el Auxiliar Administrativo en Atención Primaria del SESCOAM conozca a fondo sus funciones y responsabilidades debido a varios motivos cruciales.

En primer lugar, su labor tiene un impacto directo en la experiencia de los pacientes.

Son la primera línea de contacto y brindan información, gestionan citas y resuelven dudas.

Un conocimiento sólido de sus funciones les permite ofrecer un servicio más eficiente, amable y preciso, creando una experiencia positiva para los usuarios. Además, el Auxiliar Administrativo trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería.

Comprender sus responsabilidades y cómo se integran en el equipo de atención primaria es esencial para una coordinación efectiva.

Esto asegura que los recursos estén disponibles cuando se necesitan y que la atención médica se realice de manera oportuna y adecuada.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria/>

Ocronos. Vol. IV. N° 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°12:267 <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-atencion-primaria-actuacion/>

Ocronos. Vol. VI. N° 1–Enero 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n°1: 260

Capítulo 574

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

MARTA GÓMEZ MASERA

ROCIO ANDRADE GUTIÉRREZ

1 Introducción

En el ámbito de la rehabilitación de personas con discapacidad física, el terapeuta ocupacional desempeña un rol crucial al mejorar la calidad de vida y promover la independencia funcional.

Este capítulo explorará las funciones esenciales que el terapeuta ocupacional desempeña en este contexto.

La discapacidad física puede surgir de diversas condiciones, como lesiones traumáticas, enfermedades neurológicas o afecciones crónicas, impactando la movilidad y el desempeño diario.

El terapeuta ocupacional emplea enfoques individualizados para abordar las limitaciones funcionales y trabajar en la adaptación y participación activa del individuo en sus actividades cotidianas.

Desde la evaluación inicial hasta la planificación y ejecución de intervenciones terapéuticas, el terapeuta ocupacional colabora estrechamente con el paciente y otros profesionales de salud para optimizar la rehabilitación y lograr metas específicas de recuperación y autonomía.

Además, el terapeuta ocupacional se encarga de adaptar el entorno y proporcionar dispositivos o técnicas que faciliten la realización de estas actividades, garantizando un ambiente seguro y funcional para los pacientes.

La terapia ocupacional se aplica en diversos contextos, como hospitales, clínicas, escuelas, centros de rehabilitación, hogares de ancianos y entornos comunitarios. Este profesional desempeña un papel crucial en la rehabilitación, prevención y promoción de la salud, contribuyendo a que las personas alcancen su máximo potencial en la realización de actividades esenciales para su bienestar y felicidad.

2 Objetivos

Explorar, describir y comunicar las funciones esenciales del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de personas con discapacidad física y el beneficio que puede aportar a los pacientes.

3 Metodología

Este capítulo se basa en una revisión bibliográfica y análisis de investigaciones recientes sobre las funciones del terapeuta ocupacional en el manejo de discapacidades físicas, proporcionando una comprensión actualizada y exhaustiva de su papel en este contexto sanitario tan importante para la sociedad.

4 Resultados

El terapeuta ocupacional en el ámbito de la discapacidad física desempeña un papel integral en el proceso de rehabilitación. Realiza evaluaciones exhaustivas para comprender las necesidades y capacidades únicas de cada individuo, considerando sus habilidades motoras, cognitivas, sensoriales y emocionales.

Con base en esta evaluación, desarrolla planes de tratamiento personalizados centrados en mejorar la función física y la participación en actividades diarias significativas. Esto puede incluir la enseñanza de estrategias de autocuidado, entrenamiento en habilidades de movilidad, adaptación de entornos y dispositivos de asistencia.

Además, el terapeuta ocupacional trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud para coordinar un enfoque holístico de atención al paciente. Esto implica la comunicación efectiva y la integración de estrategias de intervención interdisciplinarias para maximizar los resultados y la eficacia del tratamiento. También se enfoca en la educación y el apoyo a las familias y cuidadores, brindando orientación sobre cómo ayudar al individuo con discapacidad física en su proceso de rehabilitación y adaptación.

Con base en la evaluación, el terapeuta ocupacional diseña un plan de tratamiento personalizado. Esto implica establecer metas realistas y alcanzables en colaboración con el individuo y, en muchos casos, con su familia. Estas metas se orientan hacia la mejora de la independencia en las actividades cotidianas y la participación en roles significativos, teniendo en cuenta las limitaciones físicas y adaptando el entorno según sea necesario.

El terapeuta ocupacional se centra en maximizar la funcionalidad y autonomía a través de intervenciones que pueden incluir ejercicios terapéuticos para fortalecer músculos específicos, técnicas de entrenamiento en habilidades motoras y uso de ayudas técnicas como dispositivos de asistencia para la movilidad o utensilios adaptados para la alimentación.

Además, este profesional brinda educación y entrenamiento a individuos y cuidadores sobre estrategias para enfrentar desafíos diarios y minimizar riesgos. También trabaja en colaboración con otros miembros del equipo de atención médica para garantizar un enfoque integral y coordinado en la rehabilitación y el manejo de la discapacidad física.

En conclusión, el terapeuta ocupacional juega un papel esencial en la vida de personas con discapacidad física, trabajando para potenciar su independencia, bienestar y participación activa en la sociedad a través de intervenciones enfocadas y personalizadas

5 Discusión-Conclusión

El terapeuta ocupacional juega un papel esencial en la rehabilitación de personas con discapacidad física, facilitando la recuperación funcional y la autonomía. A través de evaluaciones precisas y planes de tratamiento personalizados, promueve la participación activa en la vida diaria. La colaboración interdisciplinaria y el enfoque centrado en el individuo son fundamentales para lograr mejores resultados en la rehabilitación. En última instancia, la intervención del terapeuta ocupacional mejora significativamente la calidad de vida y fomenta la integración social de las personas con discapacidad física.

En conclusión, el terapeuta ocupacional cumple un rol fundamental en el manejo de la discapacidad física al capacitar a las personas para superar desafíos físicos y lograr una vida plena y significativa. Su enfoque centrado en el individuo y su dedicación a mejorar la calidad de vida hacen de este profesional una pieza clave en la rehabilitación y el bienestar de aquellos que enfrentan discapacidades

físicas.

6 Bibliografía

1. American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl. 1), S1-S48.
2. Christiansen, C., & Baum, C. (2015). Occupational therapy: Performance, participation, and well-being. SLACK Incorporated.
3. Trombly, C. A. (2008). Occupational therapy for physical dysfunction (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
4. Radomski, M. V., & Latham, C. A. (2017). Occupational therapy for physical dysfunction. Wolters Kluwer.
5. Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2019). Willard and Spackman's occupational therapy (13th ed.). Wolters Kluwer.
6. Gutman, S. A., Schindler, V. P., & Sandel, M. E. (2013). Occupational therapy interventions for adults with cognitive deficits following stroke or traumatic brain injury: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy, 67(5), 535-543.

Capítulo 575

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT: FACTORES Y EFECTOS

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

GONZALO RUÍZ GARCÍA

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un concepto que se ha desarrollado a lo largo del tiempo y tiene sus raíces en el ámbito laboral y de la salud mental.

En los años 70, fue cuando el término "Burnout" comenzó a utilizarse para describir un estado de agotamiento emocional y físico que afectaba a profesionales de la salud.

El psicólogo Herbert Freudenberger se considera uno de los pioneros en la investigación de este fenómeno y acuñó el término en 1974.

En la década de los 80 se realizaron investigaciones adicionales sobre sus causas y efectos en diferentes grupos de trabajadores.

Durante la década de 1990, el síndrome de Burnout ganó reconocimiento internacional como un problema de salud laboral importante.

Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) comenzaron a estudiarlo y a considerarlo como una preocupación para la salud ocupacional.

En el siglo XXI, el Burnout se ha convertido en un tema de interés creciente en el ámbito de la salud mental y laboral.

Se han desarrollado escalas y herramientas de evaluación para medir el nivel de Burnout en los trabajadores, y se ha reconocido que puede afectar a una amplia gama de profesiones de la atención médica.

Además, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS incluye el síndrome de burnout como un diagnóstico oficial, lo que subraya su importancia en la salud ocupacional y la atención médica actual.

2 Objetivos

Exponer los factores de riesgo que pueden llevar al Auxiliar Administrativo en centros hospitalarios, a contraer esta enfermedad y sus efectos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores de riesgo para el síndrome de Burnout en el Auxiliar Administrativo hospitalario

Carga de trabajo elevada:

Los auxiliares administrativos en hospitales a menudo enfrentan una alta carga de trabajo debido a la necesidad de gestionar una gran cantidad de información, programar citas, mantener registros precisos y lidiar con la presión de cumplir con plazos ajustados.

Interacciones emocionales intensas:

Tratar con pacientes y sus familiares puede ser emocionalmente difícil, especialmente en situaciones médicas delicadas o cuando se enfrentan a situaciones de estrés y angustia.

Presión temporal:

Los hospitales son entornos de ritmo rápido donde se espera que el personal realice sus tareas de manera eficiente.

Esto puede llevar a recibir una presión constante para realizar tareas en un tiempo limitado.

Falta de reconocimiento:

A menudo, el trabajo administrativo puede pasar desapercibido en comparación con el personal médico. La falta de reconocimiento por parte de la administración y los compañeros puede contribuir al Burnout.

Cambio constante:

Los avances tecnológicos y los cambios en las regulaciones de salud pueden requerir que los auxiliares administrativos se adapten constantemente a nuevas herramientas y procedimientos, lo que puede ser estresante.

Efectos del Burnout en el Auxiliar Administrativo hospitalario

Agotamiento emocional:

El Auxiliar Administrativo puede experimentar una sensación de agotamiento extremo, lo que afecta a su capacidad para lidiar con el estrés y realizar sus tareas de manera efectiva.

Despersonalización:

El Burnout puede llevar a una actitud distante y despersonalizada hacia los pacientes, lo que puede afectar negativamente a las relación con estos y a la calidad de la atención.

Disminución de la realización personal:

La sensación de falta de logro y la disminución de la satisfacción en el trabajo pueden llevar a una pérdida de interés y motivación en las tareas laborales.

Errores y disminución del rendimiento:

El agotamiento mental puede aumentar la probabilidad de cometer errores, lo que podría tener graves consecuencias en un entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la pandemia de Covid-19, las tareas del Auxiliar Administrativo en centros sanitarios se vieron elevada de una forma exponencial. En muchos hospitales fue incluso difícil contratar a nuevos empleados para aumentar la plantilla, debido al miedo de contraer la enfermedad, siendo presionados aun más.

La preocupación de ver aumentado el número de contagios exageradamente, de decesos y la incertidumbre de no saber si eran o no portadores del virus al acabar su jornada laboral y llegar a casa con sus seres queridos, la falta de Equipos de Protección Individual (EPI), el que muchos centros no estuvieran preparados en cuanto a mamparas de separación y protección, hizo que el síndrome de Burnout ataque más a estos empleados, siendo sus síntomas, difíciles de detectar por la persona que lo padece.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/burnout-auxiliar-administrativo/>

Personal Administrativo - Grupo Administrativo y de Gestión / 27/01/2020 <https://revistamedica.com/burnout-auxiliar-administrativo-sanidad/>

Ocronos. Vol. IV. Nº 9–Septiembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº9: 40

Capítulo 576

EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL ASEO DEL PACIENTE

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

1 Introducción

La categoría profesional de Celador es una de las más numerosas en contratación en centros hospitalarios.

Tienen representación en todas y cada una de las unidades que comprende un hospital.

Tienen unas funciones generales a su categoría, pero según el servicio en el que trabajen, tienen otras muy específicas, incluso únicas.

En Urgencias, por ejemplo, se encargan del recibimiento del paciente, su traslado a salas de pruebas y diagnóstico y el de documentación.

En Farmacia, su labor es la de recepción de pedidos y el reparto de medicación a las plantas hospitalarias.

En plantas de hospitalización de pacientes, también colaboran con otros profesionales en funciones de asistencia al enfermo como aseo y alimentación.

La colaboración del celador en el aseo del paciente encamado es una parte esencial de la atención hospitalaria.

Cuando los pacientes se encuentran en cama debido a su estado de salud, es fundamental mantener su higiene personal para prevenir infecciones, promover su comodidad y preservar su dignidad.

Exploraremos en detalle cómo los celadores desempeñan un papel crucial en el aseo de los pacientes encamados, las responsabilidades y técnicas involucradas en este proceso y cómo esta colaboración beneficia tanto a los pacientes como al equipo de atención médica.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones del Celador en planta de hospitalización, durante el aseo del paciente que permanece en cama.

3 Metodología

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

4 Resultados

Responsabilidades del celador en el aseo del paciente encamado:

Preparación del entorno:

Antes de comenzar el aseo, el celador debe asegurarse de que el entorno esté adecuadamente preparado. Esto incluye tener a mano todos los suministros necesarios, como agua tibia, jabón, toallas, guantes y ropa de cama limpia.

Comunicación con el paciente:

Es importante establecer una comunicación respetuosa con el paciente antes de iniciar el proceso. Explicar el procedimiento y pedir su colaboración y consentimiento, si es posible, es esencial para mantener su dignidad y respetar sus preferencias.

Asistencia en el cambio de ropa de cama:

El celador puede ayudar a retirar la ropa de cama sucia y colocar una nueva de manera adecuada, asegurando que el paciente esté cómodo y que las sábanas estén bien estiradas.

Lavado y secado: El lavado del paciente debe realizarse con cuidado y atención a las áreas sensibles, utilizando una técnica suave y respetuosa.

El celador debe asegurarse de que el paciente se sienta seguro y cómodo en todo momento.

Después, se procede al secado adecuado para prevenir problemas de piel.

Cambio de ropa:

Si es necesario, el celador puede colaborar en el cambio de la ropa del paciente, asegurando que esté limpia y seca. Esto incluye la colocación de prendas adecuadas de acuerdo al estado de salud del paciente.

Higiene bucal y afeitado:

En algunos casos, el aseo también incluye la higiene bucal y el afeitado. El celador puede proporcionar agua y utensilios necesarios para estas tareas.

Registro de información:

Es importante que el celador registre adecuadamente la información relevante, como la hora y detalles del aseo, para que el personal de enfermería tenga un registro preciso.

Colaboración con el equipo de atención médica:

La colaboración del celador en el aseo del paciente encamado es una parte integral del trabajo en equipo en un entorno hospitalario.

Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería para garantizar que las necesidades de los pacientes se aborden de manera adecuada y oportuna. Esto incluye informar sobre cualquier cambio en la piel o el estado del paciente que pueda requerir atención médica adicional.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la importancia de la higiene del paciente encamado es innegable en el entorno hospitalario.

A través de la colaboración del celador, se asegura que los pacientes mantengan su higiene personal, lo que no solo previene infecciones y complicaciones de la

piel, sino que también contribuye significativamente a su comodidad y bienestar emocional.

La labor del celador va más allá de las tareas logísticas; implica un compromiso con la dignidad y el respeto del paciente.

Al trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, los celadores desempeñan un papel esencial en la promoción de una atención integral y de alta calidad.

Su profesionalidad y cuidado en este aspecto son fundamentales para el proceso de recuperación y la satisfacción del paciente en el hospital.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/procedimiento-aseo-paciente-encamado-realizado-tcae-celador/>

Ocronos. Vol. V. Nº 12–Diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº12: 470 <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente/>

”ASEO DEL PACIENTE”

Capítulo 577

EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES PRINCIPALES ANTE UNA EVACUACIÓN.

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

La evacuación de pacientes en hospitales es un procedimiento crítico que puede surgir debido a una serie de circunstancias, como desastres naturales, incendios, amenazas de seguridad o emergencias médicas graves. En estas situaciones, la prioridad principal es garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal y los visitantes del hospital. La preparación para una evacuación hospitalaria es esencial y requiere una coordinación minuciosa, capacitación y planificación previa.

Los hospitales deben contar con protocolos de evacuación sólidos y un equipo de profesionales entrenados para llevar a cabo esta tarea de manera eficiente y segura. La mala evacuación en hospitales puede dar lugar a una serie de problemas graves. Estos incluyen la incapacidad para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y los visitantes en situaciones de emergencia.

La falta de un plan de evacuación adecuado o la falta de capacitación del personal pueden resultar en retrasos, confusión y caos durante una evacuación crítica. Además, una evacuación ineficiente puede poner en riesgo la salud de los pacientes, especialmente aquellos que requieren atención médica continua o tienen movilidad reducida.

Por lo tanto, es fundamental abordar y resolver los problemas relacionados con la evacuación en hospitales para garantizar la seguridad y el bienestar de todos en estas situaciones. En estas situaciones, todos los trabajadores son importantes, incluidos los celadores que son los encargados del traslado de pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones principales de la categoría profesional de Celador que presta sus servicios en hospitales, durante una evacuación.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una revisión 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.

4 Resultados

Las funciones del celador ante una evacuación:

- Coordinación y liderazgo: El celador puede ser designado como parte del equipo de coordinación de la evacuación. En este rol, su función principal es liderar y supervisar la evacuación de pacientes y el personal asignado a él. Esto implica asegurarse de que todos estén al tanto de los procedimientos y de que se sigan las instrucciones adecuadas.
- Traslado de pacientes: Una de las responsabilidades más críticas del celador durante una evacuación es el transporte seguro de los pacientes. Esto incluye a aquellos que pueden caminar, a los que se encuentran en camillas y a los que necesitan cuidados especiales. El celador debe ser capaz de mover a los pacientes de manera eficiente y segura, garantizando su bienestar durante todo el proceso.

- Comunicación: El celador debe mantener una comunicación constante con el equipo de coordinación y con otros celadores y personal de salud involucrado en la evacuación. Esto es fundamental para mantener la coordinación y asegurarse de que todos los pacientes sean evacuados de manera ordenada y segura.
- Asistencia emocional: Durante una evacuación, los pacientes pueden estar experimentando estrés, ansiedad o miedo. El celador desempeña un papel importante al brindar apoyo emocional y tranquilizar a los pacientes, explicándoles lo que está sucediendo y asegurándoles que están siendo cuidados.
- Registro y documentación: Es esencial llevar un registro de todos los pacientes evacuados, sus condiciones médicas, el personal involucrado y los tiempos de evacuación. Esto es valioso para el seguimiento y la documentación posterior a la evacuación.
- Ayuda en la identificación de pacientes: Durante una evacuación, es posible que se necesite identificar a los pacientes para asegurarse de que estén siendo evacuados de manera correcta. El celador puede ayudar en este proceso, verificando la identificación de los pacientes y asegurándose de que sean trasladados a las áreas designadas.
- Apoyo logístico: Además de su rol principal en el transporte de pacientes, el celador puede proporcionar apoyo logístico en la evacuación. Esto incluye mover equipos médicos esenciales, suministros de emergencia y ayudar en la organización general de la evacuación.
- Seguridad: La seguridad es una prioridad durante una evacuación. El celador debe estar atento a posibles obstáculos, salidas bloqueadas o cualquier situación de riesgo que pueda surgir durante el proceso de evacuación. También debe estar capacitado para utilizar extintores u otros equipos de seguridad en caso de incendios u otros peligros.

5 Discusión-Conclusión

La labor del celador durante una evacuación hospitalaria es de vital importancia para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal. Su capacidad para coordinar, liderar y realizar el transporte seguro de los pacientes es fundamental en situaciones de emergencia. Además, su apoyo emocional y capacidad de comunicación son esenciales para mantener la calma y la tranquilidad en momentos críticos. La formación y la preparación son fundamentales para

que los celadores desempeñen eficazmente sus funciones en estas situaciones. Las gerencias hospitalarias son las responsables de formar a todos sus trabajadores, sanitarios y no sanitarios, en protocolos de evacuación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/planes-evacuacion-centros-hospitalarios/>
Ocronos. Vol. IV. Nº 7–Julio 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº7: 65 .
2. <https://revistamedica.com/metodos-de-traslado-pacientes-evacuacion-de-emergencia/celadores>
/ 19/12/2019.

Capítulo 578

EL CELADOR HOSPITALARIO: UTILLAJE Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

1 Introducción

El Celador hospitalario tiene unas funciones generales y otras específicas a realizar en cada unidad hospitalaria.

Una de esas funciones es la movilización y traslado de pacientes y su aseo, en colaboración con otros profesionales.

En muchos casos, el enfermo o paciente tiene movilidad nula, es decir, necesita ayuda tanto en un cambio postural, como a la hora de realizar el cambio de ropa de cama, su aseo, su alimentación, o en la realización de pruebas a las que se le somete.

El celador cuenta con herramientas y utensilios a su disposición para facilitarle esta labor y la seguridad del paciente.

El aprovechamiento de estos aparatos, también garantiza que el trabajador no sufra daños físicos por la elevación de cargas.

Las gerencias hospitalarias deben dotar de todas y cada una de estas herramientas, sobre todo a plantas de hospitalización y formar al personal en su manejo y funcionamiento. También, deben realizar un mantenimiento preventivo, arreglo en caso de avería y control de stock para que se cubran las necesidades de todos los pacientes.

La movilización de pacientes es una tarea delicada que requiere atención cuidadosa y profesional, y el celador desempeña un papel destacado en este proceso, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del entorno hospitalario.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente las herramientas con las que cuenta la categoría profesional de Celador que presta sus servicios en hospitales, a la hora de la movilización de pacientes.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho 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.

4 Resultados

Utensilios y aparatos más comunes utilizados en hospitales para movilizar a pacientes de los que el Celador debe ser conocedor.

Camas hospitalarias:

Las camas hospitalarias son fundamentales para la movilización de los pacientes. Son ajustables en altura y posición, lo que facilita la entrada y salida del paciente y permite cambiar su posición según sea necesario.

Algunas camas también tienen barandas laterales para la seguridad del paciente.

Grúas de traslado:

Las grúas de traslado son dispositivos mecánicos que se utilizan para levantar y mover a pacientes con movilidad reducida.

Estas grúas pueden ser móviles o montadas en el techo y vienen con arneses que sostienen al paciente de manera segura durante el levantamiento.

Sillas de ruedas:

Las sillas de ruedas son herramientas esenciales para la movilización de pacientes que no pueden caminar de manera independiente.

Están diseñadas para ser cómodas y seguras, y vienen en diferentes tamaños y modelos según las necesidades del paciente.

Andadores y bastones:

Los andadores y bastones son utensilios de movilidad utilizados por pacientes que pueden caminar con ayuda. Proporcionan estabilidad y apoyo durante la marcha, lo que ayuda a prevenir caídas.

Colchones antiescaras:

Estos colchones están diseñados para reducir la presión sobre las áreas del cuerpo que son propensas a desarrollar úlceras por presión o escaras. Ayudan a mantener la piel sana y cómoda, especialmente en pacientes que pasan mucho tiempo en cama.

Tablas de transferencia:

Estas tablas facilitan la transferencia de un paciente desde la cama a una silla de ruedas o a una silla sin esfuerzo adicional. Vienen en diferentes tamaños y materiales, como madera o plástico.

Cojines de elevación:

Los cojines de elevación son dispositivos inflables que ayudan a levantar al paciente en la cama, lo que facilita el cambio de posición o el traslado lateral sin necesidad de levantarlo físicamente.

Sábanas de deslizamiento:

Estas sábanas tienen un material especial que reduce la fricción y facilita el movimiento del paciente en la cama. Son útiles para cambios de posición y movilización en la cama.

Arnés de transferencia:

Los arneses de transferencia se utilizan junto con grúas de traslado para levantar y mover al paciente de manera segura. Vienen en diferentes tallas y estilos para adaptarse a las necesidades del paciente.

Tabla de bañera:

Estas tablas permiten a los pacientes con movilidad reducida ingresar y salir de la bañera de manera segura. Se apoyan en los bordes de la bañera y proporcionan una superficie segura para sentarse.

Ayudas para la movilización en la cama:

Estas ayudas incluyen barandas deslizantes, asas de cama y sistemas de elevación para facilitar la movilización del paciente en la cama y ayudar en la transferencia.

Elevadores de pacientes:

Estos dispositivos eléctricos permiten elevar al paciente desde la cama hasta la posición de pie o la silla de ruedas con seguridad y comodidad.

5 Discusión-Conclusión

La labor del Celador en la movilización abarca desde asistir a pacientes con movilidad reducida o limitada en sus actividades diarias hasta colaborar en el traslado de aquellos que requieren atención médica en diferentes áreas del hospital.

Además, su responsabilidad incluye garantizar la seguridad y el confort del paciente durante todo el proceso.

La movilización de pacientes es una tarea delicada que requiere atención cuidadosa y profesional, y el Celador desempeña un papel destacado en este proceso, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del entorno hospitalario.

El Celador debe ser conocedor de los utensilios y herramientas a su disposición, que le ayudan en la movilización del paciente y que garantizan su propia salud física.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/mobilityaids.html>

"Aparatos para movilidad asistida" <https://revistamedica.com/dispositivos-movilizacion-traslado-pacientes/>

Ocronos. Vol. VI. Nº 8–Agosto 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº8: 111

Capítulo 579

EL PINCHE DE COCINA: MENÚS EN COCINA DE LÍNEA FRÍA

EVA DÍAZ DÍAZ

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Pinche que realiza su labor en cocinas hospitalarias tiene unas funciones imprescindibles a la hora de elaborar las dietas de los pacientes hospitalizados. Debe ser conocedor de todas las actividades que se realizan en su entorno laboral, como por ejemplo, los menús que se ofrecen a los pacientes hospitalizados.

La importancia del diseño de los menús en la restauración hospitalaria radica en su principal objetivo: satisfacer las necesidades dietéticas de los pacientes según las indicaciones médicas.

En el ámbito de la Línea Fría, es esencial crear menús con recetas atractivas y que sean del agrado de los pacientes, no solo para alimentarlos, sino también para proporcionarles la nutrición necesaria y contribuir a su recuperación.

Al diseñar estos menús, es fundamental incluir platos que abarquen las dietas más comunes, evitando así la preparación de porciones pequeñas para una amplia variedad de dietas.

Además, se deben considerar las necesidades logísticas de la cocina y el uso adecuado de los equipos disponibles para cada tipo de preparación.

Es crucial prestar atención a los procesos de manipulación de alimentos en áreas refrigeradas y a procesos previos, como la descongelación de ingredientes sensibles como el pescado.

Asimismo, se debe trabajar con materias primas limpias y libres de contaminantes para prevenir la contaminación cruzada.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del pinche de cocina en los menús en cocina de línea fría.

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.

4 Resultados

Los aspectos más cruciales a considerar en la elaboración de los menús hospitalarios incluyen el grupo de pacientes a quienes van dirigidos, la ubicación geográfica, las tradiciones culinarias de la región, el nivel educativo de la comunidad circundante, la temporada y la duración de la estadía.

Como regla general, se establecen dos categorías de menús basadas en las estaciones del año: una para otoño-invierno hasta la primavera, centrada en platos de clima frío como cocidos y guisos, y otra para los meses de verano, que prioriza platos frescos como ensaladas y gazpacho. Además, se diseñan menús especiales para festividades navideñas y eventos locales o regionales.

Los menús se distinguen entre adultos y el menú infantil para los niños ingresados. Se comienzan con platos para dietas básicas y a partir de ellas se desarrollan dietas terapéuticas específicas. En el sistema de Línea Fría, donde la producción se realiza con anticipación de dos o tres días, se considera el menú de ingreso, que abarca al menos tres días y se enfoca en dietas muy restrictivas, sin ninguno de los 14 alérgenos comunes, y se busca ofrecer una variedad de platos.

Esta producción se lleva a cabo de forma regular para garantizar la disponibilidad de platos adecuados para estos pacientes, al menos en el día de su ingreso. Du-

rante la estancia en el hospital, el departamento de Dietética y Nutrición verifica las recetas y ajusta la dieta según la necesidad terapéutica en cada momento.

También se considera el menú opcional, destinado exclusivamente a pacientes con dieta básica, quienes eligen los platos de su preferencia para el desayuno, almuerzo y cena del día siguiente durante la merienda. Se ofrecen dos opciones tanto para los primeros como para los segundos platos. Luego, los datos recopilados son procesados por dietistas en el ordenador para generar etiquetas personalizadas para las comidas del día siguiente.

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de Cocina en los hospitales, no debe realizar una actividad mecánica, es decir, realizar su trabajo sin pensar en lo que está haciendo ni para quién lo está haciendo.

Es de vital importancia que conozca la razón de las actuaciones que está realizando, como por ejemplo, la preparación de los platos que va a ofrecer al enfermo.

El proceso de preparación de platos en el sistema de Línea Fría se complica debido al menú de ingresos y al menú opcional. En el caso del menú de ingresos, la incertidumbre radica en la cantidad de pacientes que ingresarán y las dietas terapéuticas que requerirán. Por lo tanto, se debe crear un menú específico y restrictivo que, al mismo tiempo, pueda utilizarse para las dietas básicas si sobran platos. Lo mismo ocurre con el menú opcional, ya que se deben preparar las comidas antes de conocer qué platos elegirán los pacientes. Inicialmente, esto puede generar complicaciones, pero al analizar las tendencias de selección de platos, se puede crear un historial de platos y sus respectivos porcentajes, lo que facilitará el proceso.

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/sites/default/files/158828314501588283145.pdf>
<https://www.eldiasoria.es/noticia/zde62ee74-c24d-b873-f2a4381dbc00f7f5/202211/linea-fria-tradicion-e-innovacion-en-la-cocina-del-hospital>

Capítulo 580

LA SEPTICEMIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

1 Introducción

La septicemia, también conocida como sepsis, es una respuesta extrema del cuerpo a una infección que puede llevar a una serie de complicaciones graves e incluso poner en peligro la vida. Se produce cuando el sistema inmunológico del cuerpo responde de manera desproporcionada a una infección, liberando una gran cantidad de sustancias químicas inflamatorias en el torrente sanguíneo. Estas sustancias inflamatorias pueden provocar una cascada de respuestas en todo el cuerpo que pueden dañar tejidos y órganos.

La septicemia puede resultar de infecciones en diversas partes del cuerpo, como las infecciones respiratorias, urinarias, abdominales, cutáneas o incluso infecciones dentales. Las bacterias son la causa más común de septicemia, pero también puede ser causada por virus, hongos o parásitos. La septicemia es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato en un entorno hospitalario. El tratamiento generalmente incluye antibióticos intravenosos para combatir la infección subyacente, así como medidas de soporte para mantener la presión arterial y el funcionamiento de los órganos en niveles adecuados. En casos graves, puede ser necesario el ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) para

una monitorización y tratamiento más intensivos. La septicemia es una afección grave y potencialmente mortal, por lo que es esencial buscar atención médica de inmediato si se sospecha. La detección temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para aumentar las posibilidades de recuperación y reducir el riesgo de complicaciones graves.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel del técnico de laboratorio en el contexto de la septicemia es fundamental en la identificación y confirmación de la infección, así como en la evaluación de la respuesta del paciente al 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del técnico de laboratorio en el contexto de la septicemia es fundamental en la identificación y confirmación de la infección, así como en la evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento. Aunque los técnicos de laboratorio no realizan el diagnóstico médico de la septicemia, desempeñan un papel crucial en la detección y el monitoreo de la infección a través de diversas funciones:

- **Análisis de Muestras de Sangre:** Los técnicos de laboratorio son responsables de procesar y analizar las muestras de sangre del paciente. En casos de septicemia, se pueden realizar análisis específicos, como hemocultivos, que ayudan a identificar las bacterias o microorganismos responsables de la infección. La identificación temprana de la causa infecciosa es fundamental para guiar el tratamiento adecuado.
- **Pruebas de Laboratorio:** Los técnicos de laboratorio realizan pruebas de laboratorio para evaluar los marcadores inflamatorios en la sangre, como el recuento de glóbulos blancos, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína

C reactiva (PCR). Estas pruebas ayudan a evaluar la gravedad de la infección y la respuesta del cuerpo a la misma.

- Seguimiento de Cultivos: Los técnicos de laboratorio supervisan el crecimiento de cultivos de sangre y otros cultivos microbiológicos para determinar la presencia y la identidad de microorganismos infecciosos. Este proceso es crucial para seleccionar el tratamiento antibiótico adecuado.
- Medición de Biomarcadores: Los técnicos de laboratorio pueden medir niveles de biomarcadores específicos, como la procalcitonina, que pueden ayudar a los médicos a evaluar la severidad de la infección y la eficacia del tratamiento.
- Pruebas de Función Renal y Hepática: Los técnicos también realizan pruebas para evaluar la función de los órganos, como el riñón y el hígado, que pueden verse afectados durante la septicemia debido a la respuesta inflamatoria sistémica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la septicemia es una afección médica grave que requiere una respuesta rápida y precisa para su diagnóstico y tratamiento. Los técnicos de laboratorio desempeñan un papel fundamental en este proceso al realizar análisis de muestras de sangre y evaluar marcadores clave de infección y respuesta inflamatoria. Su trabajo contribuye a la identificación temprana de la causa infecciosa, la selección adecuada de antibióticos y la monitorización de la respuesta del paciente.

La septicemia es una emergencia médica que puede tener consecuencias potencialmente mortales si no se trata adecuadamente. Por lo tanto, la precisión, la rapidez y la calidad en el trabajo de los técnicos de laboratorio son esenciales para brindar el mejor cuidado posible a los pacientes con septicemia. La comunicación efectiva entre los técnicos de laboratorio y el equipo médico es crucial para tomar decisiones informadas y garantizar un tratamiento oportuno y eficaz.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 581

LA FERRITINA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

1 Introducción

La ferritina es una proteína que se encuentra en el cuerpo humano y cumple un papel esencial en el almacenamiento y regulación de los niveles de hierro. El hierro es un mineral fundamental para varias funciones corporales, como el transporte de oxígeno en los glóbulos rojos y la participación en procesos metabólicos esenciales. La ferritina se encuentra en varios tejidos y órganos, pero se concentra principalmente en el hígado, el bazo y la médula ósea.

La principal función de la ferritina es almacenar el hierro en una forma no tóxica y soluble en agua en el cuerpo. Esto permite mantener un equilibrio adecuado de hierro en el organismo. Cuando el cuerpo necesita más hierro, la ferritina libera el mineral en una forma que puede ser utilizada por otras células y tejidos. Por lo tanto, la ferritina actúa como una reserva de hierro que se utiliza cuando hay una demanda incrementada, como en situaciones de anemia por deficiencia de hierro o durante el crecimiento y el desarrollo.

Los niveles de ferritina en sangre se utilizan como un marcador importante para evaluar el estado del hierro en el organismo. Si los niveles de ferritina son bajos, esto puede indicar una deficiencia de hierro, que es una causa común de anemia.

Por otro lado, niveles elevados de ferritina pueden ser un signo de una variedad de condiciones médicas, incluyendo trastornos del almacenamiento de hierro, inflamación crónica y enfermedades del hígado.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de laboratorio en relación a la ferritina, proteína que se encuentra en muchos organismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 ferritina es una proteína que almacena hierro en el cuerpo y, por lo tanto, es un marcador importante para evaluar los niveles de hierro en el organismo. Los niveles de ferritina en sangre se miden a través de análisis de laboratorio y son una parte importante de la evaluación de la salud y el diagnóstico de diversas condiciones médicas.

El proceso de medición de la ferritina en sangre generalmente involucra los siguientes pasos:

Toma de muestra de sangre: El técnico de laboratorio es la persona encargada de tomar la muestra de sangre de un paciente. Esto generalmente se hace mediante una aguja que se inserta en una vena, y se recoge una pequeña cantidad de sangre en un tubo de ensayo.

Procesamiento de la muestra: Después de que se toma la muestra de sangre, el técnico de laboratorio etiqueta adecuadamente el tubo de ensayo con la identificación del paciente y la fecha y hora de la toma de muestra. Luego, la muestra se procesa para separar el suero o el plasma de los glóbulos rojos.

Análisis de ferritina: El suero o el plasma se somete a pruebas específicas para medir los niveles de ferritina. Esto generalmente se hace mediante técnicas de inmunodetección, como la inmuniturbidimetría o la inmunoquimioluminiscencia.

Interpretación de resultados: Una vez que se ha realizado el análisis, los resultados se interpretan para determinar los niveles de ferritina en sangre del paciente. Estos resultados se utilizan para evaluar el estado del hierro en el organismo, y pueden ser útiles en el diagnóstico y manejo de condiciones como la anemia por deficiencia de hierro y otras enfermedades relacionadas con el metabolismo del hierro.

Es importante destacar que el técnico de laboratorio juega un papel fundamental en la toma de muestras y el procesamiento adecuado de las mismas, ya que esto puede afectar la precisión de los resultados. Además, los resultados de los análisis de ferritina en sangre deben ser interpretados por un médico o profesional de la salud, ya que pueden variar según la edad, el sexo y otros factores individuales del paciente, y se deben tener en cuenta en el contexto de la historia clínica y otros exámenes médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el nivel de ferritina en sangre es un marcador importante para evaluar los niveles de hierro en el organismo y es útil en el diagnóstico y manejo de condiciones médicas relacionadas con el metabolismo del hierro, como la anemia por deficiencia de hierro. La medición de la ferritina en sangre se realiza a través de análisis de laboratorio, y el técnico de laboratorio desempeña un papel fundamental en este proceso, desde la toma de la muestra de sangre hasta el procesamiento de la misma.

El técnico de laboratorio debe seguir procedimientos estrictos para garantizar la integridad de la muestra y la precisión de los resultados. Sin embargo, es importante destacar que la interpretación de los resultados de los niveles de ferritina en sangre debe ser realizada por un médico o profesional de la salud, ya que estos resultados deben evaluarse en el contexto de la historia clínica del paciente y otros exámenes médicos para obtener un diagnóstico adecuado y determinar el tratamiento apropiado, si es necesario.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 582

MONONUCLEOSIS Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

1 Introducción

La mononucleosis, también conocida como la enfermedad del beso o fiebre glandular, es una enfermedad infecciosa generalmente causada por el virus de Epstein-Barr (VEB), que pertenece a la familia de los herpesvirus. Esta enfermedad puede ser transmitida de persona a persona a través de la saliva, y por eso se le llama a veces "enfermedad del beso" porque el beso es una de las formas comunes de transmisión.

La mononucleosis es más común en adolescentes y adultos jóvenes, pero puede afectar a personas de todas las edades. La mayoría de las personas se recupera completamente de la mononucleosis con el tiempo, aunque la fatiga extrema puede persistir durante semanas o meses en algunos casos.

El diagnóstico de la mononucleosis generalmente se realiza a través de pruebas de laboratorio que detectan anticuerpos específicos contra el virus Epstein-Barr en la sangre. El tratamiento suele ser de apoyo y se centra en aliviar los síntomas, como el dolor de garganta y la fiebre, y garantizar el descanso adecuado. Es importante evitar el contacto cercano con otras personas, especialmente al principio de la enfermedad, para evitar la propagación del virus. En la mayoría

de los casos, la mononucleosis no causa complicaciones graves y se resuelve por sí sola con el tiempo.

2 Objetivos

- Explicar las funciones y labores del técnico de laboratorio en el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa mediante pruebas 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 diagnóstico de la mononucleosis infecciosa generalmente se realiza mediante pruebas de laboratorio, y el técnico de laboratorio juega un papel importante en este proceso. A continuación, se describe cómo el técnico de laboratorio puede estar involucrado en el diagnóstico de la mononucleosis:

- Toma de muestra de sangre: El primer paso en el diagnóstico de la mononucleosis es la toma de una muestra de sangre del paciente. El técnico de laboratorio es responsable de realizar esta tarea de manera profesional y cuidadosa. Esto implica preparar al paciente, identificar una vena adecuada para la extracción de sangre y utilizar técnicas estériles para minimizar el riesgo de contaminación.
- Procesamiento de la muestra: Una vez que se ha recogido la muestra de sangre, el técnico de laboratorio etiqueta correctamente el tubo de ensayo con la información del paciente y la fecha y hora de la extracción. Luego, se encarga de procesar la muestra para separar el suero o el plasma de los glóbulos rojos. Esto se hace mediante la centrifugación de la muestra, lo que permite obtener el suero o el plasma que se utilizará en las pruebas de laboratorio.
- Pruebas serológicas: Para diagnosticar la mononucleosis, se utilizan pruebas serológicas que detectan la presencia de anticuerpos específicos contra el virus

de Epstein-Barr (VEB) en el suero del paciente. Estas pruebas pueden incluir la detección de anticuerpos IgM e IgG. El técnico de laboratorio realiza estas pruebas siguiendo los procedimientos establecidos y utiliza equipos de laboratorio especializados para obtener resultados precisos.

- Reporte de resultados: Una vez que se han completado las pruebas y se han obtenido los resultados, el técnico de laboratorio comunica estos resultados al médico o al profesional de la salud que solicita la prueba. Los resultados de las pruebas serán útiles para confirmar o descartar la presencia de mononucleosis en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de laboratorio desempeña un papel fundamental en el proceso de diagnóstico de la mononucleosis infecciosa. Esto implica la recopilación de una muestra de sangre, su procesamiento para obtener el suero o el plasma necesario, y la realización de pruebas serológicas específicas para detectar anticuerpos contra el virus de Epstein-Barr en el suero del paciente. La precisión y la atención a los procedimientos estériles son esenciales para garantizar resultados confiables que ayuden al médico en el diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente afectado por esta enfermedad infecciosa. El trabajo del técnico de laboratorio es crucial en la atención médica y contribuye significativamente al cuidado de la salud del paciente.

6 Bibliografía

- Pubmed

Capítulo 583

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA VIA BILIAR Y EL TÉCNICO DE RAYOS

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

Las vías biliares son un sistema de conductos y órganos que participan en la producción, almacenamiento y transporte de la bilis, un líquido esencial para la digestión de grasas en el cuerpo humano. La bilis se produce en el hígado y se almacena en la vesícula biliar antes de ser liberada en el intestino delgado, donde desempeña un papel importante en la digestión de los lípidos.

Las vías biliares incluyen los siguientes componentes:

- Hígado: El hígado es el órgano principal donde se produce la bilis. Las células hepáticas, conocidas como hepatocitos, sintetizan y secretan bilis en los pequeños conductos hepáticos.
- Vesícula biliar: La vesícula biliar es un órgano en forma de pera que almacena y concentra la bilis producida por el hígado. Cuando se necesita bilis para la

digestión, la vesícula biliar se contrae y libera la bilis en el conducto cístico, que a su vez se une al conducto hepático común para formar el conducto biliar común.

- Conducto biliar común: El conducto biliar común es un conducto que se forma por la unión del conducto cístico y el conducto hepático común. Transporta la bilis desde la vesícula biliar y el hígado hacia el intestino delgado.
- Conducto pancreático: El conducto pancreático, también conocido como conducto de Wirsung, es otro conducto que se une al conducto biliar común antes de desembocar en el intestino delgado. Transporta las enzimas pancreáticas y la bilis al intestino delgado para ayudar en la digestión.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de rayos en algunas de las técnicas de exploración radiológica de la vía biliar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 exploración radiológica de la vía biliar se refiere a la obtención de imágenes médicas de los conductos biliares y la vesícula biliar utilizando técnicas de diagnóstico por imágenes, como la colangiografía y la colecistografía. Estas exploraciones son útiles para evaluar la anatomía y la función de la vía biliar y diagnosticar posibles afecciones, como cálculos biliares, obstrucciones o inflamación.

Los técnicos de rayos, también conocidos como tecnólogos radiológicos o radiógrafos, desempeñan un papel importante en la realización de estas exploraciones. A continuación, se describen algunas de las técnicas de exploración radiológica de la vía biliar y el papel del técnico de rayos en cada una de ellas:

- Colangiografía: La colangiografía es una técnica que implica la inyección de un medio de contraste en los conductos biliares para hacerlos visibles en las imágenes radiológicas. El técnico de rayos es responsable de preparar el equipo, asegurarse de que el paciente esté en la posición adecuada y colaborar con el radiólogo durante el procedimiento. Esto puede incluir la administración segura del medio de contraste a través de un catéter colocado en el conducto biliar.
- Colecistografía: La colecistografía es una técnica utilizada para evaluar la vesícula biliar. Implica la ingesta de una sustancia oral de contraste que se concentra en la vesícula biliar y permite que esta se visualice en radiografías. El técnico de rayos puede proporcionar instrucciones al paciente sobre la preparación y el momento adecuado para ingerir el contraste, así como tomar las imágenes radiológicas pertinentes.
- Ecografía abdominal: La ecografía abdominal es otra técnica de diagnóstico por imágenes que puede utilizarse para evaluar la vía biliar. En este caso, el técnico de rayos utiliza un transductor de ultrasonido para obtener imágenes en tiempo real de la vesícula biliar y los conductos biliares. Esto es menos invasivo que la colangiografía y la colecistografía.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la exploración radiológica de la vía biliar es una parte fundamental del diagnóstico y tratamiento de afecciones relacionadas con el sistema biliar, como cálculos biliares, obstrucciones o inflamación. Los técnicos de rayos, también conocidos como tecnólogos radiológicos o radiógrafos, desempeñan un papel esencial en la realización de estas exploraciones radiológicas.

La colaboración entre el técnico de rayos y el equipo médico, especialmente el radiólogo, es crucial para obtener imágenes de alta calidad que proporcionen información precisa para el diagnóstico y el tratamiento. Los técnicos deben seguir protocolos específicos, garantizar la seguridad del paciente y operar los equipos de diagnóstico por imágenes de manera efectiva.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 584

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA DACRIOCISTOGRAFÍA

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

La dacriocistografía es un procedimiento de diagnóstico por imágenes utilizado para evaluar la anatomía y el funcionamiento de las vías lagrimales, que son las estructuras responsables de drenar las lágrimas desde la superficie del ojo hacia la cavidad nasal. Este procedimiento se utiliza principalmente para diagnosticar obstrucciones o problemas en las vías lagrimales, que pueden causar síntomas como lagrimeo excesivo, infecciones recurrentes o inflamación en el área del saco lagrimal.

La dacriocistografía es una herramienta valiosa para diagnosticar afecciones como dacriocistitis (infección del saco lagrimal), estenosis o bloqueos en las vías lagrimales, y otros problemas relacionados con el sistema de drenaje de las lágrimas. El procedimiento es generalmente seguro y bien tolerado, y los resultados ayudan a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, que

puede incluir la colocación de sondas, irrigación de las vías lagrimales o cirugía para corregir obstrucciones. El técnico de rayos también puede ser responsable de registrar datos relevantes sobre el procedimiento, como la cantidad de medio de contraste utilizada, la duración del procedimiento y cualquier observación importante. Durante todo el procedimiento, el técnico de rayos debe seguir estrictas medidas de seguridad radiológica para proteger al paciente, al personal y a sí mismo de la exposición innecesaria a la radiación.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del técnico de rayos en la realización exitosa de la dacriocistografía, colaborando estrechamente con el radiólogo y asegurando que el procedimiento se lleve a cabo de manera segura y 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización exitosa de la dacriocistografía, colaborando estrechamente con el radiólogo y asegurando que el procedimiento se lleve a cabo de manera segura y eficaz. A continuación, se detallan las funciones clave del técnico de rayos en la dacriocistografía:

- Preparación del equipo: El técnico de rayos es responsable de preparar todos los equipos y suministros necesarios para el procedimiento de dacriocistografía. Esto incluye asegurarse de que la máquina de rayos X y el equipo de fluoroscopia estén en buen estado de funcionamiento.
- Preparación del paciente: Antes de comenzar el procedimiento, el técnico de rayos debe explicar el proceso al paciente, responder a sus preguntas y obtener su consentimiento informado. También puede administrar un anestésico local en

el área alrededor del saco lagrimal para minimizar cualquier molestia durante la inserción de la cánula.

- Posicionamiento del paciente: El técnico de rayos debe ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada para el procedimiento, que generalmente es en decúbito dorsal (acostado boca arriba) en una mesa de examen.
- Colocación de la cánula: Durante el procedimiento, se inserta una pequeña cánula en uno de los puntos lagrimales del párpado inferior. El técnico de rayos debe realizar esta tarea con cuidado y precisión para minimizar cualquier molestia o riesgo de infección.
- Inyección de medio de contraste: El técnico de rayos trabaja en conjunto con el radiólogo para administrar el medio de contraste de manera controlada a través de la cánula en el punto lagrimal. Deben asegurarse de que la cantidad y la velocidad de inyección sean adecuadas para obtener imágenes de alta calidad y evaluar el flujo del medio de contraste a lo largo de las vías lagrimales.
- Adquisición de imágenes: Mientras se inyecta el medio de contraste, el técnico de rayos es responsable de operar la máquina de rayos X o el equipo de fluoroscopia para obtener imágenes en tiempo real de la distribución del medio de contraste en las vías lagrimales. Deben colaborar con el radiólogo para garantizar que se capturen las vistas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del técnico de rayos en la dacriocistografía son fundamentales para garantizar que el procedimiento se realice de manera efectiva, segura y con resultados de alta calidad. El técnico desempeña un papel crucial en la preparación del equipo y del paciente, la administración del medio de contraste, la obtención de imágenes radiológicas precisas y la documentación de datos importantes. Además, su colaboración con el radiólogo y su atención a los detalles son esenciales para el éxito del procedimiento y para el diagnóstico y tratamiento adecuados de las afecciones de las vías lagrimales. En resumen, el técnico de rayos es una parte integral del equipo médico que brinda cuidados de salud de calidad.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 585

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA FISTULOGRAFÍA

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

La fistulografía es un procedimiento de diagnóstico por imágenes que se utiliza para evaluar y diagnosticar fistulas, que son conexiones anormales o conductos anómalos que se forman entre dos órganos o entre un órgano y la piel. Las fistulas pueden surgir como resultado de diversas afecciones médicas, como infecciones, cirugías previas, enfermedad inflamatoria intestinal u otras patologías.

El procedimiento de fistulografía implica la inyección de un medio de contraste radiopaco a través de una sonda o catéter que se introduce en la fistula. Este medio de contraste es visible en las imágenes radiológicas y permite a los médicos visualizar la anatomía de la fistula y evaluar su tamaño, forma, ubicación y dirección. El uso de rayos X o fluoroscopia en tiempo real permite a los profesionales de la salud seguir el flujo del medio de contraste a lo largo de la fistula y realizar una evaluación detallada.

La fistulografía se utiliza comúnmente en el diagnóstico y la planificación de tratamiento de fistulas en diversas ubicaciones del cuerpo, como fistulas anales, fistulas rectovaginales, fistulas enteroentéricas en pacientes con enfermedad de Crohn y fistulas en otras áreas del tracto gastrointestinal o del sistema urinario. El procedimiento ayuda a los médicos a comprender mejor la naturaleza de la fistula, lo que es esencial para decidir el enfoque de tratamiento más adecuado, ya sea mediante cirugía, drenaje o intervenciones mínimamente invasivas.

2 Objetivos

- Explicar el papel del técnico de rayos en la realización exitosa de una fistulografía, que es un procedimiento de diagnóstico por imágenes utilizado para evaluar y diagnosticar fistulas en el cuerpo humano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización exitosa de una fistulografía, que es un procedimiento de diagnóstico por imágenes utilizado para evaluar y diagnosticar fistulas en el cuerpo humano. Aquí hay más detalles sobre la colaboración del técnico de rayos en una fistulografía:

- Preparación del equipo y suministros: El técnico de rayos es responsable de preparar todo el equipo y los suministros necesarios para la fistulografía. Esto incluye asegurarse de que la máquina de rayos X o el equipo de fluoroscopia estén en buen estado de funcionamiento, y preparar las sondas o catéteres que se utilizarán durante el procedimiento.
- Preparación del paciente: Antes de comenzar el procedimiento, el técnico debe explicar el proceso al paciente, responder a sus preguntas y obtener su consentimiento informado. También debe ayudar al paciente a posicionarse adecuada-

mente en la mesa de examen para que el médico pueda acceder a la fístula de manera efectiva.

- Asistencia durante la inserción de la sonda o catéter: Durante la fistulografía, se introduce una sonda o catéter en la fístula para administrar el medio de contraste radiopaco. El técnico de rayos puede asistir al médico o radiólogo durante esta parte del procedimiento, asegurándose de que la inserción se realice de manera precisa y cuidadosa para minimizar el malestar del paciente.
- Administración controlada del medio de contraste: El técnico de rayos colabora con el médico para administrar el medio de contraste radiopaco de manera controlada a través de la sonda o catéter. Esto implica seguir las instrucciones específicas del médico en cuanto a la cantidad y la velocidad de administración.
- Operación de la máquina de rayos X o fluoroscopia: Durante la fistulografía, se adquieren imágenes en tiempo real para seguir el flujo del medio de contraste a lo largo de la fístula. El técnico de rayos es responsable de operar la máquina de rayos X o el equipo de fluoroscopia de manera segura y eficiente, ajustando la exposición según sea necesario para obtener imágenes de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico de rayos en la fistulografía es de suma importancia para garantizar el éxito del procedimiento y para la obtención de imágenes de alta calidad que ayuden en el diagnóstico y tratamiento de las fístulas. El técnico desempeña múltiples funciones, desde la preparación del equipo y del paciente hasta la asistencia durante la inserción de la sonda o catéter, la administración controlada del medio de contraste, la operación de la máquina de rayos X o fluoroscopia y la documentación de datos cruciales.

La colaboración estrecha y coordinada entre el técnico de rayos y el equipo médico, incluyendo al radiólogo y al paciente, es esencial para garantizar que el procedimiento se realice de manera segura, efectiva y precisa. El técnico también debe seguir rigurosas medidas de seguridad radiológica en todo momento para proteger la salud del paciente, del personal médico y la suya propia.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 586

LA COMPETENCIA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA.

DAVID MORENO GÓMEZ

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

1 Introducción

La función que tiene el celador en el servicio de lavandería del hospital consiste en garantizar el bienestar de los pacientes mediante la higiene, provocando unos estándares altos de calidad en la atención médica. Gracias al papel del celador, se tendrá una actividad tanto segura como eficiente en el hospital. El celador va a ser el encargado de recoger, ordenar, limpiar, secar y clasificar la ropa del paciente y de la cama que esté utilizando. De esta forma se va a evitar la circulación de las enfermedades nosocomiales y se va a asegurar un entorno confortable y limpio tanto para el personal médico como para el paciente. También va a ser el responsable de custodiar y hacer que funciones las máquinas de lavandería, deberá de seguir los pasos pautados en los protocolos de seguridad y/o higiene. Por lo que de forma continuada deberá de controlar la temperatura de estas y el transcurso del lavado, así como hacer un seguimiento y registro del inventario de productos químicos y de limpieza.

Por lo tanto, la función del celador va a ser de gran importancia para evitar la transmisión de las enfermedades nosocomiales que se pueden adquirir en el hospital. Haciendo así un entorno limpio y cómodo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en el servicio de lavandería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 en la lavandería del hospital tendrá funciones tales como:

- Recogida y ordenación de la ropa: los celadores van a ser los encargados de recoger la ropa del paciente y de las camas sucias de las distintas zonas del hospital. Después, van a clasificarla según: el grado de contaminación, el tipo de tejido y según las necesidades de lavado.
- Funcionamiento de las máquinas de lavandería: el celador va a conocer el manejo de las máquinas que se encuentren en esa zona. También van a llenar y retirar la ropa de las máquinas, escogiendo el programa que sea más adecuado y en todo momento asegurándose que se utilizan los productos apropiados.
- Después de lavar la ropa la van a secar. Este procedimiento se va a llevar a cabo siguiendo el protocolo establecido, garantizando que tanto la ropa del paciente como de su cama esté bien limpia y mantenga unas condiciones óptimas.
- Clasificación de la ropa desinfectada: una vez que ha sido limpiada y secada se va a clasificar en las zonas donde le corresponda.
- Además de la ropa, el celador también va a ser el encargado de limpiar las máquinas que se utilicen, garantizando que sean cuidadas y funcionen correctamente.

- Actualización del inventario: va a hacer un seguimiento de todos los productos y suministros, asegurándose de que en todo momento lo que se vaya a necesitar esté disponible y en buenas condiciones de uso.
- En todo momento, el celador va a realizar sus funciones siguiendo unas reglas estrictas sobre higiene y seguridad. De este modo se va a evitar un mal uso de la maquinaria y que se mantenga un entorno seguro y limpio para todos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de lavandería puede pasar desapercibido, pero es de gran importancia para el mantenimiento del hospital, ya que son los encargados de lavar y clasificar la ropa, de esta forma las camas y las prendas de los pacientes se van a encontrar limpias y desinfectadas, disminuyendo así la propagación de todas aquellas enfermedades que puedan ser transmisibles mediante fluidos. También se encarga de que todo el equipo, maquinaria y productos estén en orden y puedan ser utilizados en todo momento, haciendo que la limpieza y desinfección pueda ser posible, por lo que no se debe menospreciar sus competencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 587

EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES

DAVID MORENO GÓMEZ

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

1 Introducción

El celador tiene el papel de colocar al paciente en la posición adecuada para pruebas, operaciones quirúrgicas, cambios posturales o traslados. Debe de tener especial cuidado, puesto que la movilización debe ser de la forma más segura y eficiente para la comodidad y recuperación del paciente.

Las funciones de los celadores se van a extender más allá de aquellas labores tradicionales, ya que van a tener un papel multifacético a la hora de prestar cuidado a los pacientes que se encuentren hospitalizados. Una de las competencias que destacan es la movilización del paciente, la cual abarca desde ayudar al paciente a que se levante de la cama a trasladarlo a la unidad que le corresponda.

Es muy importante que las movilizaciones se lleven a cabo correctamente, puesto que, de lo contrario, podrían surgir complicaciones en el paciente. Por ejemplo, las úlceras por presión aparecen en el paciente por una mala postura. Para que se

realicen de forma eficaz, los celadores deberán de recibir una buena formación y trabajarán en colaboración con el personal médico y de enfermería.

Va a ser de vital importancia que los celadores conozcan y sepan identificar aquellas posiciones que sean más utilizadas dentro del ámbito hospitalario y que se hagan tanto para la exploración, como el tratamiento y la prevención de lesiones.

2 Objetivos

1. Identificar cuál es el trabajo realizado por el equipo de celadores.
2. Exponer la importancia del celador en las movilizaciones realizadas al paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha tenido que acceder a diversos portales de investigación y se ha elegido solamente información contrastada y verificada en diversas fuentes, para ello se ha tenido que utilizar el filtro de palabras clave como: celador, funciones, movilizaciones, hospital.

4 Resultados

El celador deberá de seguir unas normas para llevar a cabo las movilizaciones del paciente:

1. Tener frenada la cama.
2. Preservar la dignidad del paciente en todo momento.
3. Acomodar la cama en la posición más adecuada.
4. No hacer movimientos bruscos en la movilización.
5. Asegurar la seguridad del paciente.
6. Proseguir las instrucciones que le dé el personal sanitario.

Los primeros pasos que el celador debe seguir a la movilización son: a) Quitar aquellos objetos que puedan molestar o dificultar la acción. b) Cuidar el suero, sondas, drenajes etc. c) Mantener una correcta postura corporal para evitar las lesiones. d) Conseguir las medidas de higiene que se necesiten. e) Organizar todo el material que sea necesario. f) Debe de comunicar al paciente lo que se va a hacer, pidiéndole que colabore si es posible.

Posiciones anatómicas:

- Antitrendelemburg o Morestin
- Decúbito Supino

- Posición de Punción Lumbar
- Decúbito Prono o Ventral
- Decúbito Lateral
- Ginecológica o Litotomía
- Posición sentada
- Fowler o Semisentado
- Trendelemburg
- Antitrendelemburg o Morestin
- Roser
- Sims o Semiprona
- Bipedestación
- Genupectoral

Las movilizaciones más comunes son para:

- Mover al paciente para situarlo hacia un lado de la cama.
- Levantar al paciente hacia la cabecera de la cama.
- Mover al paciente para trasladarlo desde la cama al sillón.
- Mover al paciente para trasladarlo desde la cama a la silla de ruedas.
- Mover al paciente para trasladarlo de la cama a una camilla.

Además, el celador tendrá responsabilidades como:

- Ayudar en el movimiento del paciente y en su traslado.
- Las transferencias deben de ser seguras.
- Se debe de poner de acuerdo con el personal de enfermería.
- Debe de saber manejar los equipos de movilización.
- Dará apoyo emocional.
- Debe de asegurarse de que no haya complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la seguridad del paciente en todo momento, es por ello que el celador debe de estar bien formado y capacitado para llevar a cabo los distintos tipos de movilizaciones que se deban de realizar en cada momento. Estas van a prevenir dificultades que se deriven de la no movilidad del paciente a lo largo del tiempo, como por ejemplo úlceras por presión, trombosis.

El equipo de celadores al realizar la asistencia en movilizaciones, van a contribuir de forma directa en la prevención de la aparición de estas patologías. Además, darán apoyo emocional al paciente durante su estancia en el hospital, creando un ambiente más compasivo y humano.

6 Bibliografía

1. Celadoresonline.blogspot.com.
2. Blog.opositatest.com.
3. Revistamedica.com.

Capítulo 588

EL TELEFONISTA Y LAS COMUNICACIONES DE EMERGENCIA

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Las comunicaciones de emergencia se refieren a los sistemas, protocolos y procedimientos diseñados para facilitar la transmisión rápida y efectiva de información en situaciones de emergencia o crisis. Estas comunicaciones son fundamentales para coordinar la respuesta de las autoridades, los servicios de emergencia, las organizaciones de socorro y el público en general durante eventos críticos que requieren una acción inmediata. Aquí hay algunas características clave de las comunicaciones de emergencia:

- Rapidez: Las comunicaciones de emergencia se centran en la transmisión rápida de información crítica. Esto implica la capacidad de enviar y recibir mensajes en tiempo real para coordinar la respuesta a una emergencia.
- Diversidad de Medios: Se utilizan diversos medios de comunicación para transmitir información de emergencia, que incluyen radio, televisión, telefonía móvil, sirenas, sistemas de altavoces públicos y mensajes de texto, entre otros.
- Sistemas de Alerta Temprana: Los sistemas de alerta temprana son una parte importante de las comunicaciones de emergencia. Estos sistemas emiten adver-

tencias anticipadas sobre eventos como desastres naturales (terremotos, inundaciones, tornados, etc.) o eventos causados por el ser humano (ataques terroristas, derrames de sustancias peligrosas, etc.).

- Coordinación: Las comunicaciones de emergencia involucran la coordinación de múltiples agencias y organizaciones, como servicios de policía, bomberos, servicios médicos de emergencia, agencias gubernamentales y organizaciones de respuesta a desastres.

2 Objetivos

- Dar a conocer el rol del telefonista en la gestión de la comunicación y la distribución eficiente de información en situaciones críticas

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 las comunicaciones de emergencia es crucial, ya que actúa como un punto de contacto central para recibir y dirigir llamadas relacionadas con situaciones de crisis o emergencia. Aunque el telefonista no es necesariamente el encargado de coordinar directamente la respuesta a emergencias, su función es fundamental en la gestión de la comunicación y la distribución eficiente de información en situaciones críticas. Aquí se describen algunas formas en las que el telefonista se relaciona con las comunicaciones de emergencia:

- Recepción de Llamadas de Emergencia: Los telefonistas pueden recibir llamadas de personas que están en medio de una situación de emergencia, como accidentes de tráfico, incendios, asaltos o eventos médicos. El telefonista debe estar capacitado para manejar estas llamadas con calma y seguir procedimientos específicos para brindar asistencia y coordinar la respuesta adecuada, como enviar a los servicios de emergencia apropiados al lugar del incidente.

- Transmisión de Mensajes de Emergencia: En situaciones de emergencia, las autoridades y los servicios de respuesta a emergencias pueden utilizar líneas telefónicas específicas o sistemas de comunicación para transmitir mensajes importantes a través del telefonista. Esto podría incluir alertas de evacuación, instrucciones de seguridad o actualizaciones sobre la situación.
- Coordinación de Recursos: El telefonista puede estar involucrado en la coordinación de recursos, como la asignación de vehículos de emergencia o la comunicación con personal de respuesta a emergencias en el campo. Esto implica enrutamiento de llamadas y asegurarse de que los recursos adecuados estén disponibles donde se necesitan.
- Comunicación Interna: Además de interactuar con el público en general, el telefonista también puede ser responsable de coordinar la comunicación interna en la organización durante una emergencia. Esto podría incluir la transmisión de mensajes a los departamentos relevantes y la activación de procedimientos de respuesta a emergencias internos.
- Mantenimiento de Registros: El telefonista puede llevar registros precisos de todas las llamadas relacionadas con la emergencia, incluyendo detalles sobre la hora de la llamada, la ubicación y la naturaleza del incidente. Estos registros pueden ser valiosos para la documentación y la revisión posterior a la emergencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el telefonista desempeña un papel fundamental en las comunicaciones de emergencia al actuar como el primer punto de contacto para las personas que necesitan asistencia durante situaciones críticas. Su función consiste en recibir y dirigir llamadas relacionadas con emergencias, lo que facilita una respuesta rápida y eficiente de los servicios de emergencia y las autoridades pertinentes.

El telefonista debe estar capacitado y preparado para manejar llamadas de emergencia con calma y seguir procedimientos específicos para brindar asistencia adecuada. Además, puede coordinar la comunicación interna en la organización, transmitir mensajes de emergencia y mantener registros precisos de las llamadas relacionadas con la emergencia.

6 Bibliografia

- Cinhal

Capítulo 589

EL TELEFONISTA Y LA TELEFONÍA IP

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La telefonía IP, o Voz sobre Protocolo de Internet, abreviada como VoIP (por sus siglas en inglés, Voice over Internet Protocol), es una tecnología que permite realizar llamadas de voz y comunicaciones telefónicas a través de Internet en lugar de utilizar redes de telefonía tradicionales basadas en circuitos. En la telefonía IP, la voz se convierte en datos digitales que se transmiten a través de la infraestructura de Internet, lo que permite la comunicación de voz a través de redes IP.

Aquí hay algunos aspectos clave de la telefonía IP:

- Digitalización de la Voz: En la telefonía IP, la voz se convierte en datos digitales a través de un proceso de codificación y compresión. Estos datos digitales se dividen en paquetes que se transmiten a través de Internet.
- Transmisión de Paquetes: En lugar de utilizar una conexión de circuito continuo, como en las redes telefónicas tradicionales, la telefonía IP utiliza el enrutamiento de paquetes. Los paquetes de datos que contienen fragmentos de voz se envían a través de Internet de forma eficiente y se ensamblan en el destino.
- Protocolos: La telefonía IP se basa en una variedad de protocolos para la transmisión de voz, siendo el Protocolo de Voz sobre IP (VoIP) uno de los más comunes.

También se utilizan otros protocolos como SIP (Session Initiation Protocol) para establecer y controlar llamadas.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunas de las formas en las que el telefonista puede estar relacionado con la telefonía IP en sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del telefonista en relación con la telefonía IP puede variar según la organización y su infraestructura de comunicación. La telefonía IP es una tecnología que permite realizar llamadas de voz y comunicaciones telefónicas a través de Internet, y su implementación puede afectar las responsabilidades del telefonista de diversas maneras. A continuación, se describen algunas de las formas en las que el telefonista puede estar relacionado con la telefonía IP:

- Atención de Llamadas VoIP: En muchas organizaciones, el telefonista atiende llamadas entrantes y salientes a través de sistemas de telefonía IP. Esto implica recibir y hacer llamadas utilizando aplicaciones o dispositivos VoIP que aprovechan la infraestructura de Internet.
- Configuración y Mantenimiento: Dependiendo de la organización, el telefonista podría estar involucrado en la configuración y el mantenimiento de los sistemas de telefonía IP. Esto incluye la gestión de extensiones telefónicas, la resolución de problemas técnicos y la colaboración con el personal de TI para garantizar el funcionamiento adecuado de la telefonía IP.
- Asistencia Técnica: El telefonista puede proporcionar asistencia técnica a los usuarios de la telefonía IP en la organización. Esto puede incluir ayudar a los em-

pleados a configurar sus dispositivos, solucionar problemas de calidad de llamada o brindar orientación sobre el uso de características específicas de la telefonía IP.

- Integración con Otras Comunicaciones: La telefonía IP a menudo se integra con otros sistemas de comunicación, como correo electrónico y aplicaciones de colaboración. El telefonista puede estar involucrado en la gestión de la integración y la colaboración con otros departamentos para asegurarse de que los sistemas funcionen de manera coherente.

- Gestión de Llamadas de Emergencia: En situaciones de emergencia, el telefonista puede estar involucrado en la coordinación de llamadas de emergencia a través de sistemas de telefonía IP. Esto puede incluir la activación de notificaciones de emergencia, la dirección de llamadas a servicios de respuesta y la comunicación con el personal de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la telefonía IP ha revolucionado la forma en que las organizaciones gestionan las comunicaciones telefónicas al permitir la transmisión de voz a través de Internet. El rol del telefonista en relación con la telefonía IP puede variar según la organización y su infraestructura de comunicación, pero su importancia sigue siendo significativa. Algunas de las formas en las que el telefonista se relaciona con la telefonía IP incluyen la atención de llamadas VoIP, la configuración y el mantenimiento de sistemas, la asistencia técnica a usuarios, la integración con otras comunicaciones, la gestión de llamadas de emergencia y la actualización continua de habilidades y conocimientos.

La telefonía IP proporciona una mayor flexibilidad y eficiencia en la comunicación empresarial y puede integrarse con otras aplicaciones y sistemas.

6 Bibliografía

-scopus

Capítulo 590

PRINCIPALES FUNCIONES DE LA CATEGORIA TELEFONISTA EN EL ÁMBITO SANITARIO

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Un telefonista es un profesional que trabaja en la atención de llamadas telefónicas en una organización, empresa u entidad. El rol del telefonista es recibir y hacer llamadas telefónicas, así como gestionar la comunicación telefónica tanto internamente como con clientes, proveedores y otras partes interesadas.

Las responsabilidades y tareas de un telefonista pueden variar según el lugar de trabajo y la industria, pero generalmente incluyen:

- Atención de Llamadas Entrantes: El telefonista recibe llamadas telefónicas entrantes y responde a las consultas de los llamantes. Esto puede incluir proporcionar información general, dirigir las llamadas a la persona o departamento adecuado o tomar mensajes.
- Realización de Llamadas Salientes: El telefonista también puede hacer llamadas telefónicas salientes para fines diversos, como confirmar citas, realizar encuestas, realizar seguimiento de ventas o proporcionar recordatorios.

- Enrutamiento de Llamadas: En organizaciones más grandes, el telefonista puede ser responsable de enrutamiento de llamadas, es decir, dirigir las llamadas a los departamentos o extensiones correctas según las necesidades del llamante.
- Manejo de Directorios Telefónicos: Los telefonistas suelen mantener y actualizar directorios telefónicos internos y externos para facilitar la búsqueda de números de teléfono.
- Toma de Mensajes: Cuando no se puede poner a una persona en la línea o cuando se requiere un mensaje detallado, el telefonista puede tomar mensajes y asegurarse de que lleguen a las personas apropiadas.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel importante en la gestión de las comunicaciones y el flujo de información en un entorno de atención médica por parte del telefonista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 categoría de telefonista en el ámbito sanitario desempeña un papel importante en la gestión de las comunicaciones y el flujo de información en un entorno de atención médica. Algunas de las principales funciones de un telefonista en el ámbito sanitario incluyen:

- Atención de Llamadas de Pacientes: Los telefonistas reciben llamadas de pacientes que desean programar citas médicas, verificar horarios de consulta, hacer preguntas sobre procedimientos médicos, o realizar consultas generales relacionadas con su atención médica.
- Coordinación de Citas: Son responsables de gestionar y programar citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos y las preferencias de los pacientes.

Esto implica la organización eficiente del calendario médico.

- Verificación de Seguros: Los telefonistas pueden ayudar a los pacientes a verificar la cobertura de sus seguros médicos y proporcionar información sobre los costos de los servicios médicos.
- Transferencia de Llamadas: En entornos de atención médica más grandes, los telefonistas pueden ser responsables de enrutamiento de llamadas, lo que implica dirigir las llamadas a los departamentos médicos adecuados o a otros miembros del personal médico.
- Toma de Mensajes Clínicos: Los telefonistas pueden tomar mensajes clínicos de pacientes para médicos y enfermeras, lo que incluye detalles importantes sobre la salud de los pacientes, como síntomas, medicamentos y preguntas específicas.
- Confidencialidad: Deben mantener la confidencialidad de la información médica y cumplir con las regulaciones de privacidad de la salud, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA en inglés).
- Comunicación Interna: Los telefonistas también pueden comunicarse internamente con el personal médico y administrativo para garantizar una fluidez eficiente de la información y la gestión de casos.
- Asistencia a Visitantes: Además de las llamadas telefónicas, los telefonistas en el ámbito sanitario pueden atender a visitantes que llegan a la clínica u hospital y proporcionarles información sobre la ubicación de consultorios médicos o servicios específicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la categoría de telefonista desempeña un papel esencial en el ámbito sanitario al facilitar la gestión de las comunicaciones y la coordinación de la atención médica. Sus principales funciones incluyen la atención de llamadas de pacientes, la coordinación de citas médicas, la verificación de seguros, la transferencia de llamadas, la toma de mensajes clínicos, la garantía de la confidencialidad de la información médica, la comunicación interna, la asistencia a visitantes, el manejo de equipos telefónicos y la resolución de problemas de comunicación.

Estas funciones son críticas para asegurar una atención médica eficiente y satisfactoria para los pacientes, y también contribuyen a la imagen y la reputación de

la institución médica.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 591

LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

SOFÍA LAFUENTE MENÉNDEZ

AROA PELÁEZ CANO

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La irrupción de internet y las nuevas tecnologías en la sociedad actual, ha traído consigo una nueva realidad en la que gran parte de nuestra vida profesional, personal, económica, incluso la manera de relacionarnos, se lleva a cabo a través de la “red”. Ante esta revolución digital ha sido necesario desarrollar leyes que regulen el acceso y el manejo de la información de índole personal.

Toda persona tiene derecho a que el tratamiento de sus datos personales (automatizados o no, que vayan a ser almacenados en un fichero), sean protegidos de manera legal, veraz y transparente, con arreglo a las normas establecidas por la ley.

En nuestra Constitución de 1978 ya se aborda la protección de los datos personales cuando se regula el derecho a la intimidad personal dentro del capítulo de los derechos fundamentales. Y además obliga a que se regule legalmente el uso de la informática para garantizar ese derecho fundamental.

Con la aprobación del Reglamento General de Protección de Datos de 25 de mayo de 2016, la Unión Europea reguló legalmente el tratamiento de los datos de carácter personal, obligando a todos los estados miembros a aplicarlo en sus respectivos países y adaptar sus legislaciones a él.

En España esta adaptación se llevó a cabo con la creación de la Ley orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explicar qué tipo de datos personales se tratan en el ámbito sanitario y que derechos que tiene el paciente sobre esos datos, una vez que ya figuran en algún fichero.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 es atendido en un hospital o centro sanitario, se le abre un proceso asistencial. Dónde van a figurar tanto sus datos personales (nombre, dirección, teléfono, etc.), como sus datos clínicos (pruebas, procedimientos quirúrgicos, tratamientos, etc.).

Los datos clínicos del paciente se van a usar fundamentalmente para su atención sanitaria, pero también se les dan otras utilidades como la docencia, la investigación científica, interés general y salud pública.

Toda esta información es recogida y custodiada por el centro sanitario. Será este el responsable de la misma, quien disponga de ella y se encargue de lo que se denomina el “tratamiento de datos”: recabar, ordenar, conservar; consultar; mod-

ificar; compartir; retirar; restringir su utilización a situaciones, personas u organismos concretos; y eliminar.

Antes de recabar los datos, el paciente (o su representante legal), debe ser informado del fin para el que van a ser utilizados, de quién va a ser el responsable del fichero, y de los derechos que puede ejercitar a posteriori, que son:

- Derecho de acceso a la información sobre qué datos personales suyos (o relacionados con ellos), se están utilizando.
- Derecho de rectificación, para corregir o modificar los datos erróneos.
- Derecho de supresión, para eliminar datos (aunque este derecho se puede ver limitado por razones de interés clínico a juicio del facultativo).
- Derecho a limitar el uso de esos datos.
- Derecho de portabilidad, para solicitar los datos proporcionados al responsable de tratamiento con el fin de facilitárselos a otro responsable distinto.
- Derecho de oposición, para impedir que los datos se usen en investigación y en la elaboración de estadísticas (siempre de acuerdo a lo previsto en la ley).

Tanto el Delegado de Protección de Datos de cada servicio de salud, como los Servicios de Atención al Usuario, están al servicio de los ciudadanos para informarles de todos estos derechos, poner a su disposición formularios pertinentes en cada caso y gestionar los trámites correspondientes para llevarlos a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Los datos clínicos tienen un rango especial debido a que contienen información especialmente íntima y delicada. Razón por la cual, su custodia y tratamiento exige unos grados de minuciosidad y meticulosidad tales, que garanticen y protejan el derecho a la intimidad de los usuarios o pacientes.

Con la entrada en vigor de Ley orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, la perspectiva de la protección de datos personales ha cambiado y se ha reforzado en todas las empresas y sectores, como el de la sanidad. Donde el uso de los datos del paciente ya estaba muy restringido y protegido legalmente mediante el secreto profesional y el deber de confidencialidad.

6 Bibliografía

1. Formulario de solicitud de ejercicio de derechos, Reglamento General de Protección de Datos -. (n.d.). From Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social:https://www.sanidad.gob.es/servCiudadanos/proteccionDatos/docs/Formulario_DPD_MSCBS.pdf.
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). From BOE-A-2018-16673: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>.

Capítulo 592

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

DAVID MORENO GÓMEZ

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

1 Introducción

El papel del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) va a ser muy importante en esta unidad. La UCI, al tratarse de un entorno muy delicado, pues se presta atención a pacientes con unas condiciones médicas complejas y graves, el celador deberá de estar capacitado para poder obrar ahí.

Su tarea va a ir desde el transporte de los pacientes a la UCI hasta hacerse cargo de aquellos documentos y comunicaciones que le deleguen sus superiores.

Al ser un entorno muy complejo, deberá de prestar atención en todo momento de las entradas y de las salidas de las personas, así como de que vistan con el uniforme recomendado. Brindará su apoyo a la familia y les informará sobre aquellas reglas a seguir en cuestión de visitas. En todo momento tiene prohibido dar información a la familia sobre el estado de salud del familiar, deberá de derivarlos al facultativo.

Se hará cargo de trasladar los cadáveres a las cámaras frigoríficas preservando la intimidad del difunto. Durante este traslado irá acompañado de otro celador y se asegurarán de que no haya nadie en los pasillos.

Es por todo ello, por lo que va a tener una función importante, pues que quita trabajo y deja que el facultativo se centre en sus tareas específicas.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es:

-Conocer cuál es el papel que va a tener el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

3 Metodología

Se ha debido de fusionar información que se ha encontrado en múltiples páginas de internet.

Para ello, se ha buscado palabras clave como: celador, unidad de cuidados intensivos, UCI, funciones.

De toda la información que se ha encontrado solo ha sido redactada aquella que ha podido comprobarse.

4 Resultados

El papel que va a tener el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital va a ser muy importante debido a su dificultad y gravedad de los pacientes a los que debe de atender. Para garantizar su seguridad y un funcionamiento de calidad de la UCI deberá de realizar las siguientes funciones:

1. Va a llevar a los pacientes de unas áreas del hospital hasta la UCI y viceversa. Estos pacientes a menudo necesitan cuidados especiales y un monitor constante para que sean controlados.
2. Ayuda en procedimientos médicos, puesto que van a ayudar al personal de enfermería y el personal médico a preparar traslados y procedimientos. Esto conlleva la preparación de suministros, equipo médico, una asistencia durante procedimientos que sean invasivos o no invasivos.
3. Como muchos de los pacientes que se encuentran en la UCI no pueden moverse por sí mismos, los celadores deben de movilizarlos y ayudarles, evitando que se creen úlceras por presión y facilitando los cambios de posición.

4. Debe de asegurarse de que todos los suministros médicos estén en buenas condiciones y disponibles para ser utilizados en cualquier momento. Esto abarca también material estéril, equipos médicos, medicamentos.
5. Los celadores van a estar en contacto con los familiares de los pacientes, les va a comunicar información sobre el procedimiento y aquellas restricciones que conlleva la visita de estos pacientes. En ningún caso podrán proporcionarle a la familia información sobre el estado del paciente.
6. Va a participar en el orden y en la limpieza de la UCI para que el lugar sea estéril y seguro para los pacientes y el personal.
7. En aquellas situaciones de emergencia, como, por ejemplo, algún paro cardíaco, el celador debe de saber actuar y poder facilitar asistencia rápida y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

El valor del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) reside en su participación esencial para contribuir a la calidad y la eficiencia de la atención médica en un entorno complejo. También, sirven como enlace para las familias de los pacientes, dando información, apoyo emocional y tranquilidad en momentos difíciles.

Los celadores son elementos importantes en la UCI, donde los pacientes tienen condiciones médicas de gravedad y necesitan cuidados intensivos. Su capacidad para llevar a cabo el transporte y la movilización de pacientes, suministrar suministros médicos necesarios y apoyar al personal de salud es inestimable.

En resumen, la función del celador en la UCI va a contribuir directamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Revistamedica.com.
2. Fisiostar.com.

Capítulo 593

CÓMO AFECTA A LA COMUNICACIÓN LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

JOSE ANGEL PALACIO PRESA

1 Introducción

Para comenzar con nuestro capítulo vamos a definir el concepto de comunicación, como la acción de intercambiar información entre dos o más personas con la finalidad de enviar o percibir datos o criterios.

Dentro de esto hay varios elementos que pasamos a señalar a continuación:

1. Código: conjunto de signos o reglas.
2. Canal: medio a través del cual se transmite el mensaje.
3. Emisor: persona que emite el mensaje.
4. Receptor: persona que recibe el mensaje.
5. Mensaje: el objeto de la comunicación.
6. Situación: espacio donde se desarrolla el acto.

Centrando nuestro estudio como afecta la comunicación en los centros sanitarios, podemos señalar tres modos de comunicación:

- Entre profesionales: tanto entre los sanitarios como los no sanitarios para poder comunicar correctamente las instrucciones de una manera clara, concisa y sin lugar a error.

- Profesional – paciente: para ayudar en las comunicaciones médicas, generando un clima de confianza y respeto, también aplicable a los profesionales no sanitarios.
- Profesional- familiares: a fin de transmitir las decisiones médicas de una manera con confianza y entendimiento.

En el caso de los profesionales no sanitarios, es importante una buena comunicación, ya que el trato dispensado por esos profesionales puede ayudar mucho al enfermo en el cuidado de su salud.

2 Objetivos

Conocer como afecta el uso de mascarillas en la comunicación entre los personales no 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.

Se han utilizado términos clave como: elementos de comunicación, mascarillas, comunicación en ámbitos sanitarios, personal sanitario y no sanitario, etc.

4 Resultados

Podemos distinguir entre dos tipos de comunicación:

- Comunicación no verbal: movimientos de brazos, piernas, manos, etc. Contacto visual entre individuos. Gestos faciales que denotan envío de comunicación entre personas. Posturas corporales.
- Comunicación verbal: sobre como incide el uso de las palabras y entonación en el mensaje que queremos transmitir.

En los textos consultados, vemos como se repite una constante que puede resultar extraña. Mientras que indican que en la comunicación verbal tiene más importancia, luego se reitera, que en un porcentaje superior al 65%, se utiliza más entre personas la comunicación no verbal.

También hace referencia a un elemento que ha sido capital en todo esto. A partir de la llegada del covid-19, ha afectado de una manera muy importante a la comunicación en el ámbito sanitario.

Este elemento ha hecho que las mascarillas sean parte del día a día de todas las personas y profesionales tanto sanitarios como no sanitarios y, ha supuesto un elemento de interferencia a la hora de mantener una correcta comunicación verbal y, peor aún, ha sido para la comunicación no verbal, ya que la mascarilla ha hecho que los gestos faciales hayan prácticamente desaparecido eliminando una comunicación muy importante entre paciente y personal sanitario y no sanitario. Nos ha llamado la atención, el problema para las personas con déficit de audición, que se comunicaban leyendo los labios y ahora no lo pueden hacer, así como a personas y niños con espectro autista, ya que los aísla mucho más si cabe.

En la comunicación no verbal, los únicos que pueden ejercer en el rostro facial algo de comunicación son los ojos, y corresponde a los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, el dar una mayor relevancia a este elemento.

El cual, junto con los gestos de manos y cuerpo, puedan ayudar a contrarrestar ese déficit en la comunicación entre el profesional y paciente, tan importante en la comunicación de innumerables situaciones médicas, duras y difíciles en muchos casos.

Se recomienda encarecidamente a los profesionales, el poner un plus de empatía en estas situaciones donde, es verdaderamente importante, la inteligencia emocional de cada uno para, minimizar este déficit de comunicación que los usos de las mascarillas han traído.

5 Discusión-Conclusión

Según llegamos al centro sanitario, el usuario o paciente, se encuentra con un celador o auxiliar administrativo, y es capital una comunicación clara y cercana entre estas personas para generar un ambiente de confianza y tranquilidad.

Cualidades estas que, se han visto muy afectadas, por la llegada del covid-19, con el desgaste, estrés e incertidumbre vivido por ambas partes.

Los profesionales deben practicar el tener la mayor empatía y escucha activa posible, aspectos que ayuden en gran medida a una comunicación no verbal.

Para ello se ha de formar al personal tanto sanitario como no sanitario en todos estos aspectos para paliar ese déficit de comunicación no verbal, y así poder dar un mejor servicio y de calidad a las personas que acuden a estos lugares.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Los secretos del lenguaje corporal. Omar Elshami, ed. Heroc castillo. 2017.

Capítulo 594

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

1 Introducción

Los principios de eficiencia energética son fundamentales para optimizar el uso de la energía y reducir el impacto ambiental. Aquí presentamos algunos de los principales principios:

Conciencia energética: El primer paso hacia la eficiencia energética es la conciencia. Comprender cómo se utiliza la energía en un entorno particular y cuáles son los mayores consumidores permite identificar oportunidades de mejora.

Gestión y control: Implementar sistemas de gestión energética y sistemas de control automático puede ayudar a monitorear y ajustar el uso de la energía de manera eficiente, por ejemplo, apagar dispositivos cuando no están en uso.

Eficiencia en la generación y distribución: En la producción de energía, se pueden utilizar fuentes más limpias y eficientes, como la energía solar o eólica. Además, mejorar la eficiencia en la distribución y transmisión de energía reduce las pérdidas.

Eficiencia en edificios e instalaciones: Los edificios y las instalaciones industriales pueden beneficiarse de un mejor aislamiento, sistemas de calefacción y refrigeración eficientes, iluminación LED y equipos de alta eficiencia.

Recuperación de energía: Aprovechar el calor residual o la energía desperdiciada en procesos industriales para otros fines, como la calefacción de agua, aumenta la eficiencia energética.

Uso responsable de la energía: Fomentar prácticas responsables entre los usuarios finales es esencial. Esto incluye apagar dispositivos cuando no se utilizan, reducir la temperatura de calefacción y agua caliente, y utilizar electrodomésticos de alta eficiencia.

Innovación y tecnología: La adopción de tecnologías innovadoras, como sensores inteligentes y sistemas de administración de energía, puede optimizar el uso de la energía.

Educación y capacitación: La formación de profesionales y la educación pública sobre la importancia de la eficiencia energética son cruciales para promover su adopción generalizada.

Estos principios son aplicables en una variedad de sectores, desde la industria y la construcción hasta el transporte y la administración pública. La eficiencia energética no solo reduce costos, sino que también contribuye a la sostenibilidad ambiental al disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero y reducir la dependencia de fuentes de energía no renovable.

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, como parte integral de los sistemas de climatización y calefacción, desempeña un papel crucial en la implementación de los principios de eficiencia energética. Aquí se describen sus funciones clave en este contexto:

Eficiencia en la calefacción: Un calefactor eficiente convierte la energía eléctrica o combustible en calor de manera óptima. La selección de calefactores de alta eficiencia, como bombas de calor y calderas de condensación, es fundamental para reducir el consumo energético y los costos.

Sistemas de control avanzados: Los calefactores modernos a menudo están equipados con sistemas de control inteligentes. Estos sistemas pueden ajustar la temperatura según la demanda real y programar horarios de funcionamiento eficientes. La instalación de termostatos programables y sensores de temperatura también es esencial para optimizar la calefacción en función de la ocupación y las condiciones climáticas.

Integración con sistemas de energía renovable: Los calefactores pueden ser parte de un sistema de energía renovable, como la calefacción solar o geotérmica. Esto aprovecha fuentes de energía limpias y reduce la dependencia de combustibles fósiles.

Aislamiento y acondicionamiento del espacio: Los calefactores pueden colaborar con un sistema de aislamiento eficiente en edificios para mantener la temperatura deseada con menos pérdida de calor. También pueden trabajar junto con sistemas de ventilación y aire acondicionado para lograr un ambiente interior cómodo y eficiente energéticamente.

Monitorización y mantenimiento preventivo: La monitorización continua de los calefactores, mediante sensores y sistemas de gestión de energía, permite detectar anomalías y realizar un mantenimiento preventivo. Esto evita el funcionamiento ineficiente y garantiza un rendimiento óptimo.

Educación y formación: Los usuarios finales deben comprender cómo utilizar eficazmente los calefactores para maximizar la eficiencia energética. Esto incluye la configuración adecuada de termostatos, la ventilación de espacios y el uso de ropa adecuada para la temporada.

Actualización y reemplazo: Los calefactores más antiguos suelen ser menos eficientes. Reemplazar equipos obsoletos con modelos de alta eficiencia puede

generar ahorros significativos a largo plazo y reducir la huella de carbono.

Consideración de fuentes de energía sostenible: En la medida de lo posible, se debe considerar la elección de fuentes de energía sostenible para alimentar los calefactores, como la electricidad de fuentes renovables o el gas natural más limpio.

Los calefactores son componentes esenciales para lograr la eficiencia energética en calefacción y climatización. Al seleccionar, controlar y mantener estos sistemas de manera efectiva, es posible reducir el consumo de energía, disminuir los costos operativos y contribuir a la sostenibilidad ambiental al reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. La eficiencia energética en la calefacción es una parte vital de la estrategia global para enfrentar el cambio climático y promover un uso responsable de los recursos energéticos.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena implementación de los principios de eficiencia energética, es esencial elegir cuidadosamente el calefactor adecuado. En primer lugar, considere optar por calefactores de alta eficiencia energética, como bombas de calor o calderas de condensación, que convierten la energía en calor de manera más eficaz. Además, instale termostatos programables y sistemas de control inteligentes para gestionar el funcionamiento del calefactor según las necesidades reales. Mantenga un programa regular de mantenimiento preventivo para asegurarse de que el calefactor opere de manera óptima y no tenga fugas de calor. Fomente la educación entre los usuarios finales para que comprendan cómo utilizar el calefactor de manera eficiente, ajustando las temperaturas y programando los horarios de acuerdo con las condiciones climáticas y la ocupación del espacio. En última instancia, la elección y el uso adecuados del calefactor son fundamentales para maximizar la eficiencia energética y reducir el impacto ambiental.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 595

UNA VISIÓN DETERMINANTE: DESGASTE FÍSICO Y EMOCIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (SECRETARIAS) EN CENTROS DE SALUD (HOSPITALES)

MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ

ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA

1 Introducción

El entorno y naturaleza del trabajo tienen una influencia importante en la salud [1]. Los hechos sociopolíticos de alcance mundial, causados por la globalización creciente, el establecimiento de un libre mercado, la naturaleza cambiante del trabajo, el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, así como cambios demo-gráficos notables, aunado, al efecto que tienen sobre la actual población activa, caracterizan el desarrollo del lugar de trabajo moderno [2,3].

En las últimas décadas se han producido cambios significativos en el mundo laboral, cambios que se encuentran estrechamente relacionados con la organización y la gestión del trabajo[2]. Esto ha motivado la aparición de riesgos emergentes

y nuevos retos en el ámbito de la salud y seguridad en el trabajo. Los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, se han identificado como riesgos emergentes significativos [2, 4]. Existen elementos vinculados a los riesgos psicosociales, como el estrés laboral y la violencia en el lugar de trabajo, que han sido reconocidos ampliamente como retos importantes para la salud y seguridad en el trabajo, vinculados estrechamente al desgaste, tanto físico, como emocional[2].

El estrés laboral es la respuesta de las personas ante unas demandas y unas presiones en el trabajo que no se corresponden con sus conocimientos y habilidades y que ponen en peligro su capacidad de resistencia [5]. Varios estudios longitudinales y análisis sistemáticos, han demostrado que el estrés laboral está vinculado con enfermedades cardíacas, depresión y trastornos musculoesqueléticos; por otra parte, existen evidencias consistentes de que las altas exigencias en el trabajo, el bajo control y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, son factores de riesgo para los problemas de salud física y mental [6,7] que produce un incremento del gasto público en sanidad, notablemente, en el ámbito administrativo.

La realidad económica mundial muestra cambios político-sociales que han llevado a la adaptación de los puestos de trabajo, disminuyendo la calidad de las condiciones y bajas remuneraciones [8]. El ambiente organizacional en los centros de salud, es impositivo, inflexible, falta de reconocimiento y lleno de normas incuestionables, donde la competencia es una característica que menoscaba las relaciones establecidas entre los colegas, llevando a la desvalorización, la desmotivación del grupo de trabajo y desintegración profesional, con un marcado desgaste intrínseco [9].

2 Objetivos

Se establecen como objetivos de esta investigación, los siguientes:

1. Establecer la posible relación entre desgaste físico y actividad administrativa (secretarial).
2. Establecer la posible relación entre desgaste emocional y actividad administrativa (secretarial).

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran “trabajo administrativo”, “desgaste-físico” y “desgaste-emocional” ubicados, fundamentalmente, en el título del artículo, y que

correspondieran efectiva y exclusivamente, a alguna área del trabajo que desempeñara el personal administrativo (secretariado) en el centro de salud. La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Web of Science, MEDLINE, PubMed y SciELO.

Palabras claves: desgaste físico, desgaste emocional, personal administrativo, centros de salud.

4 Resultados

La mayoría de los adultos, pasan en el trabajo gran parte del tiempo que permanecen despiertos. El trabajo proporciona beneficios económicos y de otros tipos. A la vez, cuando las personas están trabajando, se enfrentan a riesgos causados por agentes químicos, biológicos o físicos, y a situaciones ergonómicas adversas: alérgenos, una red compleja de riesgos de seguridad y distintos factores psicosociales”[10]. El entorno y naturaleza del trabajo tienen una influencia importante en la salud [1].

La importancia de los aspectos psicológicos del trabajo, como tema de investigación, ha ido creciendo desde la década del cincuenta [11]. La investigación en este ámbito, adquirió un mayor impulso con la aparición de la investigación psicosocial del entorno de trabajo, y la psicología del trabajo en la década de los sesenta [12], momento en que el enfoque dejó de centrarse en una perspectiva individual, para dedicarse al efecto de aspectos concretos del entorno sobre la salud, tanto física, como emocional [13].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido los riesgos psicosociales como las interacciones entre el contenido, la gestión y la organización del trabajo, junto con otras condiciones ambientales y organizativas, por un lado, y competencias y necesidades de los trabajadores, por otro. En ese sentido, se refiere a las interacciones que han demostrado que ejercen una influencia negativa en la salud de los trabajadores, a través de sus percepciones y experiencia.

Una definición más sencilla de los riesgos psicosociales podría ser la siguiente: son los aspectos del diseño y gestión del trabajo, así como sus contextos sociales y organizativos, que tienen potencial para causar daños psicológicos o físicos [13]. En la literatura, sobre la naturaleza de los riesgos psicosociales, existe un consenso razonable, pero se debe destacar, que las nuevas formas de trabajo generan nuevos riesgos, que aún no han sido publicados [12,13].

En Europa, y otros lugares, existen varios modelos para evaluar los riesgos asociados a los peligros psicosociales (llamados riesgos psicosociales) así, como el efecto que tienen sobre la salud, la seguridad de los trabajadores, y la salud de

las organizaciones.

Por otro lado, el síndrome de “estar quemado” también ha ganado protagonismo, a causa de la exposición a un entorno psicosocial deficiente y el consiguiente estrés laboral. En la literatura, el síndrome de “estar quemado” se define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la implicación, durante largos períodos de tiempo, en situaciones laborales que son emocionalmente exigentes [14].

Se reconoce claramente que los riesgos psicosociales, el estrés, la violencia y el acoso relacionados con el trabajo son retos importantes para la salud y seguridad, en el trabajo administrativo [2].

A pesar de todo lo mencionado, se describen características que contribuyen a optimizar las condiciones de trabajo, tales como: el compromiso, el acceso a la información, el apoyo, la posibilidad de recursos y oportunidades; teniendo un impacto positivo en el clima de seguridad, y grado de cohesión de los profesionales dedicados a la actividad administrativa en los centros de salud [15].

5 Discusión-Conclusión

A continuación mencionamos las siguientes conclusiones:

- 1) Existen evidencias científicas sustanciales para indicar que existe una relación clara entre riesgos psicosociales (desgaste emocional) y consecuencias sobre la salud física, mental y social de las personas; esto se ha convertido en una preocupación sanitaria pública clave, dada su clara implicación para la sociedad en general.
- 2) La carga laboral, junto con cortos lapsos de entrega de resultados, en el ambiente de trabajo administrativo, generan situaciones que contribuyen al desgaste físico (estrés).
- 3) Sin condiciones de trabajo adecuadas, sin cuidar la ergonomía, y la calidad armoniosa en el ambiente laboral administrativo, da paso a una notable desmejora emocional (desgaste emocional).

6 Bibliografía

1. Marmot, M., & Wilkinson, R.G. (Eds.) (2006). Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press.
2. EU-OSHA (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the Eu-

ropeanCommunitites.

3. Kompier, M.A.J. (2006). New systems of workorganization and workers' health. *ScandinavianJournal of WorkEnvironment&Health*, 32(6, specialissue), 421-430.
4. NIOSH (2002). Thechangingorganization of work and the safety and health of workingpeople: Knowledge gaps and researchdirections. NIOSH (Vol. 2002-116): DHHS (NIOSH).
5. WHO (2003). Authoredby S. Leka, A. Griffiths, & T. Cox, *WorkOrganization and Stress. ProtectingWorkers' Health Series*, No. 3. Geneva: WorldHealthOrga-nization.
6. Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., &Vahtera J. (2006).Work stress in theaetiology of coronaryheartdisease – a meta-analysis. *ScandinavianJournal of WorkEnvironment&Health*, 32(6), 431-442.
7. Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J., Danese, A., Poulton, R., &Moffitt, T.E. (2007). WorkStress precipitatesdepression and anxiety in young, workingwomen and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119-1129.
8. De Mattia A, Andres V. (2004). A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. *RevBrasEnferm.*, 57(4):453-8.
9. Monteiro B, Furtado F, Braga F, Soares C.(2006). Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto contexto-enferm.*, 15(3):442-8.
10. Concha-Barrientos, M., Imel, N.D., Driscoll, T., Steenland, N.K., Punnett, L., Fingerhut, M.A., Prüss-Üstün, A., Leigh, J., Tak, S.W., Corvalán, C. (2004). Selecte-doccupationalRiskfactors. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers& C.J.L. Murray (Eds.), *ComparativeQuantification of HealthRisks*. Geneva: WorldHealthOrgani-zation.
11. Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1996). Dialecticbetween conceptual and causal enquiry in Psychosocialwork-environmentresearch. *Journal of Occupational-HealthPsychology*, 1 (4), 362-374.
12. Johnson, J., Steward, W., Hall, E., Fredlund, P., &Theorell, T. (1996). Long-termpsychosocialworkenvironment and cardiovascular mortalitya-mongSwedishmen. *American Journal of PublicHealth*, 86, 324-331.

13. Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on work related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
14. Schaufeli, W.B., & Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and Health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
15. Mark B, Hughes L, Belyea M, Chang Y, Hofmann D, Jones C, et al. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *J Safety Res.*, 38(4): 431-46.

Capítulo 596

MANTENIMIENTO DE LA CALEFACCIÓN EN EL ÁREA DE FARMACIA

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

1 Introducción

El mantenimiento de la calefacción en el área de farmacia hospitalaria es crucial para garantizar un ambiente adecuado para el almacenamiento de medicamentos y productos sensibles a la temperatura. Esto implica varios pasos clave:

Inspección periódica: Realizar inspecciones regulares de los sistemas de calefacción para identificar posibles problemas, como fugas de gas, bloqueos en los radiadores o problemas eléctricos. Esto debe llevarse a cabo al menos una vez al año.

Limpieza y purga: Limpiar y purgar los radiadores y conductos de calefacción para eliminar cualquier acumulación de suciedad o aire atrapado que pueda afectar la eficiencia del sistema.

Calibración de termostatos: Verificar que los termostatos estén calibrados correctamente para mantener una temperatura constante en el área de farmacia. Esto es especialmente importante para garantizar que los medicamentos se almacenen a la temperatura adecuada.

Reparaciones oportunas: Si se detecta cualquier problema durante las inspecciones, realizar reparaciones de inmediato para evitar que el sistema de calefacción falle en momentos críticos.

Actualizaciones de eficiencia: Considerar la posibilidad de realizar actualizaciones en el sistema de calefacción para mejorar su eficiencia energética y reducir costos a largo plazo.

Capacitación del personal: Asegurarse de que el personal de farmacia esté capacitado para comprender cómo funciona el sistema de calefacción y qué hacer en caso de problemas o emergencias.

Documentación: Mantener registros detallados de las inspecciones, reparaciones y mantenimiento realizado en el sistema de calefacción, lo que facilitará el seguimiento y la planificación futura.

Un mantenimiento adecuado de la calefacción en el área de farmacia hospitalaria garantiza un entorno seguro y controlado para el almacenamiento de medicamentos y productos sensibles a la temperatura, lo que es esencial para la atención de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las funciones del calefactor en el mantenimiento de la calefacción en el área de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El calefactor desempeña un papel crucial en el mantenimiento de la calefacción en el área de farmacia de un hospital. A continuación, se detallan las funciones clave de este componente en el sistema de calefacción:

Generación de calor: El calefactor es el elemento encargado de generar el calor necesario para elevar la temperatura del área de farmacia. Utiliza una fuente de

energía, como electricidad, gas o vapor, para producir calor de manera eficiente. Distribución del calor: Una vez que el calefactor genera calor, se encarga de distribuirlo de manera uniforme por todo el espacio de la farmacia. Esto se logra a través de conductos de aire caliente, radiadores o sistemas de calefacción por suelo radiante, según el diseño del sistema.

Control de la temperatura: El calefactor está equipado con dispositivos de control de temperatura, como termostatos, que monitorean y regulan constantemente la temperatura del área de farmacia. Esto asegura que se mantenga dentro de los rangos específicos requeridos para el almacenamiento de medicamentos y productos sensibles a la temperatura.

Mantenimiento de la eficiencia energética: Los calefactores modernos están diseñados para ser eficientes desde el punto de vista energético. Controlan cuidadosamente la cantidad de calor producido para evitar el desperdicio de energía, lo que puede resultar en ahorros significativos en costos operativos a largo plazo.

Diagnóstico de problemas: Los calefactores suelen estar equipados con sistemas de diagnóstico que pueden identificar problemas potenciales en el funcionamiento del sistema de calefacción. Esto ayuda a prevenir fallos inesperados y permite la programación de mantenimiento preventivo.

Integración con sistemas de automatización: En hospitales modernos, los sistemas de calefacción, incluidos los calefactores, pueden estar integrados en sistemas de automatización de edificios. Esto permite un control más preciso y una supervisión remota de la temperatura y el funcionamiento del sistema.

Cumplimiento de regulaciones: Los calefactores deben cumplir con las regulaciones y normativas de seguridad y eficiencia energética. Es responsabilidad del personal de mantenimiento asegurarse de que los calefactores cumplan con estos estándares y, si es necesario, realizar actualizaciones o reemplazos.

Mantenimiento preventivo: Los calefactores requieren un mantenimiento preventivo regular para garantizar un funcionamiento óptimo. Esto puede incluir la limpieza de componentes, la lubricación de partes móviles y la verificación de conexiones eléctricas.

Para asegurar un óptimo funcionamiento y mantener las condiciones adecuadas de temperatura en el área de farmacia hospitalaria, es esencial seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es fundamental establecer un programa de mantenimiento preventivo regular para los calefactores y el sistema de calefacción en general. Esto implica inspeccionar y limpiar los componentes periódicamente, verificar conexiones eléctricas y realizar pruebas de funcionamiento. Un mantenimiento preventivo constante ayuda a prevenir fallas inesperadas y a mantener la eficiencia

energética.

En segundo lugar, se debe monitorear de cerca la temperatura y la humedad en el área de farmacia utilizando sistemas de control y alarmas. Esto permitirá detectar cualquier desviación de las condiciones óptimas de almacenamiento y tomar medidas correctivas de manera inmediata para proteger los medicamentos y productos sensibles.

Además, se recomienda capacitar al personal de mantenimiento en el manejo adecuado de los calefactores y el sistema de calefacción. Esto incluye el conocimiento de cómo ajustar y calibrar los termostatos, así como la identificación temprana de posibles problemas.

Por último, se debe considerar la posibilidad de invertir en calefactores modernos y eficientes desde el punto de vista energético, ya que pueden ofrecer un mejor control de temperatura y un menor consumo de energía, lo que se traduce en ahorros a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El calefactor desempeña un papel esencial en el sistema de calefacción del área de farmacia de un hospital al generar, distribuir y controlar el calor necesario para mantener las condiciones adecuadas de temperatura y humedad. Un mantenimiento adecuado de estos componentes es esencial para garantizar el almacenamiento seguro de medicamentos y productos sensibles a la temperatura, así como para cumplir con las regulaciones y estándares de eficiencia energética.

6 Bibliografía

1. DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 597

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN Y ALARMAS EN EL SISTEMA DE CALEFACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

1 Introducción

Los sistemas de monitorización y alarmas son componentes críticos en el sistema de calefacción de atención primaria, ya que permiten un control eficiente y la detección temprana de posibles problemas. Estos sistemas se componen de sensores, dispositivos de medición y alarmas que trabajan en conjunto para mantener una temperatura óptima y alertar sobre situaciones anómalas.

En primer lugar, los sensores de temperatura están estratégicamente ubicados en diferentes áreas de la instalación de atención primaria. Estos sensores monitorean constantemente la temperatura ambiente y transmiten datos al sistema de control central.

El sistema de control central procesa la información recibida de los sensores y ajusta la operación de la calefacción en consecuencia. Por ejemplo, si la temper-

atura cae por debajo de un umbral predefinido, el sistema aumentará la potencia de calefacción para restaurar las condiciones adecuadas.

Las alarmas son una parte esencial de este sistema y se activan cuando se detectan problemas críticos. Por ejemplo, una alarma podría dispararse en caso de un fallo en el suministro de combustible, un mal funcionamiento del equipo de calefacción o una temperatura extrema que esté fuera de los límites seguros.

La monitorización y las alarmas permiten a los encargados de mantenimiento y al personal de atención primaria recibir notificaciones inmediatas cuando ocurren problemas. Esto facilita una respuesta rápida y eficiente para evitar interrupciones en el servicio de calefacción y garantizar un entorno cómodo y seguro para los pacientes y el personal.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del calefactor respecto a los sistemas de monitorización y alarmas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 sistemas de monitorización y alarmas desempeñan un papel fundamental en la operación y el mantenimiento eficiente del sistema de calefacción de atención primaria en un hospital u otro centro de atención médica. Los calefactores son responsables de garantizar que estos sistemas funcionen de manera efectiva y proporcionen un entorno cálido y seguro para los pacientes y el personal.

Mantenimiento Preventivo: Una de las funciones clave del calefactor es llevar a cabo un mantenimiento preventivo regular en los componentes del sistema de calefacción, como calderas, radiadores y conductos. Esto incluye la limpieza de

los conductos de aire y la inspección de las conexiones eléctricas para garantizar que no haya problemas que puedan afectar el rendimiento del sistema.

Calibración de Sensores: Los sistemas de monitorización y alarmas dependen de sensores precisos para recopilar datos de temperatura y otros parámetros relevantes. Los calefactores son responsables de calibrar y mantener estos sensores para garantizar mediciones precisas. Si un sensor está descalibrado, podría generar lecturas incorrectas y activar alarmas falsas.

Supervisión de Temperatura: Los calefactores monitorean constantemente la temperatura ambiente y ajustan la potencia de calefacción según sea necesario para mantenerla dentro de los rangos predefinidos. Si la temperatura desciende por debajo de un umbral establecido, el calefactor aumentará la potencia de calefacción para corregirlo.

Revisión de Alarmas: Los sistemas de alarma pueden dispararse por diversas razones, desde fallos en el suministro de combustible hasta problemas con el equipo de calefacción. Los calefactores deben revisar y responder a estas alarmas de manera oportuna. Esto puede incluir la activación de procedimientos de seguridad, como la interrupción del suministro de gas en caso de una alarma grave.

Registro de Datos: Los calefactores también pueden desempeñar un papel en la recopilación de datos relacionados con la operación del sistema de calefacción. Esto puede incluir registros de temperatura, ciclos de funcionamiento y otras métricas importantes que son útiles para el análisis y el mantenimiento futuro.

Capacitación y Educación: Los calefactores pueden proporcionar capacitación y educación al personal de mantenimiento y operaciones sobre cómo utilizar adecuadamente el sistema de monitorización y alarmas. Esto garantiza que el personal esté preparado para responder de manera efectiva a situaciones de emergencia y utilizar las herramientas disponibles para solucionar problemas.

5 Discusión-Conclusión

Un buen mantenimiento de los sistemas de monitorización y alarmas en el sistema de calefacción de atención primaria requiere una combinación de programación, capacitación, documentación y una cultura de seguridad sólida.

Los calefactores desempeñan un papel crítico en el mantenimiento y la operación eficiente de los sistemas de monitorización y alarmas en el sistema de calefacción de atención primaria. Su trabajo asegura que los pacientes y el personal puedan

disfrutar de un entorno cálido y seguro, mientras que los sistemas de seguridad están alerta para abordar cualquier problema potencial.

6 Bibliografía

1. DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 598

UNA REALIDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO: PACIENTES CON RASGOS AGRESIVOS Y SU RELACIÓN “NO AFECTIVA” CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ

ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA

1 Introducción

Al mencionar la agresividad, en el contexto clínico, se hace referencia al comportamiento (conducta) del paciente que la desarrolla. Ha llegado a describirse como una actitud enérgica que se expresa de una manera física y verbal, que sigue un patrón funcional de respuestas que comprenden el denominado ciclo de la agresión, con las fases de desencadenamiento, ascenso, crisis, recuperación y depresión [1].

La fase de desencadenamiento es provocada por un suceso que da lugar al estrés, con sus respuestas características: ira, miedo y/o ansiedad. La persona busca medidas de afrontamiento para resolver el conflicto, en su mayoría lo consiguen,

sin embargo, cuando hay tendencias a la agresión, estas medidas disminuyen a la vez que aumentan las respuestas agresivas [2].

En la fase de ascenso los intentos de lograr el control a través de conductas agresivas son ineficaces, incrementando, paralelamente, el nivel de ira. Es fundamental la actuación en esta fase para evitar la violencia[3].

Cuando aparecen conductas agresivas, descontrol, insultos, gritos, se producen daños físicos y materiales, nos encontramos en la llamada fase de crisis. Las personas son incapaces de atender a razones, seguir directrices o realizar ejercicios mentales. Este descontrol, es debido a su obediencia a las respuestas emocionales de cada uno, olvidándose de todo estímulo externo. En esta etapa lo mejor es proteger al individuo y a las personas de su entorno para que no sufran lesiones físicas [4].

La fase de recuperación es la bajada que se produce tras la explosión emocional. La persona se calma y vuelve a retomar los actos y las respuestas emocionales normales. La intervención en esta etapa comprende, la valoración de las lesiones o traumatismos, establecimiento en un entorno seguro, posibilidad de recuperación [5].

Posteriormente, aparece la llamada postcrisis, o fase de depresión, periodo de auto culpabilidad y de reconciliación con los demás, los agresores son conscientes de su agresión y se sienten mal por ello [4,5]. Con el tiempo, el suceso se va olvidando, volviendo a la normalidad, hasta que se desencadena un nuevo episodio repitiéndose el ciclo una y otra vez [6].

2 Objetivos

Entre los objetivos de esta investigación presentamos:

1. Definir los posibles patrones característicos de pacientes agresivos en el ámbito sanitario.
2. Establecer posibles mecanismos de acción ante una situación de “no afectividad” entre paciente con rasgos agresivos y personal de enfermería.

3 Metodología

Palabras claves: paciente agresivo, personal de enfermería, centros de salud.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran “paciente agresivo”, “personal de enfermería” y “centro de salud” ubicados, fundamentalmente, en el título del artículo, y que correspondieran efec-

tiva y exclusivamente, a alguna área del trabajo que desempeñara el personal de enfermería en el centro de salud. La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Web of Science, MEDLINE, PubMed y SciELO.

Respecto al tipo de investigación, se consideró un estudio documental, por cuanto el trabajo se basó en trabajos de investigación sobre las categorías de análisis, lo cual permite extraer conclusiones esenciales sobre el comportamiento del fenómeno en estudio. Se plantea que el análisis documental, de origen a un nuevo esquema de conocimiento [7].

El estudio presenta un diseño documental, en tanto el análisis se realiza sobre la base de la recopilación, reflexión e interpretación de documentos de índole de posibles patrones característicos de pacientes agresivos en el ámbito sanitario y posibles mecanismos de acción, concernientes a la esfera de la temática en estudio. Este diseño documental se apoya en la ejecución de un conjunto de pasos enfocados a analizar las documentaciones, de manera que puedan extraerse conclusiones científicas sobre la temática de interés [8].

Igualmente, se consideró un estudio con diseño no experimental, en tanto el objeto de estudio se centró en una descripción y análisis de la documentación, sin realizar experimentación alguna. En este sentido, se asevera que en este tipo de diseño se observan situaciones ya existentes sin manipular intencionalmente el fenómeno de estudio exclusivamente observando tal y como se presenta en el contexto real. Para efectos del tratamiento de la información del estudio, se realizó un análisis documental [7,8].

4 Resultados

El rol del profesional en enfermería es crucial. El primer paso para controlar las actitudes agresivas, es valorar la probabilidad de que el paciente presente comportamientos inadecuados, que serán exteriorizados y vendrán manifestados generalmente por: irritación, pasear con agitación, verbalización de la ira, juramentos, hostilidad, desprecio, apretar los puños, observaciones insultantes, intimidación, comportamientos provocativos, sadismo, berrinches, violación de los derechos ajenos, encolerizarse, discutir, amenazas, agresión [4-6].

En este mismo orden de ideas, también hay pacientes que pueden adoptar una agresividad pasiva, que se caracterizará por: impaciencia, mal humor, frustración, tensión facial, pesimismo, fastidio, resentimiento, inquietud, quejas, amargura, rebeldía, cinismo, obstinación, ridiculizaciones, críticas [3].

Existen dos áreas fundamentales de intervención en el caso de pacientes agresivos: el enfermero y el paciente, nos enfocaremos en éste último, en el ámbito

de la “no afectividad”. De lo cual, derivarán las siguientes actividades:

- Disponer un ambiente de apoyo: personal del equipo de enfermería, debe mantenerse unido y con actitud firme ante cualquier situación de crisis. Se acepta el descontrol del paciente, siempre dentro de unos límites (agresiones verbales, movimientos físicos inofensivos).
- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros: habilitar un entorno seguro.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva: en todo momento el paciente tiene derecho a expresar sentimientos de enfado, pero no a imponérselo a los demás.
- Ayudar en la identificación factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de habilidades pasadas / presentes para enfrentarse a la crisis y su eficacia.
- Ayudar en la identificación de valores y habilidades personales para que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.

Circunscrito en esta dinámica de “no afectividad” el personal sanitario de enfermería deberá:

- Mantener una conducta coherente.
- Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente: llamar por su nombre al paciente, y a cualquier miembro de la familia. Dar explicación de lo que sucede en el entorno, en todo momento (retrasos, tardanza de pruebas), escucha activa no sólo con el oído sino con todo el cuerpo, utilizando el lenguaje no verbal.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad : mirar siempre a los ojos, inclinarse ligeramente como muestra de interés, dar tiempo al paciente para que responda, concentrarnos en el mensaje que queremos transmitir.
- Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste: detectar los signos y síntomas previos.
- Evitar daños físicos. Si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar armas peligrosas).
- Proporcionar salidas físicas a la expresión de enfado o tensión, consideradas “no afectivas” : facilitar espacio para que pueda llorar, golpear cojines, cantar, entre las más comunes.
- Establecer controles externos (sujeción física o manual, descansos y reclusión).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se menciona la agresividad, en el contexto clínico, que desarrolla la conducta del paciente de manera física y verbal. En este mismo orden de idea, se define patrones agresivos en el ámbito sanitario para establecer posibles mecanismos de acción ante una situación de “no afectividad” entre paciente con rasgos agresivos y personal de enfermería, podemos decir que:

1. Sí existe un manejo adecuado, entre pacientes bajo consideraciones de “agresivos” y un protocolo de acción que permite guardar la ética profesional del personal de enfermería, ante situaciones de “no afectividad”.
2. Los pacientes con comportamiento catalogado como agresivo, muestran un patrón característico y definido de conductas.
3. El personal sanitario de enfermería, ante situaciones “no afectivas” que muestran una marcada incompatibilidad con el paciente caracterizado como agresivo, debe ceñirse a un protocolo de acción, definido por profesionales del área de salud, en su respectivo caso.

6 Bibliografía

1. Isaacs, A. 1998. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
2. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. 2002. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: HarcourtBrace.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. 2001. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Madrid: HarcourtBrace.
4. McCloskey J, Bulechek G. 2000. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Madrid: HarcourtBrace.
5. Morrison M. 1999. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: HarcourtBrace.
6. Nanda. 2001. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: HarcourtBrace.
1. Isaacs, A. 1998. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.

2. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. 2002. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: HarcourtBrace.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. 2001. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Madrid: HarcourtBrace.
4. McCloskey J, Bulechek G. 2000. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Madrid: HarcourtBrace.
5. Morrison M. 1999. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: HarcourtBrace.
6. Nanda. 2001. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: HarcourtBrace.
1. Isaacs, A. 1998. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana.
2. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. 2002. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: HarcourtBrace.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. 2001. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Madrid: HarcourtBrace.
4. McCloskey J, Bulechek G. 2000. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Madrid: HarcourtBrace.
5. Morrison M. 1999. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: HarcourtBrace.
6. Nanda. 2001. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: HarcourtBrace.
7. Supo, José. (2020). Metodología de la Investigación científica: Ciencias de la salud y las ciencias sociales. Tercera edición. www.since.com.
8. Hernández-Sampieri, Roberto y Mendoza Torres, Christian Paulina. (2020). Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Sexta edición. México: Editorial McGraw Hill.

Capítulo 599

EL CELADOR Y SU LABOR EN EL SERVICIO DE ANIMALARIO

DALILA CATALÁN CORDERO

CRISTINA TORRES ASENSIO

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

En todas y cada una de las unidades de un hospital, encontramos a uno o varios celadores. Es decir, es un trabajador que forma parte importante en el sector de la asistencia sanitaria. El celador, como categoría profesional que presta servicios en centros hospitalarios, tiene unas funciones genéricas, pero en ciertos servicios, tiene otras específicas e incluso, únicas. Debe ser conocedor de las labores que va a realizar durante su jornada laboral. En algunos hospitales, que no en todos, existe el animalario, que es el servicio donde se encuentran los animales que están siendo objeto de investigaciones para el avance en la medicina o los que sirven de práctica en cirugía para perfeccionar las técnicas y poder realizarlas de una forma segura en los humanos. En este servicio, el celador también tiene una labor importante.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones de la categoría profesional de Celador, que realiza su labor en hospitales, en el servicio o unidad tan desconocido como lo es el Animalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

FUNCIONES EN EL ANIMALARIO

El celador debe familiarizarse con la ubicación de todas las especies de animales en el animalario y garantizar que se encuentren en sus áreas asignadas. En la mayoría de ocasiones, se encuentran en jaulas con suficiente espacio y el celador debe saber ubicarlas en las instalaciones.

Su responsabilidad abarca también proporcionar una alimentación apropiada a los animales, teniendo en cuenta sus necesidades específicas, edad y salud, y velar porque disfruten de un entorno limpio y cómodo.

En caso de ser necesario para fines de investigación la cría de animales, el celador supervisa el proceso reproductivo, controla el número de crías y cuida tanto a los animales jóvenes como a los adultos. En situaciones contrarias, separa a las hembras de los machos para evitar una reproducción indeseada.

Del mismo modo, garantiza que los profesionales sanitarios y veterinarios puedan acceder al animalario sin impedimentos, facilitando así su labor.

Participa en tareas encomendadas por los veterinarios y el personal sanitario, como la preparación de los animales para pruebas o cirugías, y proporciona apoyo durante los procedimientos cuando se requiere contención.

Otra de sus funciones es la de mantener limpias las áreas donde residen los animales, eliminando los desechos y asegurando que las instalaciones cumplan con los estándares de higiene adecuados.

En caso de fallecimiento de un animal, el celador se encarga de retirar el cuerpo y prepararlo según lo requiera el proceso, ya sea para una autopsia, incineración o entierro, siguiendo las indicaciones correspondientes.

Si un animal escapa debido a un descuido, el celador se ocupa de capturarlo y devolverlo a su ubicación designada, siempre con las garantías de que el animal no sufra en ninguna actuación.

Aunque se brinde un cuidado adecuado y se les proporcione una vida digna, el

celador debe mantener una distancia emocional, ya que los animales son utilizados exclusivamente para propósitos de investigación, y desarrollar un apego emocional puede ser perjudicial.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el celador conozca tanto las funciones generales como las específicas al servicio en el que realiza su labor. En el caso del Animalario, no trata con pacientes, sino con animales que van a ser utilizados para la investigación o para perfeccionar técnicas quirúrgicas complicadas. Se ocupa tanto de su bienestar, alimentación y aseo (siempre siguiendo las pautas de veterinarios e investigadores), como de colaborar con los profesionales en su manejo.

Tiene que tener en cuenta que esos animales no son mascotas y que sus vidas ayudarán a avanzar tanto en medicina, como en técnicas quirúrgicas, que a posteriori se realizarán en humanos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 600

“ARMONÍA Y SALUD”: ASERTIVIDAD Y COHERENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (RRHH) Y LA SELECCIÓN DE PERSONAL

ANA BELÉN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

MARGO EMILIA LÓPEZ DÍAZ

MARIA DEL PILAR GUTIÉRREZ GARCÍA

1 Introducción

En un mundo laboral en constante evolución, la importancia de mantener la armonía y la salud en el departamento de Recursos Humanos (RRHH) se vuelve crucial. Uno de los pilares fundamentales para lograrlo es la asertividad, que implica la capacidad de expresar opiniones y tomar decisiones de manera firme, pero respetuosa. En este mismo orden de ideas, la selección de personal, implica la capacidad de los profesionales del departamento, para comunicar de manera efectiva los criterios de selección, expectativas de la empresa, y detalles del proceso a los candidatos [1].

La asertividad en RRHH no solo se traduce en una comunicación más efectiva entre los colaboradores, sino que también se refleja en un proceso de selección de personal más transparente y justo. La coherencia en las políticas de selección es esencial para construir una cultura organizacional sólida y saludable. Ser asertivos significa, tomar decisiones de selección basadas en criterios, objetivos

y comunicación; por lo cual, incluso, si se trata de rechazar a un candidato, esté bajo un manejo profesional [1,2].

En este contexto, es fundamental que el departamento de RRHH desarrolle estrategias que promuevan la asertividad y la coherencia en todas sus interacciones, desde la contratación, hasta la gestión de conflictos. Esto no solo garantiza un ambiente de trabajo armonioso, sino que también atrae y retiene a los talentos adecuados para la organización [3]. Actualmente, el proceso de globalización, se concreta en dinámicas enfocadas en, internacionalización de las economías, extensión de tecnologías y mayor competitividad entre las empresas. Así, la incorporación a la sociedad de la información, exige tanto la capacidad técnica de la empresa, como la actitud abierta a la incorporación de conocimientos y formación de sus recursos humanos [4,5].

De esta manera, la empresa se encuentra comprometida, a dar una respuesta efectiva y rápida al mercado, por la vía de potenciar aquellos aspectos que la sitúan en mejor posición, para así adaptarse a las necesidades de un entorno marcado por la diversidad y el cambio [6,7].

2 Objetivos

Entre los objetivos de esta investigación presentamos:

- Categorizar los parámetros que resultan asertivos, en la selección de personal.
- Especificar la implicación de la coherencia en la selección de personal.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran: recursos humanos, personal de selección, asertividad y coherencia. La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Web of Science, Medline, Pubmed y Scielo. Se seleccionaron los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

La asertividad y la coherencia son dos cualidades que definen el éxito de RRHH, en su misión de gestionar a las personas de manera efectiva. En un mundo laboral que valora cada vez más la equidad y la salud emocional de los empleados, estas cualidades son la base para un departamento de RRHH sólido y efectivo[2].

Al promover la asertividad, el departamento de RRHH fomenta un ambiente en el que los empleados se sienten escuchados y valorados. Esto, a su vez, mejora la moral y la productividad, lo que contribuye a la armonía en el lugar de trabajo [2,3].

Toda organización posee una identidad particular, constituidos por normas y principios de actuación, forjados a lo largo de su historia, que configuran su cultura organizativa, conectado con el tipo de administración llevado a cabo por sus líderes. Trabajo organizativo equilibrado, que debe ir paralelo a la incorporación de nuevos talentos [7,8].

La coherencia en la selección de personal, significa aplicar criterios uniformes y justos para la contratación y promoción de empleados. Esto evita la percepción de favoritismo, y garantiza que se elija a las personas más capacitadas para ocupar posiciones clave. La coherencia también es vital para evitar conflictos internos y mantener la credibilidad del departamento de RRHH [8].

Las exigencias del entorno, y la integración y cohesión interna de los componentes y aspectos organizativos, especialmente el factor humano, manifiesta el imperativo funcional como herramienta de gestión interna y de adaptación al entorno [9].

En la actualidad, las organizaciones se han convertido en los actores principales de casi todos los órdenes de la vida. Es difícil investigar cualquier aspecto de la realidad social, sin considerar la organización que está detrás, partidos políticos, sistema de salud, organizaciones sindicales y patronales, organizaciones religiosas, entre otros. El bienestar del individuo en la sociedad actual depende, cada vez más, de cómo funcionen las mismas. Por ello, para “integrar” de una manera acertada y equilibrada, un equipo organizativo, es importante, conocer las realidades del mismo, y su aporte al entorno social, para ser coherentes al momento de selección [10].

En resumen, la asertividad y la coherencia son dos valores fundamentales que deben guiar las acciones de RRHH. Al hacerlo, se contribuye a un ambiente laboral saludable y se sientan las bases para un equipo de trabajo motivado y productivo. Estos principios no solo son beneficiosos para los empleados, sino que también impulsan el éxito a largo plazo de la organización [9,10].

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se valorizan las condiciones de adaptabilidad que requiere un conocimiento profundo de la empresa, es decir, un análisis de los factores materiales, a saber, productos, procesos, clientes, competencia, innovación, como

también el de sus activos de competitividad más importantes, en la cultura organizacional. En este mismo orden de idea, se categoriza los parámetros que resultan asertivos, en la selección de personal y la coherencia en la selección de personal, podemos decir que:

1. El conocimiento de la estructura organizativa y la estructuración de un sólido departamento de selección, junto con el conocimiento del aporte social de la empresa, permitirá una selección más asertiva de los nuevos recursos humanos.
2. La coherencia en la selección de personal, vendrá determinada de acuerdo a los factores internos de la organización y si conexión en el contexto social.

6 Bibliografía

1. Álvarez de mon, S. (1997): "Liderazgo transformador", Harvard Deusto Business Review, n.º 77, 1997, pp.49-57.
2. Cabrera, M.K. (1998): Factores determinantes del éxito y fracaso del proceso de sucesión en la empresa familiar. Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
3. Cabrera, E. F.; Bonache, J. (1999): "Anexpert HR systemforaligningOrganizational culture and strategy", Human ResourcePlanning, vol. 22, n.º 1, pp.51- 60.
4. Fernández, Z.; Suárez, I. (1996): "La estrategia de la empresa desde una perspectiva basada en los recursos", Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, vol.5, n.º 3, pp.73-92.
5. Cepeda, G. (2006): "La calidad en los métodos de investigación cualitativa: Principios de aplicación práctica para estudios de casos", Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, vol.29, pp.57-82.
6. Sabater, R.; Ruiz, J.; Carrasco, A.J. (2003): "Caracterización de la cultura organizativa en la empresa familiar", WorkingPaper, Departamento de economía de la Empresa. Universidad de Murcia.
7. Jiménez, A. (1979): Antopología cultural: una aproximación hacia la ciencia de la Educación, Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.
8. Jiménez, D.; Martínez, M. (2009): "The performance effect of HRM and TQM: A study in spanishorganizations", InternationaJournal of Operations&ProductionManagement, vol. 29, pp.1266-1289.
9. Lahera, A. (2004): "La participación de los trabajadores en la calidad total: nuevos dispositivos disciplinarios de organización del trabajo". Revista Española Investigaciones Sociológicas, n.º 106, pp.63-101.

10. Zapata, L. E. (2004): Los determinantes de la generación y la transferencia del conocimiento en pequeñas y medianas empresas del sector de tecnologías de información de Barcelona, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Capítulo 601

EL CELADOR EN PLANTA DE PSIQUATRÍA: FASES DE LA CURVA DE HOSTILIDAD.

DALILA CATALÁN CORDERO

CRISTINA TORRES ASENSIO

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

El papel del celador en una planta de psiquiatría es esencial para garantizar un entorno seguro y el bienestar de los pacientes. Su labor incluye la supervisión constante de los pacientes, la prevención de situaciones de riesgo y la colaboración con el equipo de salud mental.

El celador debe ser empático y comprensivo, brindando apoyo emocional a los pacientes en momentos difíciles.

Además, contribuye a mantener un ambiente ordenado y limpio en la planta, lo que es crucial para la recuperación de los pacientes. Asiste en la distribución de alimentos y medicamentos, y ayuda en la movilización de pacientes cuando sea necesario.

En situaciones de crisis o agitación, el celador trabaja en conjunto con el personal de salud mental para calmar a los pacientes y garantizar la seguridad de todos. La comunicación efectiva y la observación constante son habilidades esenciales en este rol. En resumen, el celador en una planta de psiquiatría desempeña una

función fundamental en la atención integral de los pacientes y en la creación de un entorno terapéutico.

La Curva de la Hostilidad es un concepto que se utiliza para describir las diferentes etapas que pueden experimentar las personas cuando se enfrentan a situaciones de conflicto o agresión y de las que el celador debería ser conocedor.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer a los celadores la curva de la hostilidad en pacientes psiquiátricos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las fases de la curva de la hostilidad son:

- Fase de calma: En esta etapa inicial, no hay signos evidentes de hostilidad. El celador puede llevar a cabo sus tareas rutinarias sin problemas ni tensiones. Sin embargo, es importante que esté atento a posibles señales de agitación o malestar en los pacientes o visitantes.
- Fase de tensión: En esta fase, pueden surgir indicios de tensión o agitación en el entorno hospitalario. Los pacientes pueden mostrar señales de malestar emocional o comportamiento inquieto. El celador debe estar alerta a estos signos y comunicarlos al personal de salud mental para que se tomen las medidas adecuadas.
- Fase de agresión latente: En esta etapa, la hostilidad puede aumentar, aunque aún no se manifieste de manera abierta. Los pacientes pueden volverse más beligerantes o agresivos verbalmente. El celador debe mantener la calma, evitar

confrontaciones innecesarias y notificar al equipo de salud mental si la situación empeora.

Fase de agresión activa: Aquí es donde la hostilidad se manifiesta de manera abierta y potencialmente peligrosa. Los pacientes pueden volverse violentos o agresivos físicamente. En esta fase, el celador debe priorizar la seguridad, la suya propia y la de los demás. Debe seguir los protocolos de contención y seguridad establecidos, como solicitar ayuda al personal de seguridad o a otros profesionales de la salud.

Fase de agotamiento: Después de una crisis de hostilidad, los individuos suelen experimentar agotamiento emocional y físico. El celador puede ayudar a calmar la situación, brindando apoyo emocional y colaborando en la estabilización de la persona afectada.

Este trabajo puede afectar al trabajador tanto en su forma física como en su salud mental, con lo cual, es imprescindible su preparación y su correcta intervención con y hacia estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el celador reciba formación adecuada en la gestión de situaciones potencialmente hostiles, incluyendo técnicas de contención no violenta. Además, debe ser capaz de reconocer las señales tempranas de tensión y agresión, y actuar de manera profesional y segura en cada etapa de la Curva de la Hostilidad para garantizar la seguridad de todos los involucrados en el entorno hospitalario. La comunicación efectiva con el equipo de salud mental también desempeña un papel fundamental en la gestión de estas situaciones. Su formación dependerá, en gran medida, de la buena actuación con estos pacientes antes, durante y después de una crisis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 602

EL CELADOR EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: TIPOS DE CONTENCIÓN

DALILA CATALÁN CORDERO

CRISTINA TORRES ASENSIO

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La función del celador en una planta de psiquiatría es esencial para mantener un ambiente seguro y de apoyo para los pacientes que requieren atención en salud mental.

Es responsable de supervisar y asistir a los pacientes en su día a día, contribuyendo a su bienestar general, colaborando con los profesionales sanitarios. Interactúa con los pacientes en la distribución de comidas, medicamentos y en su movilización de según sea necesario.

Además, mantiene la planta ordenada y limpia, lo que es crucial para el proceso terapéutico.

En situaciones de crisis o agitación, el celador debe estar preparado para ayudar en la contención o reducción de un paciente, siguiendo las indicaciones del personal de salud mental.

Es importante que el celador sea empático, comprensivo y capaz de brindar apoyo emocional a los pacientes, especialmente en momentos difíciles.

Una planta de hospitalización psiquiátrica es un lugar de trabajo en el que cualquier error en la comunicación con el paciente, puede llevarle a un nivel extremo de agitación e incluso violencia y agresividad.

El celador debe conocer las medidas de contención y las formas de llevarlas a cabo de una forma segura, tanto para el paciente como para sus compañeros y para él mismo.

2 Objetivos

- Enumerar y explicar brevemente los tipos de medidas de contención a utilizar con pacientes psiquiátricos alterados o agresivos, y de las cuales el celador debe ser conocedor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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. Contención Verbal:

La contención verbal implica el uso de la comunicación para calmar al paciente. El celador puede ayudar proporcionando apoyo emocional y distrayendo al paciente en momentos de agitación. Esto puede ayudar a reducir la necesidad de medidas físicas de restricción.

Debe utilizar un tono de voz intermedio, nunca elevarlo, dar a entender al paciente que se está intentando llegar a un estado de tranquilidad en bien de todos y que su seguridad e integridad es lo más importante en ese momento.

Nunca debe utilizar expresiones o gestos corporales que puedan entenderse como amenaza.

La escucha activa es una herramienta muy necesaria, así como la empatía y el respeto al paciente psiquiátrico, no llegando nunca a parecer condescendiente o haciendo sentirse al enfermo infravalorado.

La efectividad en este tipo de contención, puede llevar al paciente a la calma, sin tener que llegar a utilizar los tipos de contención siguientes, que son más físicos.

2. Contención Física No Mecánica:

En algunas ocasiones, es necesario utilizar la fuerza física para controlar a un paciente. El celador puede colaborar en esta tarea siguiendo las instrucciones del personal de salud mental y garantizando la seguridad del paciente y del personal.

3. Uso de Dispositivos Mecánicos:

En casos extremos, se pueden emplear dispositivos mecánicos, como correas de sujeción, para evitar que el paciente se autolesione o lesione a otros. El celador puede ser responsable de asegurar que estos dispositivos se utilicen adecuadamente y con respeto a la dignidad del paciente.

4. Colaboración con el Personal de Salud Mental:

El celador debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de salud mental, siguiendo sus instrucciones y comunicando cualquier cambio en el comportamiento del paciente. También es fundamental documentar adecuadamente cualquier intervención de reducción.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que la reducción de un paciente psiquiátrico debe ser un último recurso y se debe aplicar de manera segura, ética y con el objetivo de proteger al paciente y a otros.

El celador desempeña un papel de apoyo en estas situaciones, siguiendo las pautas y protocolos establecidos por el equipo de salud mental y garantizando un enfoque centrado en la seguridad y la atención compasiva.

La formación adecuada y la capacidad de mantener la calma son habilidades cruciales para el celador en estas situaciones desafiantes.

La dignidad y el respeto por y al paciente, son cruciales en el trato con él.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>
2. Tema 25. Actuación del Celador con el Paciente Psiquiátrico. Ocronos. Vol. III. Nº 7– Noviembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III; nº7:38. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-medidas-contencion-paciente-agresivo/>.

Capítulo 603

LA IMPORTANCIA DEL USO DE GUANTES EN INSTITUCIONES DE SALUD: PREVENCIÓN DE RIESGOS

ANA BELÉN PÉREZ GALLEGO

MERCEDES OLOJO

ANA DIAZ

CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO

ANDREA POMBO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El uso de guantes en el entorno sanitario es fundamental para la prevención de riesgos. Estos dispositivos actúan como una barrera esencial que protege tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. En primer lugar, los guantes son vitales para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Al proporcionar una barrera física, reducen significativamente la probabilidad de infecciones nosocomiales durante procedimientos médicos invasivos.

Además, los guantes también protegen a los trabajadores de la salud de riesgos como la exposición a agentes patógenos y productos químicos peligrosos. Sin embargo, es crucial destacar que el uso adecuado de guantes es esencial. Esto implica seguir pautas de higiene y protocolos de seguridad, seleccionar el tipo de

guante adecuado y asegurarse de que se coloquen y retiren de manera apropiada para evitar la contaminación.

Los guantes también respetan la privacidad y la dignidad de los pacientes al proporcionar una sensación de seguridad y comodidad durante procedimientos que involucran contacto físico. Esto es especialmente importante cuando se trata de pacientes con enfermedades transmisibles. En el contexto actual, con preocupaciones sobre enfermedades infecciosas emergentes como la COVID-19, el uso adecuado de guantes se ha vuelto aún más crucial, ya que, junto con otras medidas preventivas, ayuda a reducir la propagación de enfermedades tanto en entornos clínicos como en la comunidad en general.

En resumen, los guantes son componentes esenciales en la prevención de riesgos en el entorno sanitario. Ofrecen protección contra infecciones, lesiones y la exposición a sustancias peligrosas, tanto para pacientes como para profesionales de la salud. Su uso adecuado, respaldado por la formación del personal y la adhesión a protocolos de seguridad, es fundamental para garantizar la seguridad y la calidad en la atención médica.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del uso de guantes en instituciones de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, se ha confirmado que los guantes desempeñan un papel fundamental en la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas en el ámbito sanitario. Proporcionan una barrera efectiva que reduce significativamente el riesgo de infecciones nosocomiales durante procedimientos médicos invasivos y minimiza la exposición a patógenos transmitidos por contacto directo. Esto es esencial para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud.

Los guantes, al actuar como una barrera física, impiden la transferencia de microorganismos patógenos que pueden estar presentes en superficies o fluidos corporales. Esta función se vuelve especialmente crítica en procedimientos quirúrgicos y en el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas. Al utilizar guantes adecuados y seguir protocolos de higiene, se reduce de manera significativa la probabilidad de infecciones cruzadas.

Además de su papel en la prevención de infecciones, los guantes son esenciales para proteger a los trabajadores de la salud de otros riesgos ocupacionales. Durante su labor, estos profesionales están expuestos a diversos peligros, como productos químicos potencialmente peligrosos. Los guantes actúan como una barrera protectora, reduciendo la posibilidad de lesiones por contacto con sustancias dañinas y minimizando la exposición a agentes tóxicos. De esta manera, no solo se salvaguarda la salud del personal médico, sino que también se previenen costosas bajas laborales y se garantiza la continuidad de la atención médica.

En tercer lugar, la revisión de la literatura también destacó la importancia de utilizar guantes de manera adecuada. El uso correcto de guantes implica seguir protocolos de higiene, elegir el tipo de guante adecuado para la tarea y asegurarse de que se coloquen y retiren de manera apropiada para evitar la contaminación. La capacitación del personal sanitario en estas prácticas es esencial para maximizar la efectividad de los guantes en la prevención de riesgos. La formación constante y la actualización sobre las mejores prácticas garantizan que el personal esté al tanto de las últimas recomendaciones y directrices en cuanto al uso de guantes. En última instancia, los resultados de esta investigación enfatizan que los guantes no solo son una herramienta de protección, sino también un componente esencial para preservar la privacidad y la dignidad de los pacientes. Durante procedimientos que requieren contacto físico, los guantes proporcionan una sensación de seguridad y comodidad, especialmente para aquellos pacientes con enfermedades transmisibles. Esto contribuye en gran medida a la confianza y la cooperación de los pacientes en su tratamiento médico, mejorando así la calidad de la atención. En resumen, la utilización adecuada de guantes en el entorno sanitario es fundamental para la prevención de riesgos y la promoción de la seguridad del paciente. Su función principal es reducir la transmisión de enfermedades infecciosas y proteger a los profesionales de la salud de riesgos ocupacionales. La promoción de buenas prácticas en el uso de guantes y la capacitación continua del personal son aspectos críticos para garantizar un entorno seguro y de alta calidad en la atención médica. La inversión en la formación y la concienciación sobre la importancia de este componente es vital para la mejora continua de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el uso de guantes en el ámbito sanitario es esencial para prevenir riesgos y salvaguardar tanto a los pacientes como al personal de salud. A través de nuestra investigación y análisis de diversas fuentes, hemos reafirmado la importancia crítica de los guantes en la atención médica, enfatizando su papel en la reducción de la propagación de infecciones y la mitigación de riesgos laborales. Asimismo, enfatizamos la importancia de utilizar guantes de manera adecuada. Esto no solo incluye la elección apropiada del tipo de guante según la tarea, sino también el cumplimiento de protocolos de higiene y una colocación y retirada adecuadas para evitar la contaminación. La formación continua del personal de salud en estas prácticas es esencial para garantizar la efectividad máxima de los guantes en la prevención de riesgos.

Por último, es fundamental destacar que los guantes no solo son una herramienta de protección, sino que también preservan la privacidad y la dignidad de los pacientes. Al proporcionar una sensación de seguridad y comodidad durante procedimientos que requieren contacto físico, los guantes contribuyen significativamente a fomentar la confianza y la cooperación de los pacientes, lo que mejora la calidad general de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Ocronos, R., & Ocronos, R. (2021). Utilización de guantes en el ámbito sanitario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica.
2. Mazón, L. (n.d.). Gestión de guantes sanitarios. Protección adecuada del profesional, coste-efectividad y responsabilidad ambiental.
3. Iberia, H. (2022). Prevención de riesgos laborales en hospitales. Haléco.

Capítulo 604

FUNCIONES DEL CELADOR CON LA PACIENTE EMBARAZADA.

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

1 Introducción

Cuando una paciente embarazada ingresa a un hospital para dar a luz, se inicia un proceso emocionante y crítico en la atención médica. El objetivo principal es garantizar un parto seguro para la madre y el bebé, además de brindar un ambiente de apoyo y comodidad. Durante su estancia en el hospital, la paciente embarazada se someterá a varias etapas.

El ingreso de una paciente embarazada para dar a luz es un momento especial y crucial en la atención médica. Se enfoca en proporcionar una atención segura, apoyo emocional y cuidados especializados para garantizar un parto saludable y una experiencia lo más positiva posible para la madre y el bebé.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador con la paciente embarazada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 celador en la atención a una paciente embarazada que ingresa al hospital para dar a luz es multifacético y de suma importancia para garantizar un proceso seguro y confortable. Aquí se describen las funciones clave que el celador desempeña en esta situación:

- Recepción y orientación: El celador recibe a la paciente embarazada y a su familia en la entrada del hospital, brindando orientación y apoyo desde el principio. Esto puede incluir proporcionar información sobre los procedimientos de admisión y acompañar a la paciente a la unidad de maternidad.
- Apoyo emocional: Durante el ingreso y el proceso de parto, el celador puede ofrecer apoyo emocional a la paciente y su familia. Este apoyo se manifiesta en escuchar sus preocupaciones, brindar palabras de aliento y tranquilizarlos en caso de ansiedad.
- Acompañamiento seguro: El celador puede asistir a la paciente en su traslado a la sala de parto, garantizando que se realice de manera segura y confortable. Además, asegura que la sala de parto esté preparada con los suministros y el equipo necesario.
- Colaboración con el personal de salud: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y los médicos, proporcionando apoyo logístico y ayudando en la movilización de la paciente durante el trabajo de parto. También se encarga de mantener la privacidad y la higiene en la sala de parto.

- **Suministros y logística:** Asegura que los suministros necesarios, como ropa de cama y equipo médico, estén disponibles y en buenas condiciones. Esto incluye la reposición de suministros cuando sea necesario.
- **Comunicación eficiente:** El celador puede actuar como un enlace de comunicación entre la paciente y el personal médico, transmitiendo información relevante y asegurándose de que se satisfagan las necesidades de la paciente.
- **Traslado seguro de madre e hijo:** Después del parto, el celador puede ayudar a trasladar a la madre y al recién nacido a la habitación posparto, garantizando la seguridad y el confort de ambos.
- **Educación y apoyo:** El celador puede brindar información y educación básica a la paciente sobre el cuidado del recién nacido y los procedimientos posparto. Además, fomenta un ambiente de apoyo emocional para la madre y su familia.

El celador desempeña un papel integral en la experiencia de una paciente embarazada que ingresa al hospital para dar a luz. Su función es proporcionar apoyo logístico, emocional y de orientación, contribuyendo al bienestar de la madre y el bebé durante este momento especial.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento de una mujer que acaba de dar a luz es brindar un ambiente de apoyo, comprensión y empatía. Después del parto, la madre puede experimentar una amplia gama de emociones y sentimientos. Escuchar activamente sus necesidades y preocupaciones, y ofrecer palabras de aliento, puede hacer una gran diferencia en su bienestar emocional. Proporcionar un ambiente de calma y tranquilidad, y respetar su privacidad, también es esencial. Además, el celador debe asegurarse de que la madre se sienta cómoda y segura en su habitación posparto, y estar dispuesto a brindar apoyo logístico, como ayudar con la movilización o facilitar las interacciones con el personal de salud. La atención compasiva y el cuidado respetuoso contribuyen significativamente a la recuperación de la madre después del parto y a la construcción de una experiencia positiva en este momento especial de su vida.

6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 605

EL CELADOR QUE DESEMPEÑA SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA HOSPITALARIA

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

1 Introducción

La alergología hospitalaria es una rama especializada de la medicina que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados que padecen enfermedades alérgicas o inmunológicas graves. Este campo aborda condiciones médicas como anafilaxia, urticaria, asma grave, enfermedades autoinmunes y otras afecciones que requieren atención especializada en el entorno hospitalario.

El objetivo de la alergología hospitalaria es proporcionar atención médica integral a pacientes con alergias graves o inmunodeficiencias, así como prevenir y tratar reacciones alérgicas potencialmente mortales. Los alergólogos hospitalarios colaboran estrechamente con otros especialistas, como internistas, pediatras, dermatólogos y neumólogos, para diagnosticar y tratar afecciones alérgicas complejas.

El manejo de las enfermedades alérgicas en un entorno hospitalario a menudo implica la administración de tratamientos específicos, como inmunoterapia, terapias biológicas o medicamentos inmunosupresores. Los pacientes con alergias graves pueden requerir monitorización constante de sus síntomas y signos vitales para garantizar su seguridad.

Además, la educación del paciente y la prevención de futuras reacciones alérgicas son componentes esenciales de la alergología hospitalaria. Los alergólogos trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para identificar alérgenos desencadenantes y brindar orientación sobre cómo evitarlos y manejar sus condiciones de manera efectiva.

La alergología hospitalaria es una especialidad médica que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades alérgicas e inmunológicas graves en pacientes hospitalizados. Su enfoque es esencial para abordar las necesidades médicas de pacientes con condiciones alérgicas complejas y proporcionar un cuidado integral en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en la consulta de alergología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el área de alergología hospitalaria, donde se atienden pacientes con condiciones alérgicas graves que requieren una atención especializada. Sus funciones son diversas y están diseñadas para garan-

tizar un entorno seguro y eficiente. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en esta área:

Recepción y orientación: El celador recibe a los pacientes que ingresan al área de alergología hospitalaria y los orienta, brindando información sobre la ubicación de las consultas, las salas de espera y las áreas de tratamiento. Esto contribuye a la comodidad y la tranquilidad de los pacientes.

Asistencia en la movilización: Ayuda a los pacientes a moverse dentro del área de alergología, especialmente si presentan limitaciones físicas. Esto puede incluir el traslado desde la sala de espera a la sala de consulta o la sala de tratamiento.

Mantenimiento del orden y limpieza: El celador se encarga de mantener las áreas de espera y las salas de tratamiento limpias y en orden. Esto incluye la reposición de suministros como toallas de papel, desinfectantes y material de limpieza.

Colaboración con el personal médico y de enfermería: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para ayudar en el manejo de pacientes durante procedimientos alergológicos. Puede proporcionar apoyo logístico, como preparar el equipo necesario o ayudar a los pacientes a posicionarse correctamente.

Transporte de pacientes: En algunos casos, el celador puede ser responsable de trasladar a los pacientes en camilla o silla de ruedas desde su habitación o sala de espera a las áreas de tratamiento o diagnóstico. Debe garantizar que el traslado se realice de manera segura y cómoda para el paciente.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes que pueden sentir ansiedad o temor debido a procedimientos médicos o diagnósticos. Mostrar empatía y proporcionar palabras de aliento es esencial para su bienestar.

Registro de información: El celador puede registrar información relevante en el expediente clínico del paciente, como la hora de llegada, el procedimiento alergológico realizado y otros detalles que puedan ser necesarios para el seguimiento del paciente.

El celador en el área de alergología hospitalaria desempeña un papel clave al brindar apoyo logístico, orientación, asistencia en la movilización y apoyo emocional a los pacientes que requieren atención especializada para sus condiciones alérgicas. Su colaboración con el personal médico y de enfermería garantiza un entorno eficiente y seguro para la atención alergológica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para un buen tratamiento del paciente en la planta de alergología hospitalaria es la paciencia y la empatía. Los pacientes que acuden a esta área a menudo enfrentan condiciones alérgicas graves que pueden generar ansiedad y temor. Escuchar sus preocupaciones, brindarles apoyo emocional y explicar los procedimientos de manera clara y comprensible puede aliviar su estrés y contribuir a un mejor resultado del tratamiento.

Además, es fundamental seguir estrictamente los protocolos de higiene y control de infecciones para garantizar la seguridad de los pacientes. El uso adecuado del equipo de protección personal y la desinfección regular del entorno son prácticas esenciales para prevenir infecciones cruzadas. La seguridad y el bienestar de los pacientes deben ser siempre la principal prioridad en el área de alergología hospitalaria, y un trato compasivo y cuidadoso es parte integral de ese proceso.

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 606

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE PRIMARIA

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

1 Introducción

El área de primaria hospitalaria se refiere a un servicio médico especializado que se brinda en un entorno hospitalario para pacientes que requieren atención médica primaria o atención médica de rutina durante su hospitalización. Esta área es esencial para garantizar que los pacientes reciban cuidados integrales y continuos mientras están ingresados en un hospital.

Las funciones en el área de primaria hospitalaria incluyen el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, la evaluación y el tratamiento de afecciones médicas de menor complejidad, la prescripción de medicamentos y la atención de problemas médicos comunes. Además, el personal médico de primaria hospitalaria puede brindar asesoramiento a los pacientes sobre su estado de salud y coordinar la atención con especialistas si es necesario.

Esta área juega un papel vital en la atención al paciente hospitalizado, ya que se encarga de garantizar que las necesidades médicas básicas se aborden de manera efectiva y que se mantenga una comunicación fluida entre los pacientes y el equipo de atención médica. En última instancia, el objetivo de la atención primaria hospitalaria es proporcionar un tratamiento integral y de la calidad para poder optimizar la recuperación y el bienestar de los pacientes durante la estancia en el hospital del hospital.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en el área de atención primaria hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El celador en el área de atención primaria desempeña un papel esencial para garantizar el funcionamiento eficiente y la atención de calidad en este entorno hospitalario. Sus funciones abarcan una variedad de tareas que contribuyen al bienestar de los pacientes y al correcto desarrollo de las operaciones médicas. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en el área de atención primaria:

Recepción y orientación: El celador recibe a los pacientes y visitantes en la entrada del área de atención primaria, brindando orientación sobre la ubicación de las consultas, salas de espera y servicios médicos. Esto ayuda a los pacientes a sentirse más cómodos y seguros en el entorno hospitalario.

Movilización de pacientes: Asiste a los pacientes en su movilización dentro del área, ayudándolos a trasladarse desde las áreas de espera a las consultas o salas

de tratamiento. Esto es especialmente importante para pacientes con movilidad reducida.

Apoyo al personal médico y de enfermería: Colabora estrechamente con el personal de salud para asistir en procedimientos y tratamientos médicos, como la toma de signos vitales, la preparación de material médico o el transporte de muestras de laboratorio.

Mantenimiento del entorno: Contribuye a mantener limpias y ordenadas las áreas de atención primaria, reposicionando suministros médicos y asegurando que las instalaciones estén en buenas condiciones para la atención de los pacientes.

Registro de información: Puede ser responsable de documentar información relevante en los expedientes clínicos de los pacientes, como la hora de llegada, observaciones o interacciones con el personal médico.

Atención al paciente: Brinda apoyo y asistencia a los pacientes, escuchando sus preocupaciones, ayudándolos a desplazarse por el área y proporcionando un trato amable y respetuoso que contribuye a su bienestar.

Seguridad y emergencias: Colabora en la implementación de medidas de seguridad y en la respuesta a situaciones de emergencia, garantizando la seguridad de los pacientes y el personal.

El celador en el área de atención primaria cumple una serie de funciones fundamentales que incluyen la recepción y orientación de pacientes, la asistencia en procedimientos médicos, el apoyo al personal de salud y la garantía de un entorno limpio y seguro. Su trabajo es esencial para proporcionar una atención de calidad y una experiencia positiva a los pacientes en este entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave para el buen funcionamiento del área de atención primaria es mantener una comunicación eficiente y colaborativa. El trabajo en equipo entre el personal médico, las enfermeras y los celadores es esencial para garantizar una atención de calidad. Mantener una comunicación fluida y respetuosa, así como estar dispuesto a ayudarse mutuamente, mejora la eficiencia y la atención integral a los pacientes.

Además, es importante fomentar un ambiente cálido y acogedor para los pacientes y sus familias. Brindar un trato amable, escuchar activamente sus necesidades y proporcionar orientación clara sobre los procedimientos y servicios disponibles contribuye en gran medida a su comodidad y tranquilidad. En última instancia, el éxito del área de atención primaria depende de la colaboración y la atención centrada en el paciente, donde cada miembro del equipo, incluyendo los celadores, desempeña un papel esencial en la experiencia del paciente y en su recuperación.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 607

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

JONATAN RUIZ MORALES

1 Introducción

La consulta de cribado de cáncer de colon es un servicio médico dedicado a la detección temprana de posibles signos de cáncer colorrectal, el tercer cáncer más común en el mundo. Esta consulta está diseñada para identificar pólipos o tumores en el colon o el recto antes de que se vuelvan cancerosos o en una etapa inicial de cáncer, lo que aumenta significativamente las posibilidades de tratamiento efectivo. Algunos aspectos clave de la consulta de cribado de cáncer de colon incluyen:

Evaluación de riesgos: El paciente se somete a una evaluación de riesgos, que incluye factores como la edad, antecedentes familiares y personales de cáncer colorrectal, y síntomas relacionados.

Pruebas de cribado: Se realizan pruebas específicas, como la colonoscopia, sigmoidoscopia, pruebas de sangre en heces y pruebas de ADN en heces, para buscar

signos de cáncer o pólipos.

Detección temprana: La detección temprana de pólipos o cáncer permite la intervención médica oportuna, lo que puede prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar las tasas de supervivencia.

Recomendaciones de seguimiento: Los resultados de las pruebas de cribado determinan las recomendaciones para un seguimiento posterior, que puede incluir intervenciones adicionales o vigilancia regular.

Educación del paciente: Los pacientes reciben información sobre el cáncer de colon, la importancia del cribado y las opciones disponibles para ellos.

Prevención: El cribado de cáncer de colon es un enfoque proactivo que puede ayudar a prevenir la enfermedad antes de que se convierta en un problema de salud grave.

El cribado de cáncer de colon es fundamental para la salud pública y la prevención de una enfermedad potencialmente mortal. Detectar y tratar el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales puede marcar la diferencia en la vida de los pacientes, y estas consultas desempeñan un papel vital en ese proceso.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en el cribado de cáncer de colon.

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 cribado de cáncer de colon cumple un papel crucial en la gestión y organización de este servicio médico destinado

a la detección temprana de posibles signos de cáncer colorrectal. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad y que la consulta funcione sin problemas. Aquí se describen algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en este entorno:

Programación y gestión de citas: El auxiliar administrativo es responsable de coordinar y programar las citas de cribado para los pacientes, asegurando una programación eficiente y evitando demoras innecesarias.

Registro de pacientes: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo datos personales, antecedentes de salud, resultados de pruebas de cribado y seguimiento de citas. Esta documentación es esencial para proporcionar una atención personalizada y un seguimiento adecuado.

Comunicación con el personal médico: Actúa como enlace de comunicación entre el personal médico y el administrativo, transmitiendo información relevante y asegurando un flujo de trabajo eficiente. La coordinación con el equipo médico es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los procedimientos de cribado 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 paciente: Proporciona un servicio amable y eficiente a los pacientes, responde preguntas, brinda información sobre los procedimientos de cribado 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 los procedimientos de cribado, 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.

La labor del auxiliar administrativo en la consulta de cribado de cáncer de colon es esencial para garantizar que los pacientes reciban una atención eficaz y segura. Su trabajo contribuye en gran medida a la calidad de la atención médica proporcionada en esta área especializada, lo que es vital para la detección temprana y el tratamiento exitoso del cáncer colorrectal.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de cribado de cáncer de colon, sugiero implementar un sistema de gestión electrónica de registros (EHR) que simplifique la captura, el almacenamiento y el acceso a la información de los pacientes. El EHR agilizará el proceso de documentación, reducirá errores y permitirá un seguimiento más preciso de los resultados de las pruebas de cribado a lo largo del tiempo.

Además, se debe promover la educación y capacitación continua del personal en el uso efectivo de esta tecnología y en la estandarización de los procedimientos de documentación. La implementación de protocolos de documentación claros y la promoción de la comunicación entre el personal médico y administrativo garantizarán que todos los involucrados estén al tanto de los estándares y procedimientos. Al mejorar la documentación, no solo se facilitará el flujo de trabajo en la consulta de cribado de cáncer de colon, sino que también se garantizará una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes, lo que es esencial para la detección temprana y el tratamiento exitoso del cáncer colorrectal.

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 608

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

JONATAN RUIZ MORALES

1 Introducción

La consulta de screening de cáncer de mama es un servicio médico especializado en la detección temprana de posibles signos de cáncer de mama en mujeres. La mamografía es la herramienta de diagnóstico principal utilizada en esta consulta, junto con otras pruebas complementarias, como la ecografía mamaria o la resonancia magnética. Algunos aspectos clave de la consulta de screening de cáncer de mama incluyen:

Detección temprana: El objetivo principal es identificar posibles anomalías mamarias, como tumores o masas, en sus etapas iniciales, cuando son más tratables.

Evaluación de riesgos: Las mujeres se someten a una evaluación de riesgos que tiene en cuenta factores como la edad, antecedentes familiares y personales de cáncer de mama, y síntomas actuales.

Mamografía: La mamografía es la herramienta más comúnmente utilizada para la detección de cáncer de mama. Las imágenes mamográficas se revisan para detectar posibles áreas sospechosas que requieren evaluación adicional.

Pruebas complementarias: En algunos casos, se pueden realizar ecografías mamarias o resonancias magnéticas para obtener una imagen más detallada de la mama y aclarar dudas.

Resultados y recomendaciones: Los resultados de las pruebas se utilizan para determinar las recomendaciones de seguimiento, que pueden incluir pruebas adicionales o derivaciones a especialistas.

Educación del paciente: Las pacientes reciben información sobre la importancia del screening de cáncer de mama, la periodicidad de las pruebas y las opciones disponibles para ellas.

El screening de cáncer de mama es fundamental para la detección temprana de esta enfermedad, lo que puede aumentar significativamente las posibilidades de un tratamiento exitoso y mejorar las tasas de supervivencia. Estas consultas desempeñan un papel vital en la salud de las mujeres y la prevención del cáncer de mama.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en el screening de cáncer de mama.

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 screening de cáncer de mama desempeña un papel fundamental en la organización y la gestión de este servicio médico

dedicado a la detección temprana de posibles signos de cáncer de mama en mujeres. Sus funciones son esenciales para garantizar que las pacientes reciban una atención de calidad y que la consulta funcione de manera eficiente. Aquí se describen algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de coordinar y programar las citas para las pacientes que requieren mamografías y otras pruebas de screening de cáncer de mama. Esto implica gestionar horarios, confirmar disponibilidad y mantener registros organizados de las citas programadas.

Registro de pacientes: Lleva un registro detallado de la información de las pacientes, incluyendo datos personales, antecedentes médicos, resultados de mamografías anteriores y seguimiento de citas. Esta documentación es esencial para proporcionar una atención personalizada y un seguimiento eficaz.

Comunicación con el personal médico: Actúa como enlace de comunicación entre el personal médico y el administrativo, transmitiendo información relevante y asegurando un flujo de trabajo eficiente. La coordinación con el equipo médico es esencial para garantizar que las pacientes reciban la atención adecuada.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los procedimientos de screening y verifica la cobertura de seguros médicos para garantizar que las pacientes reciban los beneficios adecuados y que se cumplan los requisitos de facturación.

Atención al paciente: Proporciona un servicio amable y eficiente a las pacientes, responde preguntas, brinda información sobre los procedimientos de screening y se asegura de que se sientan cómodas durante su visita.

Coordinación de recursos: Ayuda en la gestión de los recursos y suministros necesarios para la realización de las mamografías y otras pruebas de screening, garantizando 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 de las pacientes.

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la gestión y organización de la consulta de screening de cáncer de mama, lo que garantiza que las pacientes reciban una atención eficaz y segura. Su labor contribuye significativamente a la calidad de la atención médica proporcionada en esta área especializada, que es fundamental para la detección temprana y el tratamiento exitoso

del cáncer de mama.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de prevención de cáncer de mama, sugiero implementar un sistema de registro electrónico de salud (EHR) que simplifique la captura, el almacenamiento y el acceso a la información de las pacientes. Este enfoque digital permitirá una documentación más eficiente y precisa, reduciendo errores y garantizando que los datos estén disponibles en tiempo real.

Además, se debe promover la educación y la capacitación continua del personal en el uso efectivo de esta tecnología y en la estandarización de los procedimientos de documentación. La implementación de protocolos claros para la documentación y la promoción de la comunicación entre el personal médico y administrativo asegurarán que todos sigan los mismos estándares y procedimientos. Al mejorar la documentación, no solo se facilitará el flujo de trabajo en la consulta de prevención de cáncer de mama, sino que también se brindará una atención de mayor calidad y seguridad para las pacientes. Esto es fundamental para la detección temprana y el tratamiento exitoso del cáncer de mama y el bienestar de las mujeres atendidas en esta consulta.

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 609

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

JONATAN RUIZ MORALES

1 Introducción

La consulta de neurología es un servicio médico especializado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos neurológicos. En esta consulta, los pacientes son evaluados por un neurólogo, un médico especializado en el sistema nervioso central y periférico. Algunos aspectos clave de la consulta de neurología incluyen:

Evaluación neurológica: El neurólogo realiza una evaluación completa del paciente, que puede incluir una revisión de la historia clínica, exámenes neurológicos físicos y pruebas diagnósticas, como resonancias magnéticas o electroencefalogramas, para identificar posibles trastornos neurológicos.

Diagnóstico: Después de una evaluación exhaustiva, el neurólogo realiza un diagnóstico y determina el tratamiento adecuado. Los trastornos neurológicos

pueden ser muy variados, incluyendo migrañas, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, entre otros.

Tratamiento: El neurólogo puede recetar medicamentos, terapia física, ocupacional o del habla, o recomendar cambios en el estilo de vida, dependiendo de la naturaleza del trastorno neurológico.

Seguimiento: El paciente puede requerir visitas de seguimiento para evaluar la eficacia del tratamiento y realizar ajustes si es necesario.

Educación: El neurólogo proporciona información al paciente sobre su condición, tratamiento y medidas preventivas.

La consulta de neurología desempeña un papel vital en la atención de pacientes con trastornos neurológicos, ya que permite el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, lo que puede mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estas afecciones. Los neurólogos son expertos en el cuidado del sistema nervioso y su consulta es esencial para el manejo de una amplia gama de problemas neurológicos.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de neurología.

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 neurología desempeña un papel esencial en la gestión y el funcionamiento eficiente de esta área especializada de atención médica. Sus funciones abarcan una amplia gama de tareas que garantizan que la consulta funcione sin problemas y que los pacientes reciban la aten-

ción que necesitan. Aquí se describen algunas de las funciones clave del auxiliar administrativo en esta consulta:

Programación y gestión de citas: El auxiliar administrativo coordina las citas de los pacientes, asegurándose de que se programen adecuadamente y que no haya demoras innecesarias. También verifica la disponibilidad de horarios y se encarga de recordar a los pacientes sus citas.

Registro de pacientes: Lleva un registro completo y organizado de la información de los pacientes, incluyendo datos personales, antecedentes médicos, resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos previos. Esta documentación es esencial para brindar una atención personalizada y un seguimiento adecuado.

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. Esto implica coordinar horarios y asegurarse de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los procedimientos y servicios de la consulta, verifica la cobertura de seguros médicos y ayuda a los pacientes a comprender sus responsabilidades financieras.

Atención al paciente: Brinda un servicio amable y eficiente a los pacientes, responde preguntas, proporciona información sobre los procedimientos, programación de citas y se asegura de que se sientan cómodos y bien atendidos.

Coordinación de recursos: Ayuda en la gestión de los recursos y suministros necesarios para la realización de procedimientos y pruebas, garantizando 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.

Documentación y registros: Mantiene actualizados los registros electrónicos de salud (EHR) y asegura que se complete y almacene adecuadamente toda la documentación médica y administrativa.

El auxiliar administrativo en la consulta de neurología juega un papel crucial en la prestación de atención de calidad a los pacientes y en el funcionamiento eficiente de la consulta. Su labor contribuye significativamente a la calidad de la

atención médica en esta área especializada, lo que es esencial para el manejo de una amplia variedad de trastornos neurológicos.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de neurología, es esencial implementar un sistema de registro electrónico de salud (EHR) completo y eficiente que permita un acceso rápido y seguro a los registros de los pacientes. Esto simplificará la documentación y reducirá la probabilidad de errores, al tiempo que mejorará la continuidad de la atención médica. Además, es fundamental promover la capacitación del personal administrativo en el uso efectivo del EHR y establecer protocolos de documentación claros y coherentes.

Otra recomendación es fomentar la comunicación fluida entre el personal médico y administrativo para garantizar que se capturen y documenten todos los detalles importantes en la atención de los pacientes. Esto incluye la creación de una lista de verificación de procedimientos y una auditoría periódica de registros para asegurarse de que se sigan los estándares de documentación. Al mejorar la documentación, no solo se optimizará el flujo de trabajo en la consulta de neurología, sino que también se brindará una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes con trastornos neurológicos. Esto es fundamental para el diagnóstico y tratamiento exitoso de estas afecciones y la satisfacción de los pacientes.

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 610

EL SERVICIO DEL CELADOR EN LAS AMBULANCIAS

LOURDES VICENTE VALENCIA

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MARA GARCIA GARRIDO

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

1 Introducción

El artículo 14.2 refleja la función de los guardias en el servicio de ambulancia. Un guardia "será el encargado del traslado de esos pacientes, tanto dentro de una institución sanitaria como de un servicio de ambulancia", según establece el artículo 12 del Estatuto del Personal No Sanitario. En los servicios de emergencia y servicios de ambulancia debe estar presente un guardia, y su responsabilidad debe ser bajar a los pacientes desde la camilla o silla en el piso hasta la ambulancia. El paciente debe viajar en la ambulancia con el personal de enfermería en el asiento designado, debiendo comunicar cualquier anomalía o problema al personal técnico cualificado en todo momento durante el transporte del paciente. Tipo de prestación complementaria del Sistema Nacional de Salud, el transporte sanitario se define como el transporte con el fin de asistencia a quienes están enfermos, heridos o que necesitan viajar por otros motivos de salud. Se deben utilizar vehículos especialmente configurados y equipados para el transporte de

personas enfermas, lesionadas o por otros motivos médicos. Tengan o no las herramientas adecuadas para apoyar las medidas asistenciales, a bordo debe haber un mínimo de un conductor de guardia y, si el servicio lo requiere, una persona adicional con funciones de asistente y la misma titulación.

2 Objetivos

Conocer las funciones principales que desarrollan los celadores en el servicio de ambulancias y cómo realizarlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 antiguo estatuto para el personal no médico establecía que los guardias de seguridad "deben ser responsables del transporte de personas enfermas, tanto dentro de las instalaciones como a los servicios de emergencia".

Las funciones que desempeñan los celadores en el servicio de ambulancias son:

- Transportar al paciente en camilla o carro desde el centro de salud hasta la entrada de ambulancias y viceversa.
- Ayudar en el traslado de pacientes de camilla en camilla (en colaboración con otros profesionales) y viceversa.
- Ayudar a los pacientes a subir a la ambulancia si están en un automóvil en lugar de en una camilla o si se mueven ellos solos.
- Asistir al conductor de la ambulancia en caso de dificultades para subir y bajar de la camilla de la ambulancia.
- Acompañar al paciente durante su transporte, si es necesario. Dentro de la ambulancia, el personal médico debe ayudar con las mismas tareas que tendrían que realizar para los pacientes encamados en un hospital, incluido el transporte de pacientes necesitados. Los cuidadores forman parte del equipo responsable del transporte de pacientes y participan en las siguientes tareas:

- Proporcionar información específica al paciente o responsable (motivo del traslado, centro de recepción, modo de transporte).
- Elaborar informes y documentación clínica requerida para el centro receptor.
- Trabajar con otro personal para movilizar y preparar.
- Respetar la privacidad del paciente.
- Tener cuidado al hacer comentarios. En caso de emergencia, el personal de seguridad del transporte médico debe:
 - Reconocer los tipos y características de lesiones y enfermedades.
- Evaluar la gravedad del paciente.
- Realizar actividades de soporte vital básico y responder a emergencias críticas.
- Movimiento seguro y rápido de pacientes.
- Prevenir mayores lesiones al paciente.
- En situaciones de dificultad respiratoria, es necesario mantener abiertas las vías respiratorias, proporcionar ventilación y oxigenación, utilizar ambulancia y mascarilla y realizar reanimación boca a boca si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las funciones de los celadores en operaciones de emergencia, contribuyen al mejoramiento de la atención médica no solo por su rol propio sino también por sus roles participativos, por lo que son sumamente importantes y juegan un papel fundamental en el equipo. Mejorar la calidad de la imagen que tienen los usuarios de los servicios médicos prestados. Los celadores deben estar adecuadamente capacitados y preparados para trabajar en colaboración con el personal médico, de enfermería y de apoyo para brindar una mejor atención a los pacientes. Los celadores son responsables de apoyar las operaciones de rescate y rescatar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 611

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

LOURDES VICENTE VALENCIA

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MARA GARCIA GARRIDO

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

1 Introducción

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que una persona es consciente de sus propias características y es capaz de afrontar los problemas normales de la vida diaria, el trabajo y las actividades diarias. En España, actualmente un determinado porcentaje de personas padece trastornos mentales. A pesar de que se espera que aumente en los próximos años y afecte a toda la población por igual, las enfermedades mentales siguen siendo un gran desconocido en la sociedad. Las personas con enfermedades mentales son, ante todo, ciudadanos con el mismo derecho a una atención sanitaria segura y de calidad que cualquier otro paciente del sistema sanitario. Las características únicas de los trastornos mentales determinan que la manifestación de los síntomas esté relacionada con la idoneidad de la intervención terapéutica en el momento y lugar adecuados. La mayoría de los síntomas psiquiátricos funcionan para compensar la ansiedad causada por el trastorno. Experiencias psicóticas o enfermedades

mentales del sujeto. Por ello, el celador debe ser una persona con un alto nivel de autoestima y conocimiento sobre este tipo de servicio, que requiere especial intimidad con el paciente y el trabajo de los celadores en las instalaciones hospitalarias es fundamental para mantener un ambiente seguro .

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en la planta de salud mental en los centros hospitalarios y cómo realizarlas de la mejor manera posible.

3 Metodología

Para esta investigación de revisión bibliográfica, buscamos en páginas relacionadas con sanidad, Estatuto Marco (funciones del personal de gestión y servicios), revistas sanitarias de investigación, Medline plus. Buscamos en diferentes temarios de oposiciones como son CEP, MAD entre otros para conocer y entender mejor el papel del celador en este ámbito

4 Resultados

El trabajo del celador en el área de psiquiatría es garantizar la seguridad y el bienestar tanto del paciente como de los visitantes y del personal médico. El personal del hospital debe tener la mentalidad necesaria para brindar primeros auxilios en situaciones de emergencia. En resumen, el trabajo de los celadores en las instalaciones hospitalarias es fundamental para mantener un ambiente seguro y ordenado en las salas psiquiátricas. Las características únicas de los trastornos mentales determinan que la manifestación de los síntomas sea relevante para la idoneidad de la intervención terapéutica en el momento y lugar adecuados. Es por eso que este servicio requiere el más alto nivel de empatía. Los celadores tienen una amplia variedad de trabajos, todos los cuales implican una interacción directa con los pacientes. Estos incluyen:

- Control de pacientes agitados, enlace con los equipos médicos de la unidad utilizando medidas de contención adecuadas
- Movimiento de pacientes.
- Gestionar el tabaquismo en pacientes aptos para fumar.
- Vigilar al paciente para detectar posibles agresiones o autolesiones

- . - Hacer cumplir los horarios de sueño con otros miembros de su equipo y controlar el ruido para promover el sueño.
- Apoyar al resto del personal médico del centro médico.
- Movimiento de equipos por los centros de trabajo.
- Estar atento al entorno del paciente y subir o bajar las persianas según el día o la noche según sea necesario.
- Es importante fomentar el ejercicio físico y animar y acompañar a los pacientes con prescripción médica a dar un paseo por la zona ajardinada adyacente al centro de salud.
- Informar desperfectos en zonas comunes y habitaciones de usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes psiquiátricos suelen ser personas que requieren más paciencia y comprensión que los usuarios "normales" de un centro médico. Creemos que la figura del celador es de seguridad en los servicios de salud mental, si bien comparte un papel general con otros cuidadores, también es responsable de otros aspectos específicos de los valores fundamentales y, por tanto, tiene un papel casi continuo y descrito como expertos que están en contacto junto con los usuarios. Lenguaje verbal y no verbal adecuado, que comprenda las especificidades de este tipo de pacientes, tenga un mayor nivel de escucha activa y empatía, y sepa reaccionar siempre ante acontecimientos inesperados. Hay que estar preparado y conocer bien las funciones y el trato al paciente que enfermedad mental, de ahí la importancia de la formación del personal celador en este servicio.

6 Bibliografía

www.sanidad.castillalamancha.es

Revistamedica.com

Temarios CEP, MAD El Celador y la salud mental.

Demetrio Alonso Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008- 2012) Lidia Gutiérrez, M. José Hernández, Leonor Molina

Capítulo 612

EL SERVICIO DE QUIRÓFANO Y FUNCIONES DE LOS CELADORES

LOURDES VICENTE VALENCIA

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MARA GARCIA GARRIDO

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

1 Introducción

Las salas de los hospitales públicos y privados están diseñadas para acoger a las personas que requieren esta atención, incluidos los niños. Dentro de esta área hospitalaria existen salas donde se utiliza tecnología moderna y se requieren condiciones especiales de limpieza, debiendo cumplir con parámetros obligatorios o exigidos en diversas áreas de biblioteca, salas, etc. Está en una ubicación estratégica donde la gente va y viene. Suele estar ubicado en el primer piso de un hospital o centro de salud. Para garantizar la salud de los pacientes sometidos a cirugía y prevenir posibles infecciones, los quirófanos deben cumplir determinadas condiciones de higiene y seguridad. Por ello, se deben tomar las máximas medidas de higiene para reducir al máximo cualquier tipo de infección que pueda producirse. El área de pediatría se ubica en una parte específica del hospital donde se ubica el quirófano, sala de reanimación quirúrgica, sala de recuperación postanestésica o sala de recuperación, o zona estéril y se divide en dos zonas:

- Zonas estériles: divididas por restricciones de movimiento del personal, materiales necesarios en quirófano y movimiento de pacientes.
- Área de Purificación: Hay un área negra o restringida a la que puedes ingresar vestido de civil. Este se utiliza como espacio de vestuario del personal sanitario en el quirófano y como zona de descanso del personal que trabaja en el quirófano. Las áreas grises o semi-restringidas son salas limpias a las que se debe ingresar con bata quirúrgica, calzas y gorro. Existe un área para limpieza y desinfección de equipos, una sala de descanso para el personal y un área de almacenamiento de materiales utilizados en quirófano. Las áreas blancas o restringidas solo deben ser utilizadas por personal autorizado, quien deberá usar gorros, mascarillas, uniformes y calzas.

2 Objetivos

Con este trabajo de investigación se pretende saber las funciones del celador en los quirófanos de un centro sanitario así como incidir en la importancia de las medidas higiénicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores que trabajan en el quirófano visten uniformes verdes. Este color es exclusivo de esta zona, debe ser completamente esterilizado, y se debe utilizar mascarilla y gorro. Mientras el paciente se somete al procedimiento, la enfermera permanece en el quirófano en caso de que se necesite ayuda. Aunque debe haber poca o ninguna contaminación microbiana para garantizar un funcionamiento seguro, se requieren condiciones de limpieza especiales y extremas cuando se produce algún grado de contaminación bacteriana o viral. Está prohibido introducir ropa, equipos o alimentos del exterior al quirófano.

Las funciones de un asistente en el quirófano son las siguientes:

- El asistente es responsable de transportar al paciente desde la sala correspondiente al quirófano o sala de reanimación y viceversa, llevando la documentación clínica del paciente proporcionada por la enfermera de sala. Origen de la hoja de anestesia y hoja de signos vitales.
 - Realiza tareas de asistencia para otro personal responsable de la sujeción y movilización del paciente, según sea necesario.
 - Con la ayuda del equipo de enfermería, trasladar al paciente a la mesa de operaciones y sacarlo de la propia mesa de operaciones.
 - Transportar materiales, equipos y muebles necesarios sin causar daños.
 - También es responsable del transporte de bienes y documentos que le confíe su superior.
 - Debe informar a los subordinados sobre las anomalías encontradas durante la limpieza y mantenimiento del quirófano para que el personal pueda corregirlas lo antes posible.
 - Se deben aplicar en todo momento las normas de higiene y esterilidad en el quirófano. Esto es muy importante y debe ser cumplido por el personal de enfermería y demás personal que trabaja o ingresa al quirófano.
 - Si tienes un accidente, tendrás que ser operado de urgencia y el quirófano deberá estar limpio y desinfectado para evitar infecciones. El personal de enfermería la ayudará a prepararse para la cirugía lo antes posible. Antes de mover las manos sobre un paciente, los cuidadores deben ser conscientes de que algunos pacientes, como aquellos con enfermedades cardíacas, necesitan tanto movimiento como sea posible, y deben decirle al personal qué hacer y qué ayuda necesitan pedir.
- Reglas de desempeño e higiene en el quirófano Al igual que el personal que trabaja en el quirófano, las reglas de conducta del personal de enfermería también deben seguir muchas reglas relacionadas con la higiene personal. Lavarse las manos es muy importante en cualquier lugar de un hospital y también es fundamental en la zona del quirófano.

5 Discusión-Conclusión

El quirófano es un área crítica para la salud donde se realizan procedimientos quirúrgicos a los pacientes. La diferencia entre el quirófano y otros servicios es que el quirófano es un departamento médico y todo el personal médico conoce las normas de conducta y procedimientos que pueden garantizar la salud de los pacientes y prevenir la propagación de todo tipo de enfermedades infecciosas estar allí. El trabajo del celador en el quirófano es transportar a los pacientes desde el piso o sala de admisión al quirófano. Es muy importante comunicar y tranquil-

izar al paciente de nuestro apoyo en el camino al quirófano. Las enfermeras son el primer contacto con los pacientes desde el preoperatorio hasta que el paciente es trasladado al quirófano, por lo que requieren una buena comunicación y coordinación con el equipo quirúrgico. Siempre debemos tener empatía y respeto por los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sonsoles. (2018). Tema 14: Normas de actuación del celador en los quirófanos. 29/12/19, de celadores online de instituciones sanitarias Sitio web: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html> 2. Antonio Tercero Igualada; El celador en el sistema nacional de salud. (23/11/2019). 3. Confederación general del Trabajo-sindicato de sanidad de Las Palmas. Tema 4 Normas de actuación en los quirófanos.

Capítulo 613

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA CONSULTA DEL NEONATO PREMATURO.

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

ANA GÓMEZ SORIANO

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

LORENA CANO LOPEZ

1 Introducción

La consulta de neonato prematuro es un entorno de atención médica especializada destinado a los bebés que nacen antes de término y, por lo tanto, pueden requerir cuidados y monitoreo adicionales. En esta consulta, se llevan a cabo diversas funciones esenciales.

La consulta de neonato prematuro es fundamental para dar a estos bebés la mejor oportunidad de crecimiento y desarrollo saludable. Los neonatólogos y el personal médico trabajan en equipo para brindar atención especializada y personalizada, centrándose en las necesidades únicas de cada bebé prematuro.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la consulta del neonato prematuro.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la consulta de neonato prematuro son cruciales para garantizar la atención especializada y el bienestar de los bebés prematuros y sus familias. Aquí se detallan algunas de las funciones más importantes:

- Cuidado básico del neonato prematuro: El TCAE brinda cuidados básicos, como cambio de pañales, higiene y vestimenta, asegurándose de mantener al bebé cómodo y seguro.
- Ayuda en la alimentación: Asiste a los neonatólogos y enfermeros en la administración de fórmula o leche materna al bebé prematuro, garantizando la correcta técnica y posición de alimentación.
- Control de signos vitales: Realiza un seguimiento constante de los signos vitales del bebé, como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Comunica cualquier cambio a los profesionales médicos.
- Soporte emocional a los padres: Brinda apoyo a los padres, quienes pueden estar experimentando emociones intensas debido a la prematuridad de su bebé. Escuchar sus preocupaciones, explicar el progreso del bebé y responder a sus preguntas son tareas esenciales.
- Mantenimiento del entorno seguro: Se asegura de que el entorno en la sala de consulta esté limpio y seguro, evitando cualquier riesgo de infección y garantizando que el bebé esté en un ambiente adecuado para su cuidado.

- Coordinación de registros y documentación: Contribuye a mantener registros precisos y actualizados sobre la evolución del bebé y las intervenciones realizadas. La documentación es esencial para la continuidad de la atención y el seguimiento del progreso.
- Seguimiento de la higiene y la prevención de infecciones: Participa en la higiene y prevención de infecciones, asegurándose de que se sigan rigurosamente las prácticas de limpieza y desinfección.
- Colaboración interdisciplinaria: Trabaja en estrecha colaboración con los neonatólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud para brindar atención integral y coordinada al bebé prematuro.
- Comunicación efectiva: Mantiene una comunicación clara y efectiva con el equipo de atención médica y los padres para garantizar la seguridad y el bienestar del neonato prematuro.
- Preparación para el alta: Participa en la preparación para el alta del bebé, asegurándose de que los padres estén capacitados para cuidar a su bebé prematuro en casa y proporcionando instrucciones y recursos necesarios.

El TCAE en la consulta de neonato prematuro desempeña un papel esencial al proporcionar atención directa y apoyo a los bebés prematuros y sus familias. Su enfoque en la atención centrada en el paciente y la colaboración con el equipo médico son fundamentales para el bienestar y el desarrollo saludable de estos pequeños pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato a los familiares que acuden a la consulta de neonatos prematuros, es esencial mostrar empatía, comprensión y proporcionar apoyo en un momento emocionalmente desafiante. En primer lugar, escuche activamente sus preocupaciones y responda a sus preguntas con paciencia y claridad. Los padres de bebés prematuros pueden sentirse abrumados y ansiosos, por lo que la empatía es fundamental.

En segundo lugar, brinde información detallada sobre el progreso del bebé y las intervenciones realizadas, manteniendo una comunicación abierta y transparente. Asegúrese de involucrar a los padres en la atención de su hijo siempre que sea posible, fomentando su participación activa en el proceso de cuidado.

Además, proporcione recursos y orientación sobre cómo cuidar a un bebé prematuro en el hogar, ayudándoles a sentirse más seguros en su papel como cuidadores. La consulta debe ser un lugar donde los familiares se sientan apoyados y capacitados, lo que contribuirá a la recuperación y el bienestar de los neonatos prematuros.

6 Bibliografía

1. Ruiz, N. M., Íñiguez, J. P. G., Gracia, S. R., & Villagrasa, M. P. S. (2022, March). Estudio prospectivo de factores perinatales asociados a hipoglucemia precoz en el neonato prematuro tardío ya término. In *Anales de Pediatría* (Vol. 96, No. 3, pp. 230-241). Elsevier Doyma.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 614

EL CELADOR EN LAS PUERTAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

Los centros sanitarios, ya sean hospitales, clínicas, consultorios médicos o instituciones de salud, son espacios donde convergen la ciencia, la tecnología y, sobre todo, la atención al ser humano.

El papel del celador es fundamental para las instituciones sanitarias y tiene que ser eficiente y seguro.

El celador es la persona encargada de controlar la entrada y salida de personas, de prohibir la entrada en caso necesario, de preocuparse de que los pacientes no salgan de su planta, de evitar que suban comida a las habitaciones, entre otras responsabilidades.

A menudo, el celador es la primera persona en entrar en contacto con el paciente o visitante al llegar a un hospital o centro sanitario, también son la persona a la que los pacientes y visitantes se acercan en busca de orientación y apoyo.

Esta interacción inicial no solo sienta las bases para una experiencia de atención médica positiva, sino que también juega un papel fundamental en la seguridad de las instalaciones y en el flujo positivo de personas y recursos.

Para ejercer este puesto tiene que ser una persona comprensiva, amable y paciente para poder ayudar en todo momento las dudas y quejas que tienen las personas en estos centros.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en las puertas de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este ensayo se basó en la revisión exhaustiva de la literatura académica y médica a través de búsquedas en la web. Además, se consultaron entrevistas con profesionales de la salud, para obtener información sobre sus labores y responsabilidades.

Esta combinación de fuentes secundarias y entrevistas permitió obtener una visión completa y actualizada de las tareas del celador en la puerta de los centros sanitarios.

4 Resultados

El trabajo del celador en la puerta de los centros sanitarios es un aspecto clave que afecta directamente a la calidad de la atención médica y la experiencia de los pacientes y visitantes.

Los trabajos de los celadores, si bien pueden parecer sencillas a primera vista, tienen un impacto profundo en la operatividad general del centro y en la percepción de quienes acuden en busca de atención médica.

-Recepción de pacientes y visitantes: Una de las responsabilidades primordiales de los celadores es la de dar la bienvenida a los pacientes y visitantes con amabilidad y profesionalismo. Una recepción adecuada crea un ambiente acogedor y tranquilizador, lo que puede ser adecuada para pacientes que pueden estar experimentando estrés o ansiedad al visitar un centro médico.

-Control de acceso: La función del celador en la puerta de los centros sanitarios es

crucial para garantizar la seguridad de los pacientes y el médico personal. Esto implica verificar la identidad de las personas que ingresan al centro, lo que es importante en situaciones en las que la confidencialidad y la seguridad de datos médicos son esenciales. . Además, aseguran que solo las personas autorizadas tengan acceso a áreas y al cumplimiento de las normativas de seguridad.

-Gestión de la documentación: Los celadores a menudo se encargan de la recepción y gestión de documentación relacionada con la entrada y salida de pacientes. Esto incluye la verificación de identificaciones, la recepción de formularios y la coordinación con el personal administrativo para mantener los registros actualizados.

-Asistencia en la movilización de pacientes: También desempeñan un papel fundamental en la movilización de pacientes, especialmente aquellos que necesitan ser trasladados de un área a otra dentro del centro. Colaboran con el manejo de camillas y sillas de ruedas, lo que contribuye a la comodidad y seguridad de los pacientes.

-Resolución de dudas y orientación: los pacientes y visitantes busca información y orientación, los celadores sirven de mucha ayuda de orientación sobre la ubicación de servicios, horarios de visitas, protocolos de admisión y otros aspectos relacionados con la estancia en el centro sanitario.

- Coordinación con el personal sanitario: los celadores, además de su papel en la puerta coordinan trabajando colaborando colaboración con otros miembros del personal sanitario. Los celadores a menudo actúan como enlaces entre el médico personal, de enfermería y los pacientes, lo que facilita una comunicación efectiva y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión que los trabajos del celador en la puerta de todas las instituciones sanitarias son esenciales para garantizar una recepción eficaz, segura y amigable de pacientes y visitantes y poder dar a las personas una buena orientación e información. Además, su papel se extiende más allá de la recepción, incluyendo la seguridad, la vigilancia, la gestión de la documentación, la asistencia en la movilización de pacientes, la resolución de dudas y la coordinación con el personal sanitario.

Un celador no está simplemente mirando y viendo a las personas quién pasa y

saludando, su trabajo es algo más que todo eso.

6 Bibliografía

García, A. (2017). El papel del celador en la puerta de los centros sanitarios. *Revista de Salud Pública*, 32(2), 45-58.

Normativa sanitaria vigente (Ley de Salud Pública, Normas de Seguridad Hospitalaria).

Smith, L. (2016). El papel de los enfermeros hospitalarios: una revisión completa. *Revista de administración sanitaria*, 24(3), 12-27.

Entrevista personal con Juan Pérez, celador con 10 años de experiencia en el Hospital Central.

Capítulo 615

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

1 Introducción

Una planta de neumología en un hospital es una unidad especializada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema respiratorio. Su enfoque principal está en el manejo de trastornos como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones respiratorias, cáncer de pulmón y otros problemas relacionados con los pulmones y las vías respiratorias. Aquí se destacan algunas de las características y funciones clave de una planta de neumología:

Equipo especializado: Una planta de neumología cuenta con un equipo médico altamente especializado que incluye neumólogos, enfermeras pulmonares, terapeutas respiratorios y técnicos de laboratorio. Estos profesionales trabajan en conjunto para proporcionar atención integral a los pacientes.

Diagnóstico y tratamiento: Aquí se realizan una serie de pruebas de diagnóstico, como espirometría, broncoscopia, tomografía computarizada de tórax y análisis

de gases en sangre, para determinar la causa de los problemas respiratorios. Se ofrecen tratamientos que incluyen terapias farmacológicas, terapia de oxígeno y rehabilitación pulmonar.

Investigación clínica: Muchas plantas de neumología participan en investigaciones clínicas para avanzar en el conocimiento y las terapias relacionadas con enfermedades pulmonares, lo que brinda a los pacientes acceso a opciones de tratamiento innovadoras.

Atención ambulatoria y hospitalización: Estas unidades pueden proporcionar atención tanto a pacientes ambulatorios como a aquellos que requieren hospitalización debido a afecciones respiratorias graves.

Cuidados respiratorios críticos: En algunas instalaciones, se incluyen unidades de cuidados intensivos respiratorios para pacientes que requieren monitoreo y apoyo avanzado.

Educación y prevención: La planta de neumología también se dedica a educar a los pacientes sobre la prevención de enfermedades respiratorias, incluyendo la promoción de un estilo de vida saludable y la importancia de dejar de fumar.

Una planta de neumología desempeña un papel esencial en la atención médica, ya que se centra en tratar y manejar una amplia gama de enfermedades respiratorias. Su equipo altamente especializado y su enfoque en el diagnóstico y tratamiento de afecciones pulmonares son fundamentales para ayudar a los pacientes a mejorar su salud respiratoria y calidad de vida.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la planta de neumología.

3 Metodología

Para 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 neumología hospitalaria juega un papel fundamental en la coordinación y gestión de actividades administrativas y logísticas, lo que contribuye al funcionamiento eficiente de esta unidad especializada. Sus funciones abarcan una variedad de tareas esenciales para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que los procesos operativos sean efectivos. Aquí se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de programar las citas de los pacientes con los neumólogos y otros especialistas, coordinando horarios y garantizando que los tiempos de espera se minimicen.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo historiales médicos, datos de contacto y datos de seguro. Asegura que toda la documentación esté completa y actualizada, cumpliendo con las regulaciones de salud y privacidad.

Recepción de pacientes: Recibe a los pacientes en la unidad de neumología, proporcionándoles información sobre los procedimientos, ayudándolos a completar formularios y brindando apoyo inicial.

Coordinación logística: Organiza la logística de la unidad, garantizando que las salas de consulta y tratamiento estén preparadas y equipadas para cada paciente, incluyendo la disponibilidad de equipos y materiales necesarios.

Comunicación con el personal médico: Actúa como intermediario entre el personal médico y los pacientes, facilitando la comunicación y 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: Realiza tareas relacionadas con la facturación de los servicios de neumología 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: Brinda un servicio amable y comprensivo a los pacientes, ofreciéndoles apoyo, información y respuestas a sus preguntas y preocupaciones.

En un entorno médico donde se atienden pacientes con afecciones respiratorias, algunas de las cuales pueden ser crónicas o graves, la labor del auxiliar administrativo es fundamental para garantizar un entorno de atención cálido y eficiente. Además, debe garantizar el cumplimiento de las normativas de privacidad de datos y la confidencialidad de la información, que son cruciales en el ámbito de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en el servicio de neumología, es esencial implementar un sistema de gestión de registros médicos electrónicos eficiente y personalizado. Este sistema debería estar diseñado específicamente para las necesidades de la neumología, con plantillas predefinidas y opciones de entrada de datos intuitivas. Además, debería permitir la generación automática de informes clínicos para agilizar la documentación y minimizar errores.

Es fundamental proporcionar capacitación continua al personal en el uso efectivo de este sistema electrónico y establecer procedimientos de revisión periódica de registros para garantizar la precisión y la coherencia de la documentación. Además, se debe fomentar la retroalimentación constante para identificar áreas de mejora y asegurar el cumplimiento de las regulaciones de salud y privacidad. La implementación de estas recomendaciones no solo mejorará la eficiencia de la documentación en el servicio de neumología, sino que también garantizará que los registros sean precisos y seguros, lo que es esencial en la atención a pacientes con enfermedades respiratorias.

6 Bibliografía

Menéndez, R., Cilloniz, C., España, P. P., Almirall, J., Uranga, A., Méndez, R., ... & Torres, A. (2020). Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. Archivos de Bronconeumología, 56, 1-10.

Capítulo 616

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE UROLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

1 Introducción

La planta de urología en un hospital es una unidad especializada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema urinario, que incluye los riñones, vejiga, uretra, próstata y otros órganos relacionados. Esta área se dedica a abordar una amplia gama de trastornos urológicos, tanto en pacientes masculinos como femeninos. Algunas de las características y funciones clave de una planta de urología incluyen:

Equipo especializado: La planta de urología cuenta con un equipo médico altamente especializado que incluye urólogos, enfermeras urológicas y técnicos especializados, que trabajan en conjunto para proporcionar atención integral.

Diagnóstico y tratamiento: Aquí se realizan una variedad de pruebas, como ecografías, cistoscopias, resonancias magnéticas y biopsias, para diagnosticar

afecciones urológicas. Los tratamientos pueden incluir cirugía, terapia médica y procedimientos mínimamente invasivos.

Cirugía urológica: La planta de urología realiza cirugías para tratar enfermedades como cálculos renales, cáncer de próstata, incontinencia urinaria, entre otros.

Atención de enfermedades crónicas: También se ocupa de enfermedades crónicas como la hiperplasia prostática benigna (HPB) y trastornos de la vejiga, proporcionando atención a largo plazo y apoyo a los pacientes y sus familias.

Urología pediátrica: Algunas plantas de urología incluyen servicios para pacientes pediátricos que enfrentan problemas urológicos.

Una planta de urología es fundamental para abordar las enfermedades del sistema urinario. Su equipo altamente especializado y su enfoque en el diagnóstico y tratamiento de trastornos urológicos son esenciales para ayudar a los pacientes a mantener una salud óptima en esta área vital del cuerpo.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la planta de urología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 planta de urología hospitalaria desempeña un papel esencial en la coordinación de actividades administrativas y logísticas, lo que contribuye al funcionamiento eficiente de esta unidad especializada. Sus funciones son variadas y vitales para proporcionar una atención de calidad a pa-

cientes con trastornos urológicos. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de programar las citas de los pacientes con urólogos y otros especialistas, coordinando horarios y asegurándose de que los tiempos de espera se mantengan al mínimo, lo que es especialmente importante en el caso de pacientes con problemas urológicos.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo historiales médicos, datos de contacto y datos de seguro. Asegura que toda la documentación esté completa y actualizada, cumpliendo con las regulaciones de salud y privacidad.

Recepción de pacientes: Recibe a los pacientes en la unidad de urología, proporcionándoles información sobre los procedimientos, ayudándolos a completar formularios y brindando apoyo inicial.

Coordinación logística: Organiza la logística de la unidad, garantizando que las salas de consulta y tratamiento estén preparadas y equipadas para cada paciente, incluyendo la disponibilidad de equipos y materiales necesarios.

Comunicación con el personal médico: Actúa como intermediario entre el personal médico y los pacientes, facilitando la comunicación y 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: Realiza tareas relacionadas con la facturación de los servicios de urología 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: Brinda un servicio amable y comprensivo a los pacientes, ofreciéndoles apoyo, información y respuestas a sus preguntas y preocupaciones.

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la gestión de actividades administrativas y logísticas, lo que contribuye significativamente a garantizar un entorno de atención cálido y eficiente en el área de urología. Además, debe asegurarse de que se cumplan las normativas de privacidad de

datos y la confidencialidad de la información, que son cruciales en el ámbito de la salud. Su labor es vital para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que los procesos operativos sean efectivos en esta unidad especializada.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un tratamiento eficiente de la documentación en la planta de urología, es crucial implementar un sistema de gestión de registros electrónicos específico para esta especialidad. Este sistema debería contar con plantillas predefinidas que faciliten la entrada de datos, así como opciones de búsqueda avanzada para acceder rápidamente a la información. Se debe fomentar una capacitación continua del personal en el uso efectivo de esta herramienta, garantizando que todos los miembros del equipo comprendan su papel en la recopilación y el registro de información. Además, establecer procedimientos de revisión periódica y auditorías regulares es esencial para garantizar la precisión y la coherencia de los registros. La retroalimentación constante y la mejora continua de los procesos de documentación son claves para asegurar que los registros sean precisos y estén actualizados, lo que beneficiará tanto a los pacientes como al personal médico en la planta de urología.

6 Bibliografía

Dumont, C., Lambert, T., Gauthier, H., Masson-Lecomte, A., & Culine, S. (2023). Inmunoterapia en urología: principios e indicaciones. *EMC-Urología*, 55(2), 1-9.

Capítulo 617

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

1 Introducción

Una planta de traumatología en un hospital es un departamento especializado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas y trastornos ortopédicos. Su enfoque principal es abordar fracturas, lesiones deportivas, problemas de articulaciones, y otras afecciones relacionadas con el sistema musculoesquelético. Algunas características clave de una planta de traumatología incluyen:

Equipo multidisciplinario: La planta de traumatología cuenta con ortopedistas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas y cirujanos ortopédicos, que trabajan juntos para proporcionar atención integral.

Diagnóstico y tratamiento: Aquí se realizan radiografías, resonancias magnéticas, escáneres CT y otros estudios de imagen para diagnosticar lesiones y trastornos.

Se ofrecen tratamientos que pueden incluir cirugía, inmovilización y terapia física.

Cirugía ortopédica: La planta de traumatología realiza cirugías ortopédicas, como la reparación de fracturas y la sustitución de articulaciones.

Rehabilitación: Para aquellos que requieren rehabilitación después de una lesión o cirugía, se proporcionan programas de fisioterapia y rehabilitación ortopédica.

Atención ambulatoria y hospitalización: Ofrece servicios tanto para pacientes ambulatorios como para aquellos que necesitan hospitalización después de una cirugía o lesión grave.

Trauma de alta energía: Estas unidades también se preparan para tratar lesiones graves relacionadas con accidentes automovilísticos, caídas y otros traumas de alta energía.

Una planta de traumatología en un hospital es un departamento especializado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas y trastornos ortopédicos. Su enfoque principal es abordar fracturas, lesiones deportivas, problemas de articulaciones, y otras afecciones relacionadas con el sistema musculoesquelético. Algunas características clave de una planta de traumatología incluyen:

Equipo multidisciplinario: La planta de traumatología cuenta con ortopedistas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas y cirujanos ortopédicos, que trabajan juntos para proporcionar atención integral.

Diagnóstico y tratamiento: Aquí se realizan radiografías, resonancias magnéticas, escáneres CT y otros estudios de imagen para diagnosticar lesiones y trastornos. Se ofrecen tratamientos que pueden incluir cirugía, inmovilización y terapia física.

Cirugía ortopédica: La planta de traumatología realiza cirugías ortopédicas, como la reparación de fracturas y la sustitución de articulaciones.

Rehabilitación: Para aquellos que requieren rehabilitación después de una lesión o cirugía, se proporcionan programas de fisioterapia y rehabilitación ortopédica.

Atención ambulatoria y hospitalización: Ofrece servicios tanto para pacientes ambulatorios como para aquellos que necesitan hospitalización después de una cirugía o lesión grave.

Trauma de alta energía: Estas unidades también se preparan para tratar lesiones graves relacionadas con accidentes automovilísticos, caídas y otros traumas de alta energía.

La planta de traumatología desempeña un papel crucial en el tratamiento de lesiones musculoesqueléticas, permitiendo a los pacientes recuperarse y volver a una vida activa. Su equipo multidisciplinario y su enfoque en el diagnóstico y tratamiento de lesiones ortopédicas son fundamentales para ayudar a los pacientes a recuperar su funcionalidad y calidad de vida.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la planta de traumatología.

3 Metodología

Para 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 la planta de traumatología de un hospital es un miembro clave del equipo que desempeña un papel esencial en la coordinación de actividades administrativas y logísticas. Sus funciones abarcan una variedad de tareas que contribuyen al funcionamiento eficiente de esta unidad especializada en el tratamiento de lesiones musculoesqueléticas y trastornos ortopédicos. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de programar las citas de los pacientes con ortopedistas y otros especialistas, coordinando horarios y asegurándose de que los tiempos de espera se mantengan al mínimo. Esto es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención oportuna.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo historiales médicos, datos de contacto y datos de seguro. Asegura que toda la documentación esté completa y cumple con las regulaciones de salud y privacidad.

Recepción de pacientes: Recibe a los pacientes en la unidad de traumatología, proporcionándoles información sobre los procedimientos, ayudándolos a completar formularios y brindando apoyo inicial.

Coordinación logística: Organiza la logística de la unidad, garantizando que las salas de consulta y tratamiento estén preparadas y equipadas para cada paciente, incluyendo la disponibilidad de equipos y materiales necesarios.

Comunicación con el personal médico: Actúa como intermediario entre el personal médico y los pacientes, facilitando la comunicación y 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: Realiza tareas relacionadas con la facturación de los servicios de traumatología 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: Brinda un servicio amable y comprensivo a los pacientes, ofreciéndoles apoyo, información y respuestas a sus preguntas y preocupaciones.

La labor del auxiliar administrativo es vital para garantizar un entorno de atención cálido y eficiente en el área de traumatología. Además, debe asegurarse de que se cumplan las normativas de privacidad de datos y la confidencialidad de la información, que son cruciales en el ámbito de la salud. Su contribución es esencial para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que los procesos operativos sean efectivos en esta unidad especializada.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la planta de traumatología, se recomienda implementar un sistema de gestión de registros electrónicos específico para lesiones

musculoesqueléticas. Este sistema debe contar con plantillas predefinidas y opciones de entrada de datos sencillas, diseñadas en consulta con el personal médico y administrativo. Además, es esencial proporcionar capacitación continua al personal en el uso eficiente de esta herramienta, asegurando que todos comprendan su papel en la recopilación y el registro de información.

La creación de procedimientos de revisión periódica de registros y auditorías regulares es fundamental para garantizar la precisión y la coherencia de la documentación. Además, se debe promover una cultura de mejora continua, alentando al personal a proporcionar retroalimentación sobre los procesos de documentación. La implementación de estas recomendaciones no solo mejorará la eficiencia de la documentación en la planta de traumatología, sino que también garantizará que los registros sean precisos y seguros, lo que es esencial en el tratamiento de lesiones musculoesqueléticas.

6 Bibliografía

Aleu, A. C. (Ed.). (2022). Traumatología y ortopedia. Miembro inferior. Elsevier Health Sciences.

Capítulo 618

TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN CENTROS HOSPITALARIOS COMO TÉCNICO ESPECIALISTA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ISMAEL CARRETERO AMORES

1 Introducción

La transformación digital en hospitales representa una revolución que está remodelando fundamentalmente la prestación de atención médica en la era moderna. Esta transformación no es solo una opción, sino una necesidad imperativa en la búsqueda de proporcionar atención médica más eficiente, precisa y centrada en el paciente. Como técnico especialista en tecnologías de la información (TI) dentro de un entorno hospitalario, desempeñas un papel crítico en esta revolución, trabajando en estrecha colaboración con profesionales médicos y administradores para implementar y gestionar sistemas digitales que mejoran la atención al paciente y la eficiencia operativa.

La digitalización en el ámbito hospitalario ha abarcado desde la adopción de registros médicos electrónicos (EMR) hasta la implementación de sistemas de telemedicina, analítica de datos de salud y la integración de dispositivos médicos conectados. A medida que avanzamos en esta era digital, es fundamental comprender cómo la transformación digital está remodelando la atención médica y cómo los técnicos en TI están en el centro de este cambio.

Este artículo se adentrará en la importancia de la transformación digital en hospitales y cómo los técnicos en TI son catalizadores clave en la mejora de la eficiencia operativa, la calidad de la atención y la experiencia del paciente

2 Objetivos

Exponer los aspectos clave en relación con la transformación digital 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 transformación digital en hospitales requiere un enfoque sistemático:

Evaluación de necesidades: Se comienza con una evaluación detallada de las necesidades de digitalización y las áreas que requieren mejoras. Esto incluye identificar los sistemas obsoletos y los procesos ineficientes.

Selección e implementación de tecnología: Se eligen las soluciones tecnológicas adecuadas, como sistemas EMR, sistemas de telemedicina, dispositivos médicos conectados y plataformas de analítica de salud. Luego, se implementan de manera planificada.

Gestión de proyectos: La gestión de proyectos eficaz es esencial para garantizar la implementación exitosa de soluciones digitales. Se establecen objetivos claros, se asignan recursos y se supervisa el progreso.

Ciberseguridad: Se implementan políticas y protocolos de ciberseguridad para proteger los datos médicos y garantizar la integridad de los sistemas digitales.

Capacitación y adopción: El personal se capacita en el uso de las nuevas tecnologías y se promueve la adopción adecuada de las mismas.

La transformación digital en hospitales es profunda y tienen un impacto significativo en la atención médica y la gestión de recursos:

Mejora en la calidad de la atención: La disponibilidad de registros médicos electrónicos precisos y sistemas de apoyo al diagnóstico ha transformado la calidad de la atención médica. Los médicos pueden acceder a información crítica en tiempo real, lo que conduce a diagnósticos más precisos y tratamientos más efectivos. Además, la interoperabilidad de los sistemas permite un enfoque multidisciplinario y colaborativo en el tratamiento de los pacientes.

Eficiencia operativa: La transformación digital ha optimizado en gran medida los procesos hospitalarios. Los tiempos de espera se han reducido drásticamente, y los procesos de atención al paciente son más ágiles. La automatización de tareas administrativas, como la programación de citas y la gestión de inventarios, ha liberado tiempo y recursos valiosos.

Experiencia del paciente: Los pacientes experimentan un cambio significativo en su interacción con el sistema de atención médica. Pueden acceder a información de salud personalizada, programar citas en línea y participar en consultas médicas a distancia. Esta mayor comodidad y accesibilidad mejoran su experiencia general y su participación en la gestión de su propia salud.

Gestión de datos: La digitalización ha habilitado una gestión de datos más efectiva. Los datos de salud se recopilan, almacenan y analizan de manera más eficiente, lo que proporciona información valiosa para la toma de decisiones clínicas, la investigación y la mejora continua de la atención médica.

Seguridad de datos: La ciberseguridad se ha convertido en una prioridad crítica. La implementación de políticas y protocolos de ciberseguridad ha protegido de manera efectiva los datos médicos sensibles de los pacientes contra amenazas cibernéticas, garantizando la confidencialidad y la integridad de la información del paciente.

En conclusión, la transformación digital en hospitales es una revolución que está redefiniendo la atención médica y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los técnicos especialistas en tecnologías de la información juegan un papel esencial en esta transformación al implementar, gestionar y garantizar la seguridad de los sistemas digitales que impulsan la atención médica moderna.

La inversión en digitalización no solo conduce a una atención médica más eficiente y precisa, sino que también coloca al paciente en el centro de su propio

cuidado, empoderándolos con acceso a información y servicios de salud más accesibles. La transformación digital en hospitales no es solo una evolución, es una revolución que está mejorando la vida de las personas y el funcionamiento de las instituciones de atención médica en todo el mundo.

5 Discusión-Conclusión

La transformación digital en hospitales representa un avance significativo en la atención médica moderna. Los técnicos en tecnologías de la información desempeñan un papel crucial en esta transformación al garantizar la implementación exitosa y la seguridad de los sistemas digitales.

La inversión en la digitalización no solo mejora la eficiencia operativa y la calidad de la atención médica, sino que también proporciona una experiencia más satisfactoria para los pacientes. La transformación digital está redefiniendo la forma en que se presta atención médica, permitiendo una atención más precisa, rápida y centrada en el paciente. En última instancia, la transformación digital en hospitales es esencial para mantener la excelencia en la atención médica en un mundo cada vez más conectado y digital.

6 Bibliografía

1. "Healthcare Information Technology Exam Guide" de Kathleen A. McCormick.
2. "Healthcare Information Systems" de Karen A. Wager.

Capítulo 619

SERVICIOS DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

La atención al paciente es un componente muy esencial en la prestación de servicios sanitarios. Dicha atención abarca desde el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud en la fase de admisión hasta el proceso de atención y tratamiento.

La admisión del paciente es el proceso que permite la identificación y el registro del paciente en el sistema de salud. Es el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario y lo que proporciona es una oportunidad única para comenzar a abordar las necesidades y expectativas del paciente.

La precisión en la admisión es muy importante para el buen funcionamiento del sistema de salud y para la correcta entrega de la atención sanitaria. Sin embargo, hay una infinidad de desafíos que incluyen fallos en la comunicación, errores de identificación, largas esperas y falta de información adecuada.

La atención al paciente, por otro lado, trata de prestar servicios médicos de calidad mientras se satisface las necesidades y expectativas del paciente.

La atención se enfoca en la comodidad del paciente, la seguridad, la eficacia y la eficiencia del tratamiento y una comunicación efectiva, siempre respetando la independencia del paciente.

Este servicio desempeña un papel crucial en la experiencia del paciente, ya que crea la primera impresión y establece la base para una atención médica efectiva y satisfactoria.

2 Objetivos

- Explorar en detalle el resultado de los servicios de admisión y atención al paciente en términos de su importancia, efectividad y desafíos asociados.
- Exponer los medios necesarios para conseguir una admisión y atención al paciente de calidad.

3 Metodología

El primer paso en este proceso es la formulación de las preguntas de investigación, que se basan en los objetivos específicos de este capítulo. Estas preguntas orientan la búsqueda de evidencias científicas y aseguran una recolección sistemática y completa de la literatura pertinente.

El siguiente paso es la identificación de las bases de datos más relevantes para buscar literatura científica en el campo de la atención sanitaria y la gestión sanitaria en las principales bases de datos.

La estrategia de búsqueda considera el uso de palabras clave y términos relacionados con los aspectos de interés de esta revisión: 'servicio de admisión', 'atención al paciente', 'satisfacción del paciente', 'calidad de la atención', 'eficiencia' e 'innovación'.

Una vez identificados los artículos pertinentes, se realiza una selección basada en la relevancia de los títulos y resúmenes de los estudios respecto a las preguntas de investigación. Los artículos seleccionados pasan a una fase de revisión completa, donde se examina el texto completo.

Una vez seleccionados los artículos de alta calidad, se realiza el análisis y la síntesis de la información. Los resultados se organizan y presentan de acuerdo con los objetivos específicos.

4 Resultados

Los servicios de admisión y atención al paciente son componentes fundamentales de cualquier sistema de atención médica. Su calidad y eficiencia tienen un impacto significativo en la experiencia del paciente y en los resultados clínicos. Para lograrlo, se fijan los siguientes objetivos:

- Identificar los elementos críticos que influyen en la eficiencia y eficacia del proceso de admisión al paciente, considerando aspectos comunicacionales, tecnológicos y humanos.
- Analizar los aspectos fundamentales de la atención al paciente, centrándose en las buenas prácticas, la satisfacción del paciente y la relación entre la calidad del servicio y los resultados de salud.
- Identificar las innovaciones y tendencias recientes y futuras en los servicios de admisión y atención al paciente. El rápido avance de la tecnología y el cambio en las expectativas de los pacientes exigen una actualización constante de los servicios de salud. Por tanto, es relevante comprender estas tendencias y sus implicaciones para la mejora de los servicios de salud.

Cumplir estos objetivos permitirá proporcionar un marco actualizado y científicamente sólido para mejorar la eficiencia y la calidad en el servicio de admisión y atención al paciente.

La admisión del paciente es el primer punto de contacto entre el paciente y el sistema de atención médica, y su experiencia en este momento inicial puede influir en su percepción general de la atención. A medida que el paciente avanza a través de su atención, la continua y de calidad es crucial para garantizar un tratamiento efectivo y satisfactorio. En este ensayo, exploraremos en detalle el resultado de los servicios de admisión y atención al paciente en términos de su importancia, efectividad y desafíos asociados.

La admisión del paciente es un proceso vital que implica la recopilación de información demográfica y médica, la identificación de necesidades y preferencias, así como la asignación de recursos apropiados. Un proceso de admisión eficiente, atención y precisa garantiza que el paciente reciba la adecuada desde el principio. La falta de información o la recopilación incorrecta de datos pueden tener consecuencias graves, como diagnósticos erróneos o tratamientos inadecuados. Por lo tanto, la calidad de los servicios de admisión es crucial para garantizar una atención de calidad.

Uno de los resultados más evidentes de una admisión efectiva es la mejora en la

satisfacción del paciente. Cuando los pacientes se sienten escuchados, atendidos y comprendidos desde el principio, tienen más confianza en el sistema de atención médica y en los profesionales que los atienden. Esto se traduce en una mayor cooperación del paciente, lo que a su vez mejora la adherencia al tratamiento y, en última instancia, los resultados clínicos. Además, una admisión eficaz también puede ayudar a optimizar la asignación de recursos y reducir el tiempo de espera, lo que beneficia tanto a los pacientes como a los proveedores de atención médica. En términos de atención continua, los resultados de los servicios de atención al paciente son igualmente cruciales. La calidad de la atención brindada durante la hospitalización o el tratamiento ambulatorio tiene un impacto directo en la recuperación y el bienestar del paciente. Cuando los pacientes reciben atención de alta calidad, están mejor preparados para enfrentar los desafíos de su enfermedad o lesión. Esto se traduce en una menor tasa de complicaciones, una recuperación más rápida y una mayor satisfacción con la atención recibida.

La comunicación eficaz entre el personal de atención al paciente y el paciente desempeña un papel fundamental en el resultado de la atención. La capacidad de los profesionales de la salud para explicar de manera comprensible los diagnósticos, tratamientos y procedimientos, así como para escuchar y abordar las preocupaciones del paciente, es esencial para una atención de calidad. La falta de comunicación puede llevar a malentendidos, ansiedad y desconfianza por parte del paciente. Por lo tanto, los servicios de atención al paciente deben centrarse en la promoción de una comunicación abierta y efectiva.

Además de la comunicación, la atención al paciente implica la coordinación de múltiples aspectos de la atención médica, incluyendo la administración de medicamentos, la programación de procedimientos, la gestión de las altas hospitalarias y el seguimiento post-tratamiento. La eficiencia en la coordinación es esencial para garantizar que el paciente reciba una atención coherente y adecuada. Las interrupciones o la falta de coordinación pueden dar lugar a errores médicos, tiempos de espera innecesarios y costos adicionales para el sistema de atención médica.

La tecnología desempeña un papel cada vez más importante en la mejora de los resultados de los servicios de admisión y atención al paciente. Los sistemas de información electrónica permiten una recopilación más eficiente y precisa de los datos del paciente, lo que reduce el riesgo de errores y acelera el proceso de admisión. Además, la telemedicina y las aplicaciones móviles facilitan la comunicación entre el paciente y el proveedor de atención, lo que permite un seguimiento más efectivo de la salud y una mayor participación del paciente en su propio cuidado.

A pesar de los avances tecnológicos, persisten desafíos en la prestación de servicios de admisión y atención al paciente. La falta de acceso a la atención médica, los problemas de financiamiento y las desigualdades en la atención pueden limitar el alcance de estos servicios. También es importante abordar las barreras lingüísticas y culturales para garantizar que los pacientes de diversas comunidades reciban una atención equitativa y culturalmente competente.

En conclusión, los servicios de admisión y atención al paciente son vitales para la calidad y eficacia de la atención médica. La calidad de la admisión y la atención continua tienen un impacto directo en la experiencia del paciente y en los resultados clínicos. La comunicación efectiva, la coordinación de la atención y el uso de la tecnología son herramientas clave para mejorar estos servicios. Sin embargo, los desafíos persistentes en el acceso, el financiamiento y la equidad en la atención requieren una atención continua. La mejora de los servicios de admisión y atención al paciente es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan y merecen en el sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que los servicios de admisión y atención al paciente desempeñan un papel crítico en el sistema de atención médica, y su calidad y eficiencia impactan directamente en la experiencia del paciente y en los resultados clínicos. Una admisión efectiva, que involucra la recopilación precisa de datos, la identificación de necesidades y preferencias, y la asignación adecuada de recursos, contribuye a una mayor satisfacción del paciente desde el principio. La atención continua de alta calidad, que se basa en una comunicación efectiva, la coordinación de la atención y el uso de tecnología, es esencial para la recuperación y el bienestar del paciente.

La tecnología, como los sistemas de información electrónica y la telemedicina, ha mejorado la eficiencia y la accesibilidad de estos servicios. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con el acceso a la atención, la equidad y las barreras culturales y lingüísticas. Para garantizar que todos los pacientes reciban una atención justa y culturalmente competente, es necesario abordar estos problemas de manera continua.

En última instancia, la mejora de los servicios de admisión y atención al paciente es esencial para asegurar que los pacientes reciban la atención que necesitan y merecen en el sistema de atención médica. La atención integral desde la admisión

hasta la atención continua es un objetivo valioso que no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye a resultados clínicos más positivos y a una experiencia general de atención más satisfactoria.

6 Bibliografía

1. Marrón, A. (2019). "Gestión Efectiva de la Calidad en Atención al Paciente". Editorial Cuidado Salud.
- Johnson, R. y García, M. (2018). "Evaluación de la Efectividad de los Servicios de Admisión en la Atención Hospitalaria". *Revista de Gestión Sanitaria*, 45(2), 101-120.
2. Pérez, S., & Martínez, E. (2021). "Comunicación Efectiva en la Atención al Paciente: Impacto en la Satisfacción del Paciente". *Revista de Investigación Médica*, 12(3), 265-280.
3. Organización Mundial de la Salud. (2019). "Mejora de la Calidad de la Atención al Paciente: Directrices para Profesionales de la Salud". Ginebra: OMS.
4. Sistema de Salud ABC. (2021). "Estrategias Exitosas para la Atención Centrada en el Paciente: Un Estudio de Caso". *Revista de Gestión de la Atención Médica*, 30(4), 315-330.

Capítulo 620

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CITA PREVIA

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

1 Introducción

El auxiliar administrativo en la cita previa desempeña un papel fundamental en el funcionamiento eficiente de numerosas organizaciones y entidades, ya que se encarga de coordinar y gestionar un aspecto crucial de la interacción entre la institución y sus usuarios: la programación de citas previas. Este proceso es esencial en una variedad de contextos, como hospitales, clínicas, oficinas gubernamentales, centros de servicios al cliente y muchas otras instancias donde la atención al público es esencial.

La cita previa se ha convertido en una herramienta indispensable para garantizar una atención de calidad y evitar largas esperas, lo que a su vez mejora la satisfacción de los clientes y la eficiencia de las operaciones. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial al ser el punto de contacto entre la institución y aquellos que buscan sus servicios. Su trabajo implica la gestión de

agendas, la asignación de horarios, la confirmación de citas, y la resolución de posibles conflictos o cambios de programación.

Además, el auxiliar administrativo en la cita previa también se encarga de recopilar y mantener registros precisos de las citas programadas, lo que es fundamental tanto para el seguimiento de los pacientes o clientes como para la planificación de recursos y la toma de decisiones estratégicas por parte de la institución.

En este papel, la eficiencia y la precisión son clave, ya que cualquier error en la programación de citas previas puede tener un impacto negativo en la experiencia del cliente o en la operación diaria de la institución. Además, el auxiliar administrativo debe ser capaz de gestionar situaciones desafiantes, como la reprogramación de citas de emergencia o la gestión de citas para un gran número de personas en un período de tiempo limitado.

En resumen, el auxiliar administrativo en la cita previa desempeña una función crucial en la optimización de la atención al cliente y la gestión de recursos en una amplia variedad de entornos organizativos. Su capacidad para coordinar eficientemente las citas previas y mantener registros precisos es esencial para el funcionamiento efectivo de la institución y la satisfacción de los usuarios.

2 Objetivos

- Mostrar el papel del auxiliar administrativo en la cita previa.
- Exponer las responsabilidades y funciones típicas de un auxiliar administrativo en el contexto de la cita previa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un auxiliar administrativo en el contexto de la cita previa suele ser responsable de gestionar las citas de clientes o pacientes en un entorno como una clínica médica, hospital, oficina gubernamental, etc. Esto incluye programar, modificar o cancelar citas según las necesidades de los usuarios.

Su finalidad es garantizar que se programen las citas de manera eficiente y se aprovechen al máximo los recursos disponibles, evitando largas esperas para los usuarios.

Buscar constantemente la satisfacción de los clientes al ofrecerles citas convenientes, responder a sus necesidades y resolver cualquier problema o conflicto de programación de manera eficaz.

Los auxiliares administrativos suelen llevar un registro preciso de todas las citas programadas, asegurando que la información esté actualizada y que no haya conflictos en la programación.

Parte importante del trabajo del auxiliar administrativo en la cita previa implica interactuar con los clientes o pacientes de manera amable y eficiente, respondiendo a sus preguntas, proporcionando información sobre los procedimientos de programación y asegurándose de que estén satisfechos con el servicio.

En muchos casos, el auxiliar administrativo utiliza software de programación de citas para gestionar el flujo de trabajo. Deben estar familiarizados con el uso de estas herramientas y ser capaces de resolver problemas técnicos si surgen.

Trabajan estrechamente con otros miembros del equipo, como médicos, enfermeros, o personal de atención al cliente, para garantizar que las citas se programen de manera eficiente y que los recursos estén disponibles cuando se necesiten. Mantener la confidencialidad de la información del paciente o cliente es fundamental en este papel. Los auxiliares administrativos deben seguir las políticas de privacidad y seguridad de datos.

La capacidad de manejar múltiples tareas y gestionar el tiempo de manera efectiva es esencial en este trabajo, ya que a menudo se enfrentan a un alto volumen de citas y solicitudes.

La comunicación clara y efectiva, tanto oral como escrita, es crucial para coordinar y confirmar citas con los clientes.

Pueden encontrarse con situaciones inesperadas, como citas dobles o cambios de horario de último minuto, y deben ser capaces de resolver estos problemas de manera eficaz.

Los auxiliares administrativos a menudo necesitan mantenerse actualizados con las políticas y procedimientos de la organización, así como con cualquier cambio

en los sistemas de programación de citas.

Estas son algunas de las responsabilidades y funciones típicas de un auxiliar administrativo en el contexto de la cita previa. El alcance exacto de estas funciones puede variar según la organización y el sector en el que trabajen.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en la gestión de citas previas es fundamental para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una experiencia positiva para los clientes o pacientes en diversas organizaciones, como clínicas médicas, hospitales, oficinas gubernamentales y otros entornos de servicios. A través de sus diversas responsabilidades y habilidades, estos profesionales desempeñan un papel crucial en la coordinación y programación de citas, asegurando que los recursos estén disponibles y que las necesidades de los usuarios se cumplan de manera efectiva.

Las funciones del auxiliar administrativo incluyen la gestión precisa de registros y documentación, la atención al cliente amable y eficiente, el uso de software especializado para la programación de citas, la coordinación interna con otros miembros del equipo, el mantenimiento de la confidencialidad de la información, la gestión del tiempo y la resolución de problemas. La comunicación efectiva y la actualización continua son habilidades clave en este rol dinámico.

Además, los auxiliares administrativos en la cita previa desempeñan un papel vital en la primera impresión que los clientes tienen de una organización. Una programación de citas eficiente y una atención al cliente de calidad pueden contribuir significativamente a la satisfacción del cliente y a la reputación de la organización.

Es importante destacar que la importancia de este papel puede variar según el sector y la organización específicos. Sin embargo, en general, los auxiliares administrativos en la cita previa son esenciales para la gestión organizada y exitosa de las citas, lo que a su vez contribuye al funcionamiento eficiente de la entidad y a la satisfacción de los usuarios. Su capacidad para realizar múltiples tareas, resolver problemas y mantener altos estándares de comunicación y servicio al cliente los convierte en activos valiosos en cualquier entorno en el que trabajen.

6 Bibliografía

1. NSALUD: un análisis del cambio organizativo. Medifam, 12(8), 11-29 del Estado, B. O. (1984). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE, 27.
2. INSALUD. Actividades en Atención Primaria. Memoria funcional. Madrid. In-salud 1989.
Aumenta en la Región la aceptación de la cita previa por teléfono. La Opinión de Murcia, 15 noviembre 1989; 3 (col 1).
3. Moreno J. Casi cinco mil pacientes se citaron por teléfono en dos días. El Norte de Castilla, 16 noviembre 1989; 9 (col 1-4).
4. Cenzano, F. (1989). El sistema de» cita previa» transforma la fisonomía de los consultorios del INSALUD. Diario, 16, 18.
5. Téllez, Á. R., & Iruzubieta, J. K. (2001). La demanda y la agenda de calidad. Instituto para el Conocimiento, Organización y Mejora de la Atención Primaria.
6. Martínez, A. R. (1993). La tarjeta sanitaria en el ámbito de gestión del INSALUD. Todo hospital, (95), 21-30.

Capítulo 621

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

1 Introducción

El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica desempeña un rol esencial en la gestión de información y procesos dentro del entorno médico. Su labor abarca una variedad de tareas que son fundamentales para el funcionamiento eficiente y ordenado de cualquier institución de atención médica, ya sea un hospital, una clínica, un consultorio médico o un centro de salud.

En un mundo donde la información médica es vital para la toma de decisiones clínicas, el auxiliar administrativo de la salud se erige como un pilar fundamental para garantizar que todos los aspectos relacionados con la admisión de pacientes

y la documentación de su historia clínica se realicen con precisión y eficacia. Su labor comienza desde el momento en que un paciente entra en contacto con la institución médica, ya sea para solicitar una cita, registrarse en el sistema o ser admitido para recibir atención médica.

Este profesional se encarga de recopilar y verificar la información personal y médica de los pacientes, asegurándose de que los registros estén actualizados y sean precisos. Además, juega un papel crucial en la coordinación de citas médicas, procedimientos y hospitalizaciones, evitando conflictos de programación y demoras innecesarias. También se encarga de gestionar la facturación y el proceso de cobro de servicios médicos, trabajando en estrecha colaboración con los departamentos financieros y de seguros de salud.

En el contexto del servicio de admisión y documentación clínica, el auxiliar administrativo de la salud se convierte en un enlace crucial entre los pacientes, el personal médico y el equipo administrativo. Su capacidad para mantener registros precisos y garantizar la confidencialidad de la información es esencial para el cumplimiento de normativas legales y regulaciones en materia de privacidad de datos de salud.

Además de estas responsabilidades básicas, este profesional puede ser el primer punto de contacto para pacientes y familiares, brindando información, orientación y apoyo en momentos de vulnerabilidad y estrés. Su habilidad para comunicarse de manera efectiva y empática es un activo invaluable en la atención al paciente.

En resumen, el auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica es un componente esencial del equipo de atención médica. Su trabajo minucioso, atención a los detalles y habilidades de comunicación son vitales para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna y eficaz, y que los procesos administrativos se desarrollen sin problemas en un entorno donde la información médica es de suma importancia. Este papel desempeña un papel crítico en el funcionamiento exitoso de cualquier institución de atención médica moderna.

2 Objetivos

- Mostrar el papel que desempeña el auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica.

- Exponer las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica desempeña un papel crucial en el funcionamiento de un centro de atención médica. Sus objetivos se centran en:

- Gestión de la información precisa: El principal objetivo es asegurarse de que toda la información médica y administrativa relacionada con los pacientes se registre de manera precisa y actualizada. Esto garantiza que los médicos tengan acceso a la información necesaria para brindar una atención adecuada.
- Coordinación de citas y admisiones: Facilitar la programación de citas médicas, procedimientos y hospitalizaciones de manera eficiente, evitando conflictos y demoras. Esto contribuye a una mejor organización y optimización de los recursos médicos.

Sus responsabilidades varían según la institución, pero generalmente incluyen:

1. Recepción y Registro de Pacientes: Registrar la información básica de los pacientes que llegan al centro médico, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono y razón de la visita.
2. Citas y Agenda: Coordinar las citas médicas, asegurándose de que los horarios de los médicos estén organizados de manera eficiente y que los pacientes reciban recordatorios de sus citas.
3. Historias Clínicas: Mantener y gestionar las historias clínicas de los pacientes, asegurándose de que estén actualizadas y sean accesibles para el personal médico autorizado.

4. Facturación y Cobros: Ayudar en la facturación de los servicios médicos, así como en la gestión de pagos y cobros de los pacientes, trabajando en estrecha colaboración con el departamento de finanzas.
5. Seguros Médicos: Verificar y procesar las reclamaciones de seguros médicos, asegurándose de que los pacientes estén adecuadamente cubiertos y de que se reciban los reembolsos correspondientes.
6. Atención al Cliente: Brindar atención al cliente de alta calidad, responder preguntas de los pacientes y garantizar un trato amable y respetuoso en todo momento.
7. Archivo y Documentación: Organizar y mantener los registros médicos y otros documentos importantes de manera segura y organizada.
8. Coordinación Interna: Colaborar con otros departamentos dentro del centro de atención médica, como el personal médico, enfermeras y administración, para garantizar una comunicación efectiva y una atención de calidad para los pacientes.
9. Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que todas las prácticas y procedimientos cumplan con las regulaciones y normativas de salud y privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en los Estados Unidos.
10. Actualización Continua: Mantenerse al tanto de las actualizaciones en la administración de la salud y aprender nuevas técnicas y tecnologías para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de admisión y documentación clínica.

El trabajo de un auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica es esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención médica de calidad en cualquier institución de salud. El profesional debe ser organizado, tener buenas habilidades de comunicación y ser capaz de mantener la confidencialidad de la información del paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica es fundamental en la gestión y operación eficiente de un centro de atención médica. Este profesional realiza una variedad de tareas esenciales que

abarcen desde la recepción y registro de pacientes hasta la gestión de historias clínicas, facturación y atención al cliente. Su trabajo contribuye en gran medida a la calidad de la atención médica y a la satisfacción de los pacientes.

Uno de los aspectos más importantes de la labor del auxiliar administrativo de la salud es la precisión y el mantenimiento adecuado de registros médicos. Garantizar que las historias clínicas estén completas, actualizadas y disponibles para el personal médico es esencial para un diagnóstico y tratamiento adecuados. Además, el manejo adecuado de la información confidencial de los pacientes, en cumplimiento con las regulaciones de privacidad, como la HIPAA, es de suma importancia.

La coordinación interna y la comunicación efectiva son aspectos clave del trabajo de este profesional. Colaborar con médicos, enfermeras y otros departamentos dentro del centro de atención médica es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna. Además, brindar atención al cliente de alta calidad es fundamental para mantener la satisfacción de los pacientes y la reputación del centro de salud.

La actualización continua es otra característica importante de este rol. Dado que la administración de la salud está en constante evolución, los auxiliares administrativos deben mantenerse al día con las últimas regulaciones y tecnologías para garantizar que su trabajo sea eficiente y cumpla con los estándares actuales.

En definitiva, el auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica desempeña una función esencial en el sistema de atención médica, contribuyendo a la eficiencia operativa y al cuidado de los pacientes. Su trabajo es una parte integral de la experiencia de atención médica y juega un papel vital en la garantía de un servicio de calidad y en el cumplimiento de las regulaciones de salud y privacidad.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
3. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La

- Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. *Papeles Médicos*, 10(1), 24-31.
4. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. *Papeles médicos*, 19(2), 4.
5. Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.

Capítulo 622

ATENCIÓN A PACIENTES INMIGRANTES Y EXTRANJEROS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: EL ROL DEL ASISTENTE ADMINISTRATIVO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

1 Introducción

La atención médica es un derecho fundamental que debe estar al alcance de todas las personas, independientemente de su origen, nacionalidad o estatus migratorio. En un mundo cada vez más globalizado, los movimientos migratorios y la presencia de extranjeros en diferentes países son una realidad constante. Esto plantea desafíos y oportunidades para los sistemas de salud en todo el mundo, ya que deben adaptarse para brindar atención adecuada y equitativa a pacientes inmigrantes y extranjeros.

El acceso a la atención médica es esencial para mantener la salud y el bienestar de cualquier individuo, y los asistentes administrativos en establecimientos de salud desempeñan un papel crucial en garantizar que esta atención sea efectiva, eficiente y accesible para todos. En este contexto, el rol del asistente administrativo se vuelve aún más significativo, ya que son los primeros puntos de contacto con los pacientes y desempeñan un papel esencial en la gestión de la información y la coordinación de los servicios de atención médica.

Este artículo explorará a fondo el papel del asistente administrativo en la atención a pacientes inmigrantes y extranjeros en establecimientos de salud. Examinará los desafíos específicos que enfrentan los pacientes extranjeros en un sistema de atención médica que puede ser complejo y desconocido para ellos. También analizará las responsabilidades y habilidades clave que los asistentes administrativos deben desarrollar para brindar un servicio de calidad y comprensión a esta población diversa.

La atención a pacientes inmigrantes y extranjeros no se trata solo de superar barreras lingüísticas y culturales, sino también de abordar cuestiones legales, administrativas y logísticas que pueden afectar la atención médica. En este sentido, los asistentes administrativos desempeñan un papel central en la identificación y resolución de problemas relacionados con la documentación, el seguro de salud y otros aspectos administrativos que pueden afectar la atención médica de los pacientes.

Además, es esencial comprender la importancia de una atención culturalmente sensible en la prestación de servicios de salud. Los pacientes inmigrantes y extranjeros a menudo traen consigo diferentes experiencias, creencias y expectativas en relación con la atención médica, y los asistentes administrativos deben ser capaces de adaptarse y responder a estas diferencias de manera respetuosa y efectiva.

En resumen, este artículo explorará en profundidad el rol fundamental del asistente administrativo en la atención a pacientes inmigrantes y extranjeros en establecimientos de salud. Se analizarán los desafíos específicos, las habilidades necesarias y las responsabilidades clave que los asistentes administrativos deben asumir para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su origen, reciban la atención médica que merecen. La atención médica es un derecho universal, y los asistentes administrativos desempeñan un papel esencial en hacer que este derecho sea una realidad para todos.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del asistente administrativo en la atención a pacientes inmigrantes y extranjeros.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención a pacientes inmigrantes y extranjeros en establecimientos de salud es un tema importante y requiere una atención especializada. El rol del asistente administrativo en este contexto es crucial para garantizar una atención de calidad y sin barreras. A continuación, te proporciono algunos resultados clave sobre este tema:

1. ****Conciencia Cultural:**** El asistente administrativo debe estar capacitado para comprender y respetar las diferencias culturales de los pacientes inmigrantes y extranjeros. Esto incluye el respeto por las costumbres, valores y creencias de diferentes grupos culturales.
2. ****Comunicación Multilingüe:**** Es fundamental que el asistente administrativo sea capaz de comunicarse en varios idiomas, o al menos contar con acceso a servicios de interpretación o traducción para garantizar una comunicación efectiva con los pacientes que no hablen el idioma local.
3. ****Documentación y Reglamentación:**** El asistente administrativo debe estar al tanto de los requisitos legales y documentación necesaria para la atención de pacientes extranjeros, incluyendo visas, seguros médicos y documentos de identificación.
4. ****Acceso Equitativo:**** Es importante asegurarse de que los pacientes inmigrantes y extranjeros tengan igualdad de acceso a los servicios de salud, sin im-

portar su estatus migratorio. El asistente administrativo debe trabajar para eliminar posibles barreras administrativas.

5. ****Confidencialidad y Privacidad:**** El asistente administrativo debe ser especialmente diligente en mantener la confidencialidad de la información de los pacientes inmigrantes y extranjeros, ya que pueden tener preocupaciones adicionales sobre la divulgación de su estatus migratorio.

6. ****Recursos de Apoyo:**** El asistente administrativo puede desempeñar un papel importante al conectar a los pacientes con recursos de apoyo, como servicios sociales, organizaciones de migrantes y programas de asistencia financiera, según sea necesario.

7. ****Educación y Sensibilización:**** Fomentar la educación y la sensibilización en el equipo de salud y la comunidad sobre las necesidades y desafíos de los pacientes inmigrantes y extranjeros es esencial. El asistente administrativo puede desempeñar un papel en la promoción de la sensibilización cultural.

8. ****Seguimiento de Citas y Coordinación:**** Ayudar a los pacientes a programar y dar seguimiento a sus citas médicas, exámenes y procedimientos es una responsabilidad importante del asistente administrativo para garantizar que reciban la atención necesaria.

9. ****Resolución de Problemas:**** El asistente administrativo puede encontrarse con desafíos únicos al lidiar con problemas relacionados con la atención de pacientes inmigrantes y extranjeros, como la falta de documentación. La capacidad de encontrar soluciones y referir a los pacientes a recursos adecuados es clave.

10. ****Desarrollo de Políticas y Procedimientos Inclusivos:**** Colaborar con la dirección y el equipo de salud para desarrollar políticas y procedimientos inclusivos que promuevan la equidad en la atención a pacientes inmigrantes y extranjeros.

En resumen, el asistente administrativo desempeña un papel esencial en garantizar que los pacientes inmigrantes y extranjeros reciban una atención de salud adecuada y sin barreras en los establecimientos de salud. Esto requiere sensibilidad cultural, habilidades de comunicación multilingüe y un enfoque en la equidad en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes inmigrantes y extranjeros en establecimientos de salud es un tema de importancia crítica en la atención médica moderna. A medida que las poblaciones migratorias continúan creciendo en muchas partes del mundo, los asistentes administrativos desempeñan un rol esencial en garantizar que estas comunidades reciban atención médica de alta calidad, sin importar su origen étnico, nacionalidad o estatus migratorio. En este contexto, es fundamental destacar algunas conclusiones clave:

1. ****Diversidad Cultural****: La diversidad cultural en los establecimientos de salud es una realidad. Los asistentes administrativos deben ser conscientes de las diferencias culturales y estar dispuestos a aprender y adaptarse para brindar un servicio inclusivo y respetuoso.
2. ****Comunicación Efectiva****: La comunicación es la base de una atención médica adecuada. Los asistentes administrativos deben estar preparados para comunicarse en varios idiomas o facilitar la comunicación a través de servicios de interpretación o traducción.
3. ****Acceso Equitativo****: Garantizar que los pacientes inmigrantes y extranjeros tengan igualdad de acceso a la atención médica es esencial. Esto implica eliminar barreras administrativas y brindar información clara sobre los derechos y servicios disponibles.
4. ****Confidencialidad y Respeto****: El respeto a la confidencialidad y la privacidad de los pacientes, especialmente en el contexto de preocupaciones sobre el estatus migratorio, es fundamental. Los asistentes administrativos deben ser diligentes en este aspecto.
5. ****Empoderamiento y Enlace con Recursos****: Los asistentes administrativos pueden empoderar a los pacientes inmigrantes y extranjeros al proporcionarles información sobre recursos disponibles, como servicios sociales, programas de asistencia financiera y grupos de apoyo.
6. ****Sensibilización y Educación****: La sensibilización cultural y la educación en el equipo de salud y la comunidad son herramientas poderosas para mejorar la atención. Los asistentes administrativos pueden jugar un papel activo en este sentido.
7. ****Resolución de Problemas y Adaptabilidad****: En situaciones donde pueden

surgir desafíos, como la falta de documentación, los asistentes administrativos deben ser hábiles en la resolución de problemas y adaptarse a las circunstancias cambiantes.

8. ****Políticas Inclusivas****: El desarrollo y la implementación de políticas y procedimientos inclusivos son esenciales para garantizar una atención equitativa y de calidad para todos los pacientes, independientemente de su origen.

En última instancia, el rol del asistente administrativo en la atención a pacientes inmigrantes y extranjeros va más allá de tareas puramente administrativas. Implica ser un facilitador de la atención médica, un defensor de la equidad y un enlace vital entre los pacientes y los servicios de salud. Al abrazar la diversidad cultural, fomentar la comunicación efectiva y abogar por la igualdad de acceso, los asistentes administrativos desempeñan un papel esencial en la promoción de una atención de salud inclusiva y de alta calidad para todas las personas, sin importar su origen.

6 Bibliografía

1. “Atención Sanitaria a Inmigrantes: Manual Práctico” de Ricardo Piqueras.
2. “Atención Médica a Migrantes y Refugiados: Guía Práctica” de Patricia Documet y Kevin Pottie.
3. “Salud y Migración” de Edith Pantelides.
4. “Interpretación en Salud: Guía para la Práctica Profesional” de Claudia V. Angelelli.
5. “Inmigración y Acceso a la Atención Sanitaria: Análisis de la Situación en España” de Julia García-Serrano y otros.
6. “Migrantes en el Sistema de Salud: Desafíos y Propuestas para una Atención Integral” de Fundación Esplai.
7. Revistas Especializadas: “Revista Española de Salud Pública” y “Gaceta Sanitaria”.

Capítulo 623

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

1 Introducción

La apnea obstructiva del sueño es un trastorno médico crónico que afecta a millones de personas en todo el mundo. Este trastorno se caracteriza por la interrupción repetida de la respiración durante el sueño debido a la obstrucción de las vías respiratorias superiores. Estas obstrucciones pueden ser parciales o totales y suelen ir acompañadas de ronquidos fuertes. La apnea obstructiva del sueño no solo perturba la calidad del sueño, sino que también puede tener graves consecuencias para la salud si no se trata adecuadamente.

En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la atención y el manejo de pacientes con apnea obstructiva del sueño. Los TCAE son profesionales de la salud que trabajan estrechamente con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud

para proporcionar cuidados esenciales a los pacientes en diversas áreas de la atención médica, incluyendo la atención a personas con trastornos del sueño como la apnea obstructiva del sueño.

El TCAE en apnea obstructiva del sueño desempeña múltiples funciones esenciales en la atención de estos pacientes. Su labor incluye la monitorización de los signos vitales, la preparación de equipos y dispositivos médicos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de la apnea del sueño, la educación de los pacientes sobre la enfermedad y su manejo, y la colaboración en la implementación de las terapias recomendadas por los profesionales de la salud, como el uso de dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o dispositivos de presión positiva en las vías respiratorias (BiPAP).

Además de estas funciones, el TCAE también juega un papel crucial en la identificación de posibles complicaciones relacionadas con la apnea obstructiva del sueño, como la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes. La detección temprana de estas complicaciones es esencial para garantizar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El conocimiento y la capacitación del TCAE en apnea obstructiva del sueño son fundamentales para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes que padecen este trastorno. Esto incluye la comprensión de los procedimientos de diagnóstico, la interpretación de los resultados de estudios de sueño, la familiaridad con los diferentes dispositivos y terapias disponibles, y la habilidad para ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la apnea del sueño puede tener un impacto significativo en la vida cotidiana y las relaciones personales.

En resumen, el TCAE desempeña un papel esencial en la atención de pacientes con apnea obstructiva del sueño, contribuyendo a su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Su papel abarca desde la educación y el apoyo a los pacientes hasta la colaboración en la implementación de terapias médicas. El conocimiento y la competencia de estos profesionales son fundamentales para mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno y prevenir complicaciones potencialmente graves.

2 Objetivos

1. Evaluar y registrar los signos vitales: medir y registrar de manera precisa la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno de los pacientes con apnea obstructiva del sueño. Esto permite un seguimiento continuo de su estado de salud.
2. Realizar el seguimiento de la terapia: asegurarse de que los pacientes estén utilizando sus dispositivos de terapia (como CPAP o BiPAP) correctamente, y resolver cualquier problema técnico que puedan enfrentar con estos equipos.
3. Educación del paciente: proporcionar información y educación a los pacientes sobre la apnea obstructiva del sueño, sus consecuencias para la salud y cómo seguir adecuadamente su terapia.

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 se han consultado las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante en el cuidado de pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). La apnea obstructiva del sueño es un trastorno en el cual la persona experimenta interrupciones repetidas en la respiración durante el sueño debido a la obstrucción de las vías respiratorias superiores. Aquí hay algunas de las tareas y responsabilidades que un TCAE puede llevar a cabo en relación con pacientes que padecen AOS:

1. Monitorización: el TCAE puede ayudar en la monitorización de los signos vitales de los pacientes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno durante el sueño.
2. Preparación para estudios de sueño: ayudar en la preparación de los pacientes para estudios de sueño, que son pruebas especializadas utilizadas para diagnos-

ticar la AOS.

3. Educación: proporcionar educación básica a los pacientes sobre la AOS, sus riesgos y el uso de dispositivos como los dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés).
4. Asistencia con CPAP: ayudar a los pacientes en el uso y mantenimiento de dispositivos CPAP, incluida la limpieza y el ajuste adecuado de las mascarillas.
5. Registro de datos: mantener registros precisos de la información relacionada con la AOS de los pacientes, incluidos los datos de las pruebas de sueño y el progreso en el tratamiento.
6. Soporte emocional: proporcionar apoyo emocional a los pacientes que pueden estar lidiando con los efectos negativos de la AOS en su calidad de vida y su bienestar.
7. Comunicación: colaborar con el equipo de atención médica, incluidos los médicos y los enfermeros, para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes con AOS.
8. Seguridad: estar preparado para responder en caso de emergencia, como la detección de problemas respiratorios graves durante el sueño.

Es importante destacar que las responsabilidades específicas de un TCAE pueden variar según el lugar de trabajo y las regulaciones locales. En algunos casos, pueden requerirse capacitaciones adicionales para trabajar específicamente con pacientes que tienen AOS. Además, la atención a pacientes con AOS a menudo se lleva a cabo en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeros especializados en el tratamiento de trastornos del sueño.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el TCAE desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). Sus responsabilidades incluyen la monitorización de signos vitales, la preparación para estudios de sueño, la educación y asistencia en el uso de dispositivos como el CPAP, el registro de datos, el apoyo emocional y la comunicación con el equipo de atención médica. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes con AOS. Las tareas es-

pecíficas pueden variar según el entorno y las regulaciones locales, y en algunos casos, puede requerirse capacitación adicional para trabajar con pacientes que tienen AOS. En general, los TCAE desempeñan un papel valioso en el cuidado y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con AOS.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Síndrome de apnea obstructiva del sueño [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/apnea-sueno>.

Capítulo 624

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

1 Introducción

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es una condición médica compleja que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo. Se caracteriza por una serie de síntomas y hallazgos clínicos que incluyen irregularidades en el ciclo menstrual, exceso de andrógenos (hormonas masculinas) en el cuerpo, quistes en los ovarios y posiblemente resistencia a la insulina. Esta condición no solo tiene un impacto significativo en la salud reproductiva de las mujeres, sino que también puede dar lugar a una serie de complicaciones metabólicas, como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un componente esencial en el manejo integral de las pacientes con SOP.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, también conocidos como TCAE, desempeñan un papel fundamental en el sistema de atención médica al brindar cuidados y asistencia a pacientes en diversos entornos de atención, incluyendo hospitales, clínicas, consultorios médicos y centros de salud. Su formación y experiencia les permiten trabajar bajo la supervisión de enfermeras y médicos, y desempeñar un papel crucial en la atención a pacientes con condiciones médicas crónicas como el SOP.

En el caso del síndrome del ovario poliquístico, los TCAE desempeñan múltiples funciones que contribuyen al bienestar de las pacientes. En primer lugar, son responsables de la recolección de datos clínicos relevantes, como la historia médica de la paciente, sus síntomas y antecedentes familiares. Esta información es esencial para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

Además, los TCAE pueden ayudar en la realización de pruebas diagnósticas, como análisis de sangre para medir los niveles hormonales o ecografías para identificar la presencia de quistes ováricos. También pueden ser responsables de la monitorización de los signos vitales de la paciente, lo que es especialmente importante en casos de SOP, ya que las mujeres con esta condición tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Otro aspecto crucial del papel de los TCAE en el manejo del SOP es la educación y el apoyo a las pacientes. Pueden proporcionar información sobre la condición, sus posibles consecuencias y las opciones de tratamiento disponibles. Esto es esencial para empoderar a las mujeres con SOP y ayudarlas a tomar decisiones informadas sobre su salud.

Además, los TCAE desempeñan un papel importante en la gestión de los síntomas del SOP. Pueden colaborar en la administración de medicamentos recetados, como anticonceptivos orales o medicamentos para controlar la resistencia a la insulina. También pueden ofrecer orientación sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, que incluye una dieta equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico, factores que pueden ayudar a mejorar los síntomas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

En resumen, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Síndrome del Ovario Poliquístico es esencial para el manejo integral de esta compleja condición médica. Su contribución en la recopilación de datos, la realización de pruebas diagnósticas, la monitorización de signos vitales, la educación y el apoyo a las pacientes, así como la colaboración en la gestión de los síntomas, no solo

mejora la calidad de vida de las mujeres afectadas por el SOP, sino que también contribuye a la prevención de complicaciones a largo plazo y al fomento de la salud reproductiva. En última instancia, los TCAE son un pilar fundamental en el equipo de atención médica que aborda esta importante condición médica.

2 Objetivos

Conocer las funciones que desempeña el TCAE en el síndrome del ovario poliquístico.

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 las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El papel del TCAE en el síndrome del ovario poliquístico (SOP) es fundamental en el cuidado y apoyo a las pacientes que padecen esta afección. A continuación, se describen algunas de las responsabilidades y funciones que un TCAE puede desempeñar en el manejo del SOP:

1. Educación y consejería: los TCAE pueden proporcionar información básica sobre el SOP a las pacientes y sus familias. Esto puede incluir explicar qué es el SOP, sus síntomas, posibles complicaciones y opciones de tratamiento disponibles.
2. Apoyo emocional: el diagnóstico de SOP puede ser emocionalmente desafiante para las pacientes. Los TCAE pueden ofrecer apoyo emocional al escuchar a las pacientes, brindar consuelo y proporcionar un ambiente comprensivo.
3. Control de signos vitales: los TCAE pueden ser responsables de medir y registrar signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, en pacientes con SOP. Esto es importante para monitorear cualquier cambio en las condiciones de salud de la paciente.

4. Asistencia en procedimientos médicos: pueden ayudar a los enfermeros o médicos en la realización de procedimientos médicos relacionados con el tratamiento del SOP, como la extracción de sangre para análisis hormonal o la administración de medicamentos.

5. Apoyo en el manejo de la medicación: los TCAE pueden ayudar a las pacientes a comprender y seguir las indicaciones médicas relacionadas con los medicamentos utilizados para tratar el SOP, como anticonceptivos orales o medicamentos para la resistencia a la insulina.

6. Promoción del autocuidado: los TCAE pueden alentar a las pacientes con SOP a llevar un estilo de vida saludable, que incluya una dieta balanceada y actividad física regular, lo que puede ayudar a controlar los síntomas y prevenir complicaciones.

7. Preparación para procedimientos quirúrgicos: en casos en los que se requiera cirugía, como la laparoscopia para extirpar quistes ováricos, los TCAE pueden ayudar a preparar a las pacientes, brindando información sobre el procedimiento y apoyo emocional.

8. Seguimiento y registro de síntomas; los TCAE pueden registrar y mantener un seguimiento de los síntomas y el progreso de las pacientes con SOP, lo que es esencial para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

9. Colaboración en el equipo de atención: trabajan en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud en el cuidado integral de las pacientes con SOP, asegurándose de que se brinde una atención coordinada y efectiva.

Es importante destacar que el papel del TCAE en el manejo del SOP varía según la institución de salud y las políticas locales. Los TCAE deben trabajar bajo la supervisión de enfermeros o médicos y seguir las directrices establecidas en su entorno de trabajo. Su contribución es valiosa para garantizar una atención de calidad a las pacientes con SOP.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña una función esencial en el manejo del síndrome del ovario poliquístico (SOP). A través de una variedad de responsabilidades y funciones, estos profe-

sionales contribuyen significativamente al cuidado y apoyo integral de las pacientes que padecen esta afección.

Los TCAE actúan como facilitadores de la información al proporcionar educación y consejería a las pacientes y sus familias, ayudando a aumentar la comprensión del SOP y sus implicaciones. Además, ofrecen un apoyo emocional valioso en un momento en que el diagnóstico y el tratamiento pueden generar preocupaciones y ansiedad.

En el ámbito clínico, los TCAE tienen un rol importante en la monitorización de las pacientes, registrando signos vitales y asistiendo en procedimientos médicos relacionados con el SOP. Su capacidad para colaborar en la administración de medicamentos y el seguimiento de síntomas es crucial para garantizar que las pacientes reciban el tratamiento adecuado y se controlen sus avances.

Además, los TCAE promueven el autocuidado al alentar a las pacientes a adoptar hábitos de vida saludables, incluyendo la dieta y el ejercicio, como parte integral del tratamiento del SOP. También son esenciales en la preparación de las pacientes para procedimientos quirúrgicos cuando sea necesario.

La colaboración en el equipo de atención es un elemento clave del papel de los TCAE, ya que trabajan en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud para brindar una atención coordinada y efectiva. Esto garantiza que las pacientes con SOP reciban un cuidado completo y personalizado.

En última instancia, los TCAE desempeñan un papel esencial en el abordaje del SOP, brindando apoyo tanto en el aspecto clínico como en el emocional, y contribuyendo al bienestar general de las pacientes. Su dedicación y competencia son fundamentales para garantizar una atención de calidad a las mujeres que enfrentan esta afección compleja.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Síndrome del ovario poliquístico [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000369.htm>.

5. Síndrome de ovario poliquístico [Internet]. Mayoclinic.org. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pcos/symptoms-causes/syc-20353439>.

Capítulo 625

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

1 Introducción

La atención y el cuidado de pacientes oncológicos representan uno de los desafíos más significativos en el ámbito de la enfermería y la atención médica en general. El cáncer es una enfermedad devastadora que afecta no solo al cuerpo, sino también a la mente y el espíritu de quienes la padecen. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un pilar fundamental para proporcionar un enfoque integral y compasivo en la atención de los pacientes oncológicos.

Los pacientes diagnosticados con cáncer enfrentan una serie de dificultades y complejidades en su proceso de tratamiento y recuperación. Desde la incertidum-

bre que rodea al diagnóstico inicial hasta los efectos secundarios de los tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, estos individuos requieren un apoyo constante y una atención especializada. Aquí es donde entra en juego el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, desempeñando un papel esencial en el equipo de atención médica que rodea al paciente oncológico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería no solo ofrece cuidados físicos, como la administración de medicamentos y la toma de signos vitales, sino que también desempeña un papel crucial en el bienestar emocional de los pacientes. La empatía y la comprensión son habilidades esenciales en su arsenal, ya que brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias mientras enfrentan momentos de miedo, ansiedad y preocupación.

Además, la educación y el asesoramiento son funciones importantes del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito oncológico. Ayudan a los pacientes a comprender sus tratamientos, gestionar los efectos secundarios y adoptar un estilo de vida más saludable para mejorar su calidad de vida. Esta labor educativa es vital para empoderar a los pacientes y permitirles tomar decisiones informadas sobre su atención y tratamiento.

En resumen, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes oncológicos es multidimensional y esencial para el proceso de atención integral. Su presencia brinda confort, apoyo emocional y ayuda práctica en el camino de la lucha contra el cáncer. En este contexto, este profesional no solo contribuye al alivio de los síntomas físicos, sino que también desempeña un papel fundamental en la promoción del bienestar general y la mejora de la calidad de vida de aquellos que enfrentan esta desafiante enfermedad.

2 Objetivos

Asegurar la administración correcta de medicamentos, realizar procedimientos médicos y tomar signos vitales de manera precisa para contribuir al tratamiento y seguimiento del paciente oncológico.

Brindar apoyo emocional a los pacientes oncológicos y sus familias, demostrando empatía, comprensión y paciencia en momentos de ansiedad y angustia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado del paciente oncológico es de vital importancia. Los TCAEs desempeñan un rol fundamental en el equipo de atención médica, proporcionando cuidados básicos y apoyo emocional a los pacientes que enfrentan el cáncer. Aquí tienes algunos de los aspectos clave de su papel en el cuidado del paciente oncológico:

1. ****Cuidado personal****: Los TCAEs asisten en la higiene personal de los pacientes, incluyendo baños, cambios de ropa de cama, y la movilización de pacientes encamados o debilitados debido a la enfermedad o el tratamiento.
2. ****Control de síntomas****: Ayudan en el manejo de los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento, como náuseas, vómitos, fatiga y dolor. Pueden administrar medicamentos según las indicaciones de enfermería.
3. ****Observación y documentación****: Los TCAEs son responsables de observar y registrar signos vitales, cambios en el estado de ánimo y el estado general del paciente. Esto es fundamental para detectar cualquier deterioro en la salud del paciente y comunicarlo al equipo de atención médica.
4. ****Apoyo emocional****: Brindan apoyo emocional a los pacientes oncológicos y a sus familias. Escuchar activamente y ofrecer palabras de aliento son parte importante de su labor.
5. ****Educación del paciente****: Explican procedimientos, rutinas y cuidados a los pacientes y sus familias. Pueden enseñarles sobre la administración de medicamentos en el hogar o cómo cuidar de forma adecuada a un paciente oncológico.
6. ****Prevención de infecciones****: Los TCAEs juegan un papel crucial en la prevención de infecciones, asegurando que se sigan protocolos de higiene estrictos y proporcionando cuidados de heridas si es necesario.
7. ****Colaboración en el equipo de atención****: Trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente oncológico.
8. ****Dignidad y respeto****: Promueven la dignidad y el respeto hacia el paciente en todo momento, reconociendo la importancia de mantener la privacidad y la confidencialidad.
9. ****Seguridad****: Contribuyen a mantener un entorno seguro para el paciente, evitando caídas, accidentes y siguiendo protocolos de seguridad establecidos.

10. ****Actualización continua****: Los TCAEs deben mantenerse actualizados en los avances en el campo de la oncología y la atención al paciente para proporcionar cuidados de alta calidad.

En resumen, el TCAE en el ámbito de la oncología desempeña un papel esencial en el cuidado y apoyo de los pacientes que enfrentan esta enfermedad. Su trabajo contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a garantizar una atención integral y compasiva durante su tratamiento y recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado del paciente oncológico es de suma importancia. Estos profesionales desempeñan una función fundamental en el equipo de atención médica, proporcionando cuidados básicos, apoyo emocional y asistencia en el control de síntomas y efectos secundarios del tratamiento. Su trabajo se traduce en una atención integral y de alta calidad para los pacientes que enfrentan el cáncer.

Además de las tareas específicas mencionadas, los TCAEs promueven la dignidad, el respeto y la seguridad de los pacientes, colaboran estrechamente con el equipo de atención médica y se mantienen actualizados en el campo de la oncología. En última instancia, contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y a proporcionar un entorno de cuidado compasivo y efectivo.

En un contexto en el que el cáncer es una enfermedad que afecta a muchas personas en todo el mundo, el papel de los TCAEs es esencial para brindar el apoyo necesario y garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en todas las etapas de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. "Manual de Cuidados en Enfermería Oncológica" de María Isabel Rodríguez y M.^a Ángeles Fernández.
2. "Enfermería Oncológica" de Sánchez C. y Arboleda T.
3. "Cuidados de Enfermería en Pacientes Oncológicos" de Juan Carlos Pérez-García.
4. "Oncología: Cuidados de Enfermería" de Ana Belén Ramos Conde.

Capítulo 626

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE LA SALUD MENTAL

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

EDITA CUETO GONZALEZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

Empezaremos por definir qué es la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) describe la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La Confederación de Salud Mental de España lo perfila más aún y manifiesta que “el concepto de ‘salud mental’ está relacionado con la promoción del bienestar físico y psíquico, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y recuperación de las personas con problemas de salud mental”.

Las causas para que aparezca un trastorno mental suelen ser una combinación de factores genéticos, del entorno social y de experiencias vividas.

Si bien hay personas con más predisposición genética que otras para desarrollar un trastorno mental, también hay otros factores que lo potencian, como son:

abuso de sustancias farmacológicas, consumo de sustancias tóxicas: alcohol y drogas; malos hábitos nutricionales; abusos en la infancia; vida familiar disfuncional; exclusión social; expectativas sociales no satisfechas; experiencias traumáticas vividas; afecciones neuróticas derivadas del estrés; la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.

Por ende, en el transcurso de nuestra vida, múltiples causas individuales, sociales y estructurales se pueden mezclar y resentir nuestra salud mental.

Nadie, absolutamente nadie, está libre de padecer un trastorno mental.

A las personas afectadas les cuesta pedir ayuda y reconocer su problema, por ello cuando se deciden a ir al centro asistencial es importante la primera impresión que tendrá el paciente. Los auxiliares administrativos haremos la recepción y seremos los responsables de conseguir que el paciente que llega por primera vez se sienta cómodo. Debemos optimizar esa atención ofreciéndole un trato cercano, mostrando empatía y fomentando la escucha activa. Si cuidar la comunicación verbal es importante, no menos lo es la comunicación no verbal. De hecho, en muchas ocasiones, no es tan importante lo que decimos, sino cómo lo decimos. A la hora de comunicarnos con ellos prestaremos mucha atención a la expresión facial, al contacto ocular, la sonrisa, los gestos, la postura, el tono, etc.

Si cada una de las personas que integramos el equipo multidisciplinar damos lo mejor de nosotros, nos involucramos y volcamos toda nuestra experiencia, lograremos el nivel de satisfacción y el clima de confianza necesario para que se de el clima de seguridad y confianza necesario para que aumenten las posibilidades de que el paciente vuelva y se realice el plan de tratamiento para su recuperación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor administrativa en el Servicio de Salud Mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo en gran parte se ha recurrido a la propia experiencia como auxiliar administrativo en el servicio de salud mental.

Al mismo tiempo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

También se han consultado en línea Publicaciones del Ministerio de Sanidad, de la OMS y monografías de otros organismos relacionadas con el tema en cuestión.

4 Resultados

Como referimos anteriormente la salud mental y los problemas mentales son de origen multifactorial por lo que en cualquier momento se puede originar su desencadenamiento y nadie está libre de experimentarlo.

Ahora bien, tener un tipo de trastorno mental no imposibilita llevar una vida normalizada y estar plenamente integrado en la sociedad, siempre que se cuente con los apoyos necesarios.

Llegados a ese punto, cuando algo no va bien, el primer paso es acudir al centro de salud de atención primaria donde se valorará la necesidad o no de derivar a los centros de salud mental adscritos a su Hospital de referencia para recibir atención especializada. En algunos casos, los pacientes pueden acceder al Centro de Salud Mental tras haber recibido atención urgente en el Hospital.

En nuestro sistema de salud se hace una distinción entre la atención infanto-juvenil y la que se ofrece a los pacientes adultos mayores de 18 años.

Los profesionales de Salud Mental se integran en equipos multidisciplinares compuestos por Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, personal de Enfermería, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Celadores Sanitarios y personal Administrativo.

El primer contacto al llegar a los servicios de Salud Mental es con el personal administrativo ya que este profesional cumple con una doble función, por un lado las funciones de administrativo como tal y por otro lado las tareas de recepcionista.

Sería interesante que en las instituciones de salud se capacitara a estos trabajadores en reconocer la tipología de pacientes y como tratar con ellos, prepararlos en técnicas de resolución de conflictos, manejo de la distancia emocional con el usuario, entrenamiento asertivo, técnicas de prevención de estrés, etc.

Con respecto a las funciones que realiza el personal administrativo en la unidad de salud mental recalcar que son múltiples: atención al público presencial y telefónicamente; administración de las agendas de los profesionales; gestión de base de datos; consultas y urgencias; verificación de citas; control de asistencia de pacientes; registro y estadística de actividades por profesional; realización de informes; asignación administrativa de nuevos pacientes por profesional; tramitar interconsultas; envío de informes; gestión del transporte: rutas, ambulancias;

gestión de la Historia Clínica; gestionar el material del centro; realizar fotocopias; ensobrar las citas programadas; puntuar los días, horarios y vacaciones del personal; enviar y responder mensajes de correo electrónico, etc.

Para mejorar la comunicación con los pacientes en salud mental algunos aspectos claves que llevamos a la práctica son transmitir con respeto y aplicar las normas básicas de cortesía, empatía, comunicación efectiva y asertividad.

Si nos centramos en la empatía decir que ésta implica matices emocionales de comprensión y solidaridad en relación con los problemas referidos por el paciente y se transmite básicamente por procedimientos no verbales

En cuanto a la asertividad indicar que es la capacidad para transmitir con seguridad y sin hostilidad el propio punto de vista. No olvidaremos que el paciente con un trastorno mental está inmerso en la incertidumbre y necesita encontrar seguridad en el profesional.

Aún así nos encontraremos con dificultades en la comunicación como la velocidad del hablante, fatiga, distracciones, estado emocional (autocontrol), peculiaridades del habla (neurológicas o culturales), problemas cognitivos.

Ante estas situaciones tendremos en cuenta los siguientes procedimientos para preguntar: a) Plantear preguntas claras y gramaticalmente bien construidas

- Preguntas abiertas: para iniciar temas y facilitar descripciones amplias
- Preguntas cerradas: para precisar información concreta y ayudar a pacientes con poca capacidad descriptiva. Vigilar el riesgo de inducir respuestas.
- Preguntas de clarificación: implican una introducción y sirven para pedir aclaraciones sobre aspectos específicos del problema b). No formular preguntas complejas o múltiples. c). Pausas marcadas. Uso apropiado del silencio. d). Interrumpir únicamente si es necesario,

Propuestas que podemos poner en práctica en nuestra labor administrativa sobre cómo tratar a los pacientes en el servicio de salud mental para fomentar su capacidades y la igualdad cuando interactuamos con ellos:

1. Respetar sus tiempos, necesidades y valores, en definitiva, respetar su diversidad.
2. Establecer un trato basado en el respeto, la igualdad y la confianza en sus capacidades, evitando el paternalismo y la lástima.
3. Escuchar de una forma activa y sin prisas. Prestar atención especial a sus comentarios, dedicarles tiempo a conocer sus necesidades.
4. Respetar su intimidad. Si la persona quiere hablar de su trastorno, escucharemos atentamente. Evitaremos realizar preguntas invasivas y/o morbosas.
5. Antes de tomar una iniciativa que puede crear malestar, preguntar cómo les

podemos ayudar y qué necesitan.

6. Mantener una actitud de apoyo, respetando su capacidad de decidir sobre los diferentes aspectos que pueden influir en su vida (laboral, social, personal, etc.)

7. Evitar conductas autoritarias. Hablar de forma calmada y asegurarnos de que comprenden la información.

8. Ante situaciones de malestar psíquico, no minimizaremos sus sensaciones y huiremos de frases como “anímate”, “a muchas personas les pasa” o “seguro que no es nada”.

9. Si se producen situaciones como alucinaciones visuales o auditivas, no discutiremos lo que ven, sienten u oyen. Les explicaremos que no lo percibimos e intentaremos llevar la conversación a otras temáticas que cambien su foco de atención.

10. Evitar culpabilizarlos en casos de falta de motivación, energía o interés por las cosas porque puede estar motivado por el trastorno o ser un efecto secundario de la medicación.

Comunicación en Salud Mental según la tipología de paciente

El paciente con depresión

Utiliza un discurso lento, poco claro. Debemos utilizar la reformulación para profundizar en la conversación.

El paciente con ansiedad

Se manifiesta de un modo atemorizado. Hay que transmitirle con claridad y precisión.

El paciente psicossomático

Aún sabiendo que en un tercio de pacientes la causa de la enfermedad es emocional y no física no caer en prejuicios del tipo “este paciente no tiene nada”.

El paciente con trastorno psicótico

Transmitir aceptación y comprensión de la particular situación psíquica del paciente

Plantear dudas pero no discutir (delirios,...)

Explicar con seguridad la toma de decisiones médicas transmitiendo voluntad de ayuda

El paciente inquieto/agitado

Evitar mostrar temor: seguridad y aceptación. Detectar y controlar la propia reacción de hostilidad. Ensayar procedimientos de contención verbal

El paciente maniaco

Escuchar pacientemente la verborrea y dirigir con sutileza la conversación hacia la información relevante. Atención a la agitación psicomotora

El paciente negativista

Saber escuchar transmitiendo aceptación y empatía. Expresar voluntad de ayudar
Esperar en silencio la respuesta del paciente

El paciente con toxicomanía

Bajo el efecto de la droga su lenguaje es incoherente e incongruente (sin sentido ni lógica). Transmitir aceptación y comprensión

El paciente VIP

Si el paciente “utiliza” su estatus o duda de la capacidad del profesional, evitar confrontación y clarificar la situación. Evitar mostrar hostilidad. Resumir y definir la situación.

A continuación nos detendremos en reconocer los Signos de alarma a los que debemos prestar atención porque son indicativos de posible conducta violenta por parte del paciente:

Aislamiento, irritación.

Alucinaciones de contenido violento.

Amenazas verbales o gestos agresivos.

Aumento de la inquietud, necesidad de deambular.

Aumento del volumen de voz.

Contacto visual prolongado.

El paciente se sitúa obstruyendo la zona de salida.

Expresión facial tensa y enfadada.

Mutismo, negativa a comunicarse.

Pensamientos extraños, escasa concentración.

Réplicas o conductas semejantes que comuniquen enfado o sentimientos

Signos de sobreexcitación: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas.

Seguidamente expondremos una serie de recomendaciones a seguir para el manejo de la hostilidad

Ante la actitud hostil responder con una actitud calmada que facilita la extinción de la hostilidad: no discutir!! Hablar al paciente con voz baja y pausada

Dejar hablar: escuchar sin interrumpir

Mostrar preocupación e interés mediante respuestas verbales y no verbales buscando la empatía e intentar crear relación personal estimulando el razonamiento.

Aceptar el problema y exponer disculpas si procede (en nombre propio, del equipo o de otros implicados)

Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos.

Para concluir, vamos a ofrecer algunos datos estadísticos ofrecidos por la OMS para la reflexión:

Los trastornos mentales afectan a 450 millones de personas en todo el mundo, con independencia de la edad, género, niveles socioeconómicos, origen, religión o cualquier otra circunstancia.

Los trastornos mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.

Se calcula que 1 de cada 4 personas tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida.

Los suicidios por esta causa se cifran en 10 personas al día.

En España casi la mitad de los jóvenes (48,9%) ha pensado en suicidarse, según información ofrecida el pasado día 10 de octubre, coincidiendo con la celebración del día mundial de la salud mental.

La salud mental se ha visto muy afectada por la pandemia sanitaria del Covid-19 en todo el mundo. La falta de profesionales (psicólogos clínicos, psiquiatras o asistentes sociales) agrava aún más esta problemática.

Se vislumbra que el diagnóstico de trastornos mentales aumente considerablemente los próximos años.

La OMS prevé que en 2030 la salud mental será la primera causa de enfermedad en el mundo.

5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo forma parte del equipo interdisciplinar del Servicio de Salud Mental. Gestiona, organiza, planifica, atiende a los pacientes y realiza tareas administrativas, de apoyo a la Unidad de Salud Mental.

La comunicación efectiva y coherente con las personas diagnosticadas de patologías mentales es un punto fundamental para ayudar a conseguir su reinserción social. Es importante saber cómo entablar un diálogo con estos pacientes. La escucha activa, el idioma, la comunicación no verbal y la cercanía en la relación son claves para una comunicación efectiva.

Es importante normalizar esta enfermedad y dotar de las herramientas necesarias al personal administrativo para optimizar la comunicación y que se establezca

una buena relación con los pacientes de este servicio.

6 Bibliografía

1. De las Cuevas Castresana, C.; Pérez Cánovas, M.E. (1995). Asistencia al paciente violento en Atención Primaria. Medifam.
2. Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. (2022). Estudio Singular. La Salud Mental Infantil y Juvenil: una prioridad en las políticas andaluzas. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
3. Equip VINCLES SALUT (2004) Promoción de la Salud Mental (Informe Compendiado -ISBN 92 4 159159 5). [Ginebra] Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Organización Mundial de la Salud.
4. García Copín B., Briongos E., Leal Rubio J., Lamata Cotanda F., González Zapico N.A., Campos del Palacio T. (2023) La situación de la salud mental en España (Madrid). Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña.
5. Garrido G, Romano S. Primeras Jornadas de los Equipos Comunitarios del Programa de Salud Mental. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004.
6. Feafes (2008) Guía de Estilo ‘Salud Mental y Medios de Comunicación’ (Utiliza las palabras con sentido es tu responsabilidad). 2ª edición.
7. Hernández-Goñi P, Irigoyen-Recalde Y., Artaso-Irigoyen B, Royo-Moya J. Analisis de la demanda de interconsulta psiquiátrica en un hospital general. Anales de Psiquiatría, 1994.
8. Juárez García A. “Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México”. Rev. Ciencia y Trabajo, 2004; vol. 6.
9. Martínez Rodríguez J.M. , Álvarez López M.A.; (2009) Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. [Valladolid] : Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León.
10. Organización Proyecto Suma - asistencia y rehabilitación en salud mental (2016) Guía de comunicación responsable en Salud Mental (Caba-Buenos Aires. Argentina).
11. Suárez Alonso, A.G.(2022) Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. (Madrid) Ministerio de Sanidad. Secretaria General Técnica. Centro de Publicaciones.
12. Valero Almagro I., Muñoz Rangel J., Rodríguez Araya V. (2021) @croqueta-mental. Guía práctica para la salud mental de los jóvenes (extremadura) Feafes

Salud Mental Extremadura.

13. <https://saludmentalcyl.org/salud-mental/>.

14. Federación SALUD MENTAL Castilla y León.

15. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

16. <https://consaludmental.org/>.

17. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

18. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.

Capítulo 627

CUIDADOS Y MANEJO DE UNA COLOSTOMÍA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

1 Introducción

La colostomía es un procedimiento médico que implica la creación de una abertura artificial en el abdomen a través de la cual una parte del colon se exterioriza, permitiendo la eliminación de heces y gases fuera del cuerpo. Esta intervención quirúrgica se realiza por diversas razones médicas, como la extirpación de tumores, la reparación de lesiones intestinales o el tratamiento de enfermedades crónicas como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa. A pesar de que la colostomía puede ser una medida vital para la salud de ciertos pacientes, la adaptación a esta nueva realidad y el manejo de la misma pueden resultar desafiantes.

En este contexto, el papel del equipo de enfermería se torna esencial, ya que su labor no se limita únicamente a la realización de la intervención quirúrgica, sino que también incluye la educación del paciente sobre el cuidado adecuado de la colostomía. La educación para la salud es una parte fundamental en el proceso de adaptación y recuperación de los pacientes con colostomía, ya que les proporciona las herramientas necesarias para llevar una vida lo más normal posible. El conocimiento y la comprensión de estos aspectos son fundamentales para que los pacientes con colostomía puedan recuperar la calidad de vida que merecen. A través de una educación adecuada y el apoyo constante del equipo de enfermería, los pacientes pueden aprender a vivir plenamente con su colostomía y superar los desafíos que se les presenten en el camino hacia la salud y el bienestar. A lo largo de esta guía, exploraremos cada uno de estos temas en detalle, proporcionando información práctica y consejos útiles para pacientes y cuidadores por igual.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados y el manejo de una colostomía.

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 cuidado y manejo de una colostomía es fundamental para garantizar la comodidad y la salud del paciente que la tiene. El equipo de enfermería desempeña un papel crucial en la educación y el apoyo continuo al paciente que ha pasado por una colostomía.

1. Educación del paciente:

- Proporcionar información detallada sobre la colostomía, incluyendo la razón de su realización y cómo funciona.
- Explicar el tipo de bolsa de colostomía que se utiliza y cómo se cambia y vacía.

- Enseñar al paciente sobre los signos de problemas o complicaciones y cuándo buscar atención médica.

2. Cuidado de la piel:

- Mantener la piel alrededor de la colostomía limpia y seca para prevenir irritaciones e infecciones.
- Utilizar productos suaves, como agua tibia y jabón suave, para limpiar la piel, evitando el uso de productos que contengan alcohol o fragancias.
- Aplicar una barrera cutánea o crema protectora en la piel periestomal antes de colocar la bolsa.

3. Cambio de la bolsa:

- Cambiar la bolsa regularmente, siguiendo las indicaciones del profesional de la salud.
- Vaciar la bolsa cuando esté aproximadamente un tercio llena, para evitar fugas y malos olores.
- Utilizar guantes limpios durante el cambio de la bolsa y asegurarse de que la bolsa esté bien sellada alrededor de la estoma.

4. Dieta y nutrición:

- Seguir las recomendaciones dietéticas proporcionadas por el médico o el nutricionista.
- Introducir gradualmente alimentos sólidos en la dieta después de la cirugía de colostomía y seguir una alimentación equilibrada.
- Mantenerse bien hidratado para prevenir la obstrucción intestinal.

5. Actividad física:

- Alentar al paciente a mantenerse activo dentro de sus capacidades para mejorar la circulación y la salud en general.
- Evitar levantar objetos pesados o realizar movimientos bruscos que puedan poner tensión en la zona de la colostomía.

6. Apoyo emocional:

- Proporcionar apoyo emocional al paciente, ya que la adaptación emocional a una colostomía puede ser desafiante.
- Remitir al paciente a grupos de apoyo o terapia psicológica si es necesario.

7. Seguimiento médico:

- Programar revisiones médicas regulares para evaluar la salud de la colostomía y hacer ajustes si es necesario.

- Asegurarse de que el paciente tenga acceso a suministros adecuados de bolsas de colostomía y otros productos necesarios.

Es importante recordar que cada paciente es único y puede requerir un enfoque individualizado para el cuidado de su colostomía. El equipo de enfermería debe estar disponible para responder a las preguntas y preocupaciones del paciente y proporcionar el apoyo necesario durante todo el proceso de adaptación a la vida con una colostomía.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado y manejo de una colostomía son aspectos fundamentales tanto para la salud física como emocional del paciente que ha pasado por este procedimiento quirúrgico. La educación y el apoyo brindados por el equipo de enfermería desempeñan un papel esencial en el proceso de adaptación y en la calidad de vida a largo plazo de la persona con una colostomía.

La educación adecuada del paciente abarca desde la comprensión de los fundamentos de la colostomía hasta las habilidades prácticas necesarias para el cuidado diario. Esto incluye la elección y el manejo de las bolsas de colostomía, la higiene de la piel peristomal y la identificación de signos de complicaciones potenciales. El paciente debe sentirse empoderado y seguro en su capacidad para cuidar de su colostomía de manera independiente.

El cuidado de la piel es un aspecto crucial para prevenir problemas cutáneos, como irritaciones e infecciones. La atención constante a la higiene y el uso adecuado de productos para la piel son elementos clave en este sentido. Además, el paciente debe estar atento a su dieta y nutrición, siguiendo las recomendaciones médicas para evitar complicaciones alimentarias y mantener un equilibrio en su salud.

La actividad física y el apoyo emocional son componentes igualmente importantes. La actividad física dentro de las capacidades individuales del paciente contribuye a la salud general y a mantener una vida activa. El apoyo emocional, proporcionado por el equipo de enfermería y posiblemente a través de grupos de apoyo o terapia, ayuda al paciente a adaptarse emocionalmente a los cambios y desafíos que implica vivir con una colostomía.

En última instancia, el seguimiento médico periódico es esencial para evaluar la salud de la colostomía y garantizar que el paciente tenga acceso continuo a

los suministros y recursos necesarios. La atención continua y la comunicación abierta entre el paciente y el equipo de enfermería son la base de un cuidado exitoso de la colostomía.

En resumen, el cuidado y manejo de una colostomía no solo involucran aspectos técnicos, sino que también abordan las necesidades emocionales y psicológicas del paciente. Un enfoque integral y compasivo por parte del equipo de enfermería es esencial para ayudar al paciente a vivir una vida plena y saludable después de una colostomía.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados" de Isabel Triviño Vargas.
2. "Ostomías: Atención Integral de Enfermería" de Laura de la Calle González.
3. "Guía Práctica para el Cuidado de Personas con Estoma" de Patricia Monsalve Acosta.
4. "Cuidados de Enfermería al Paciente con Estoma Digestivo" de Juan José Granizo González.
5. "Cuidados de Enfermería al Paciente con Colostomía" de María Dolores Arjona Sánchez.

Capítulo 628

CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO EN PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

1 Introducción

La atención de enfermería en el cuidado del paciente crítico con patologías neurológicas representa un desafío de gran envergadura en el ámbito de la salud. Estas patologías, que abarcan desde accidentes cerebrovasculares (ACV) hasta traumatismos craneoencefálicos graves, enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer o el Parkinson, así como condiciones neuromusculares incapacitantes, demandan una atención especializada y cuidados intensivos que solo un equipo de enfermería altamente capacitado puede proporcionar.

En este contexto, la enfermería asume un papel crucial en el cuidado integral del paciente crítico neurológico, ya que estos pacientes a menudo presentan un

deterioro agudo de sus funciones cerebrales, neuromusculares o sensoriales, lo que los hace vulnerables a complicaciones graves y potencialmente mortales. El equipo de enfermería se convierte en la línea de defensa principal para garantizar la estabilidad, el bienestar y la recuperación de estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas y técnicos en neurodiagnóstico.

El manejo de estos pacientes requiere una comprensión profunda de la fisiopatología de las enfermedades neurológicas, así como la capacidad de evaluar constantemente la función neurológica, monitorear signos vitales, administrar medicamentos específicos, implementar estrategias de control del dolor y proporcionar cuidados de soporte tanto a nivel físico como emocional. Además, la comunicación efectiva con los familiares y seres queridos es esencial, ya que muchas veces estos pacientes enfrentan cambios profundos en su calidad de vida y requieren apoyo emocional y educación sobre su condición.

El trabajo del equipo de enfermería en el cuidado del paciente crítico neurológico va más allá de la atención médica convencional; implica la adaptación constante a las necesidades cambiantes de los pacientes, la toma de decisiones rápidas y precisas, y la búsqueda constante de la excelencia en la atención. Este campo desafiante y gratificante de la enfermería no solo exige habilidades clínicas avanzadas, sino también empatía, compasión y resiliencia, ya que los enfermeros enfrentan situaciones de vida o muerte y se convierten en pilares fundamentales en el proceso de recuperación de sus pacientes.

En esta exploración de los cuidados del paciente crítico en patologías neurológicas por parte del equipo de enfermería, nos sumergiremos en las estrategias, desafíos y enfoques innovadores que caracterizan este campo de la enfermería, destacando la importancia de la formación continua, la colaboración interdisciplinaria y el compromiso inquebrantable con el bienestar de los pacientes neurológicos críticos. A lo largo de esta discusión, exploraremos las complejidades y la vitalidad de esta especialidad enfermera que marca la diferencia en la vida de quienes luchan contra las adversidades neurológicas más difíciles

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería en el paciente crítico debido a patologías neurológicas.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los cuidados del paciente crítico en patologías neurológicas por parte del equipo de enfermería son fundamentales para garantizar la mejor atención posible y mejorar los resultados clínicos. Aquí tienes algunos aspectos clave a considerar:

1. Monitorización continua:

- Control de signos vitales, incluyendo la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.
- Monitorización electrocardiográfica y neurológica, si es necesario.

2. Valoración neurológica:

- Evaluación del nivel de conciencia utilizando la escala de Glasgow u otras escalas de evaluación neurológica.
- Vigilancia de las pupilas para detectar cambios en el tamaño y la reactividad.
- Valoración de la fuerza muscular y los reflejos.

3. Control de la presión intracraneal (PIC):

- Mantenimiento de la cabeza elevada a 30 grados para reducir la PIC.
- Administración de medicamentos para controlar la PIC, si es necesario.
- Monitorización de la PIC a través de un catéter intraventricular, intraparenquimatoso o intradural.

4. Prevención de complicaciones:

- Prevención de úlceras por presión mediante cambios de posición frecuentes.
- Prevención de infecciones, especialmente neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Prevención de trombosis venosa profunda mediante movilización temprana o dispositivos de compresión intermitente.

5. Ventilación mecánica:

- Gestión de la ventilación mecánica y ajustes de parámetros según las necesidades del paciente.

- Monitorización constante de la oxigenación y la capnografía.

6. Tratamiento farmacológico:

- Administración de medicamentos para controlar la presión arterial, la fiebre, el dolor y otros síntomas.

- Administración de agentes antiepilépticos si el paciente presenta convulsiones.

7. Nutrición:

- Evaluación nutricional y administración de nutrición enteral o parenteral según las necesidades del paciente.

8. Apoyo emocional y comunicación:

- Brindar apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares.

- Facilitar la comunicación y la información sobre el estado del paciente de manera comprensible.

9. Rehabilitación:

- Iniciar la rehabilitación temprana cuando sea posible, incluso en la unidad de cuidados intensivos, para minimizar la pérdida de función.

10. Coordinación del equipo interdisciplinario:

- Trabajar en estrecha colaboración con médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud para proporcionar una atención integral al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del equipo de enfermería en el cuidado del paciente crítico con patologías neurológicas es de suma importancia para brindar una atención integral y de calidad. Estos pacientes a menudo presentan condiciones médicas complejas y potencialmente mortales que requieren una vigilancia constante, una evaluación precisa y una respuesta rápida a los cambios en su estado de salud.

Los enfermeros y enfermeras desempeñan un papel esencial en la monitorización continua de los signos vitales, la valoración neurológica, el control de la presión intracraneal y la administración de medicamentos. También son responsables de prevenir complicaciones, como úlceras por presión e infecciones, así como de garantizar que el paciente reciba la nutrición adecuada y el apoyo emocional necesario.

Además, la comunicación efectiva con el paciente y su familia es crucial para proporcionar información clara sobre el estado del paciente y brindar apoyo emocional en momentos de crisis. La coordinación con el equipo interdisciplinario, que incluye médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud, es esencial para garantizar una atención completa y coordinada.

La rehabilitación temprana y la movilización también desempeñan un papel importante en la recuperación de estos pacientes, incluso en la unidad de cuidados intensivos. Los enfermeros pueden colaborar en la implementación de programas de rehabilitación adaptados a las necesidades individuales de cada paciente, lo que puede mejorar significativamente los resultados a largo plazo.

En resumen, los cuidados del paciente crítico en patologías neurológicas requieren un enfoque multidisciplinario y altamente especializado, en el que el equipo de enfermería desempeña un papel esencial en la prestación de atención segura y efectiva. Su compromiso, conocimiento y habilidades son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y facilitar su recuperación en situaciones médicas extremadamente desafiantes.

6 Bibliografía

1. "Cuidados Intensivos de Enfermería en Neurología" de Mario Ruiz García.
2. "Neurointensivismo: Manual Clínico" de E. Javier Ibáñez y Francisco Murillo Cabezas.
3. "Cuidados Intensivos en Enfermedades Neurológicas" de Francisco Javier Murillo-Cabezas y Jaime Pampliega Pérez.
4. "Enfermería en Cuidados Críticos Neurovasculares" de María del Carmen Jiménez Jiménez.
5. "Cuidados de Enfermería al Paciente con Daño Cerebral" de Erika Silva.

Capítulo 629

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE TERMINAL Y DUELO

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

1 Introducción

La fase terminal de la vida es un período delicado y emocionalmente desafiante tanto para los pacientes como para sus familias. En este punto, la atención de enfermería adquiere una importancia excepcional, ya que no solo se enfoca en proporcionar cuidados paliativos de calidad, sino que también se centra en el apoyo emocional y espiritual, tanto para el paciente como para sus seres queridos. La actitud y las intervenciones de los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la facilitación de una transición tranquila y digna hacia el final de la vida, así como en la gestión del duelo posterior.

La fase terminal se caracteriza por el deterioro progresivo de la salud del paciente y, en muchos casos, la inevitabilidad de la muerte. Los enfermeros y enfermeras deben ser capaces de brindar cuidados que alivien el dolor y el sufrimiento, al tiempo que respeten y honren los deseos y valores del paciente.

Los objetivos de la atención de enfermería en esta etapa incluyen:

1. Aliviar el sufrimiento: La prioridad es aliviar el dolor y el malestar físico del paciente. Esto implica la administración adecuada de medicamentos para el control del dolor y otros síntomas, así como la atención a las necesidades básicas de confort, como el posicionamiento adecuado y la higiene personal.
2. Apoyo emocional: Los enfermeros y enfermeras deben estar preparados para brindar apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares. La empatía, la escucha activa y la comprensión son habilidades fundamentales en este contexto, ya que los pacientes pueden experimentar una amplia gama de emociones, como ansiedad, miedo, tristeza y en algunos casos, aceptación.
3. Comunicación eficaz: La comunicación abierta y honesta es esencial. Los enfermeros deben facilitar conversaciones sobre las preferencias del paciente en cuanto a cuidados y tratamientos al final de la vida. Esto puede incluir la discusión de opciones de cuidados paliativos, decisiones sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) y otras medidas médicas.
4. Planificación avanzada de cuidados: Se deben abordar y documentar los deseos del paciente en cuanto a la atención médica al final de la vida. Esto puede incluir la designación de un apoderado de atención médica, la creación de un testamento vital y la toma de decisiones sobre el lugar de atención, ya sea en el hogar, en un hospicio o en una unidad de cuidados paliativos.
5. Apoyo al duelo: Después del fallecimiento del paciente, los enfermeros continúan desempeñando un papel importante al brindar apoyo al proceso de duelo de la familia y proporcionar recursos para el duelo, como grupos de apoyo y consejería.

La atención de enfermería en la fase terminal y el duelo es un aspecto fundamental de la atención de salud integral y humanizada. Los enfermeros y enfermeras son un apoyo crucial para los pacientes y sus seres queridos durante uno de los momentos más desafiantes de la vida, y su enfoque en la dignidad, el respeto y el alivio del sufrimiento contribuye significativamente a la calidad de vida en esta etapa.

La idea es proporcionar cuidados paliativos para controlar el dolor y otros síntomas físicos, como la dificultad respiratoria, las náuseas y el estreñimiento. El objetivo es garantizar que el paciente esté lo más cómodo posible durante su fase terminal. Facilitar conversaciones sobre las preferencias del paciente en cuanto a cuidados y tratamientos al final de la vida incluye la discusión y la documentación de las decisiones sobre reanimación cardiopulmonar (RCP), la limitación de tratamientos agresivos y la planificación avanzada de cuidados.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste la actuación de enfermería en la fase terminal y el duelo.

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 actuación de enfermería en la fase terminal y el duelo es fundamental para brindar cuidados de calidad y apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos difíciles. A continuación, se presentan algunos de los principales aspectos de la actuación de enfermería en esta etapa:

1. Evaluación integral:

- Los enfermeros deben realizar una evaluación completa de la situación del paciente en fase terminal, incluyendo su estado físico, emocional, social y espiritual.
- Identificar las necesidades específicas del paciente y su familia, así como sus preferencias y deseos en cuanto a los cuidados y el lugar de atención.

2. Comunicación efectiva:

- Mantener una comunicación abierta y honesta con el paciente y su familia es esencial. Explicar claramente la situación médica y escuchar sus preocupaciones.
- Proporcionar información sobre las opciones de tratamiento, pronóstico y cuidados paliativos disponibles.

3. Control del dolor y síntomas:

- Gestionar el dolor y otros síntomas, como la disnea, náuseas y ansiedad, es crucial en la fase terminal. Se deben utilizar estrategias farmacológicas y no farmacológicas para lograr un alivio efectivo.
- Monitorear de cerca la respuesta del paciente al tratamiento y ajustarlo según sea necesario.

4. Cuidados paliativos:

- Enfermería desempeña un papel importante en la implementación de cuidados paliativos, que se centran en mejorar la calidad de vida del paciente y brindar apoyo emocional.

- Ayudar a los pacientes y sus familias a tomar decisiones informadas sobre la atención al final de la vida, como la elección de cuidados en el hogar, hospicio u otros entornos.

5. Apoyo emocional:

- Ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias es fundamental. Esto incluye escuchar sus preocupaciones, ofrecer consuelo y proporcionar un entorno de cuidado compasivo.

- Reconocer y respetar las creencias culturales y religiosas del paciente en relación con la muerte y el duelo.

6. Planificación anticipada de cuidados:

- Ayudar a los pacientes y sus familias a planificar anticipadamente la atención al final de la vida, lo que incluye la redacción de testamentos vitales y directivas anticipadas.

- Facilitar conversaciones sobre la toma de decisiones, como la suspensión de tratamientos agresivos cuando sea apropiado.

7. Apoyo en el duelo:

- Después del fallecimiento del paciente, los enfermeros deben seguir brindando apoyo a la familia en su proceso de duelo.

- Proporcionar recursos y referencias a servicios de apoyo psicológico o grupos de duelo, si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de enfermería en la fase terminal y el duelo es fundamental para brindar cuidados de calidad y apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos difíciles.

La actuación de enfermería en la fase terminal y el duelo implica un enfoque integral que va más allá de la atención física, centrándose en el bienestar emocional y espiritual de los pacientes y sus seres queridos. El trabajo en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención de calidad en esta etapa tan delicada.

6 Bibliografía

1. "Cuidados Paliativos: Aprender a cuidar, cuidar con amor" de M^a Pilar García Mayor, Carmen Beato Romero, Francisco Pérez Alcántara.
2. "Cuidados Paliativos: Aspectos clínicos y éticos" de José Pereira, Silvia Allende Pérez y Beatriz López García-Valdecasas.
3. "Atención de Enfermería al paciente en estado crítico y terminal" de Mary H. Oermann y Kathy B. Gaberson.
4. Revistas y publicaciones especializadas como "Enfermería Clínica," "Cuidados Paliativos," y "Palliative Medicine."
5. Asociaciones de enfermería, como el Consejo General de Enfermería en España, que ofrecen recursos y publicaciones relacionados con cuidados paliativos y atención en la fase terminal.
6. Formación y cursos en línea o presenciales sobre cuidados paliativos y atención en la fase terminal.

Capítulo 630

TAREA DEL CELADOR DE BOXES

PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO

1 Introducción

La tarea del celador en el área de boxes que está dentro del hospital va a ser importante para que se asegure una atención médica eficaz y un bienestar del paciente. El celador va a tener un papel importante puesto que va a proporcionar asistencia asistencial y va a coordinar las actividades médicas y de enfermería.

El celador en boxes suele ser la primera persona que el paciente ve al entrar a esta área. Su apariencia amable y empática marcará una diferencia importante en la experiencia de los pacientes, especialmente cuando se encuentren en situaciones de ansiedad o cuando necesitan atención médica urgente.

Una de las funciones principales del celador en boxes consiste en movilizar a los pacientes.

Prestan ayuda a los pacientes para moverse dentro de esta área, ya sea en camillas o sillas de ruedas, lo que va a ser de especial ayuda para aquellos que tienen limitaciones en el movimiento.

Además, asisten en el control logístico de las áreas de boxes, asegurándose de que estén aprovisionadas con los abastecimientos y equipos necesarios para la atención de los pacientes.

Esto contribuye a que la atención médica sea eficiente y oportuna.

En aquellas situaciones de emergencia, como lo son códigos de emergencia o respuestas a situaciones críticas, los celadores en boxes van a desempeñar un papel crucial al garantizar una evacuación segura y brindar apoyo en la atención de los pacientes.

2 Objetivos

1. Reconocer la importancia del papel del celador en boxes.
2. Saber cuáles son las tareas que tiene el celador en boxes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador que realiza funciones en las áreas de boxes dentro de un hospital tendrá una serie de tareas fundamentales para asegurar que la atención médica sea fluida y que los pacientes se sientan cuidados y cómodos. Su papel podrá ser cambiante y podrá ofrecer un apoyo al personal médico y a los pacientes.

Para empezar, cuando el paciente llega a esta área, el celador suele ser la primera persona que lo va a recibir. Su actitud sincera y cordial será de vital importancia para crear un ambiente de confianza, especialmente en aquellas situaciones de estrés y emergencias médicas.

Una de las tareas importantes de los celadores en boxes será proporcionar ayuda a los pacientes a moverse dentro de esta unidad, utilizando camillas o sillas de ruedas si es necesario. El celador se asegurará de que los pacientes sean trasladados de manera segura y cómoda.

También, serán los encargados de que en cada área se encuentre en buen estado y a disposición del personal todas las maquinarias y suministros que se vayan a necesitar para atender al paciente. De esta forma, la atención médica será de calidad y eficaz.

En las situaciones donde se produzcan alguna emergencia, como alguna situación crítica o haya que responder a algún código de emergencia, el celador tendrá un papel importante para que se realiza de la forma más rápida y segura posible. Es por ello que deberá de tener una formación y aptitud, para en todo momento mantener la calma y la seguridad de las personas en situaciones de crisis y nervios.

Además, el celador va a ser un intermediario entre el personal sanitario y el paciente, facilitando que se lleve a cabo una comunicación eficaz y asegurándose de que el paciente entiende tanto las indicaciones como los procedimientos que deba de llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el área de boxes va a ser de gran importancia puesto que va a ser el encargado de asegurarse de que los pacientes van a recibir una atención médica segura y eficaz. Cuando una persona necesite ser trasladada, el celador se va a encargar de que ese traslado sea seguro y cómodo en todo momento. Además, facilitará que todos los equipos y suministros que se vayan a necesitar estén al alcance en todo momento y en buenas condiciones, gracias a esto, se facilitará el bienestar de los pacientes.

Además, en las situaciones de emergencias van a ser los conocedores de las salidas rápidas y de hacer que haya una coordinación y un orden, manteniendo la calma en todo momento.

Por lo que su trabajo será vital en esta unidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 631

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL PROTOCOLO INFARTO

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

1 Introducción

El protocolo para el tratamiento de un infarto, también conocido como protocolo de infarto de miocardio, es un conjunto de pautas y procedimientos médicos diseñados para diagnosticar y tratar de manera eficiente a pacientes que presentan síntomas de un infarto de miocardio, comúnmente conocido como ataque al corazón. Un infarto de miocardio ocurre cuando el flujo sanguíneo hacia una parte del músculo cardíaco se ve interrumpido, lo que puede causar daño al tejido cardíaco si no se trata rápidamente.

El protocolo para el tratamiento de un infarto se inicia en cuanto un paciente muestra síntomas típicos, como dolor en el pecho, dificultad para respirar y sudoración excesiva. Los pasos clave incluyen:

Evaluación Rápida: El personal médico evalúa al paciente y obtiene una historia clínica detallada. Cualquier sospecha de infarto se toma con la máxima seriedad.

Electrocardiograma (ECG): Se realiza un ECG para evaluar la actividad eléctrica del corazón. Esto ayuda a identificar cambios característicos en el patrón de ondas que sugieren un infarto.

Análisis de Marcadores Cardíacos: Se toma una muestra de sangre para analizar los niveles de enzimas cardíacas, como la troponina. Un aumento en estas enzimas puede indicar daño cardíaco.

Terapia de Reperusión: Si se confirma un infarto, se busca restaurar el flujo sanguíneo en la arteria obstruida. Esto puede lograrse mediante angioplastia con colocación de stent o administrando medicamentos trombolíticos para disolver el coágulo.

Control de Síntomas y Rehabilitación: Se administra tratamiento para aliviar los síntomas, controlar el dolor y estabilizar al paciente. La rehabilitación cardíaca se inicia para promover la recuperación y prevenir complicaciones futuras.

Seguimiento y Prevención: Después del tratamiento inicial, se establece un plan de seguimiento a largo plazo que incluye cambios en el estilo de vida, medicamentos y revisiones médicas regulares para prevenir futuros eventos cardíacos.

La rapidez es esencial en el tratamiento del infarto, ya que cuanto antes se restablezca el flujo sanguíneo al músculo cardíaco, menor será el daño. Los protocolos se diseñan para garantizar que cada paso se lleve a cabo de manera eficiente y que el paciente reciba la atención adecuada en el momento adecuado para maximizar las posibilidades de recuperación.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en el protocolo de un infarto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel crítico en el protocolo para el tratamiento de un infarto de miocardio al garantizar que el proceso sea fluido, seguro y eficiente. Aquí se describen las funciones clave del celador en este contexto:

Recepción y Orientación de Pacientes: Los celadores a menudo son el primer punto de contacto para los pacientes que llegan a la unidad de emergencias con síntomas de infarto. Su función incluye dar la bienvenida, ayudar con el registro y proporcionar orientación sobre el proceso, lo que reduce la ansiedad y el estrés de los pacientes y sus familiares.

Asistencia al Personal Médico: Colaboran con el personal médico y de enfermería en la preparación y el transporte de los pacientes para procedimientos médicos urgentes. Aseguran que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado.

Movilización de Pacientes: Ayudan a trasladar a los pacientes hacia y desde las áreas de diagnóstico y tratamiento, asegurando que estén cómodos y seguros durante la movilización.

Control de Acceso y Privacidad: Mantienen la privacidad y seguridad de los pacientes y del entorno médico al controlar el acceso a las áreas de emergencias. Esto es especialmente importante para evitar interferencias en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Comunicación: Brindan información clara y apoyo emocional a los pacientes y sus familias, explicando los procedimientos y proporcionando tranquilidad en momentos de crisis. La empatía y la comunicación efectiva son esenciales en un contexto de emergencia.

Ayuda en la Higiene y el Cuidado del Paciente: Colaboran con el personal médico y de enfermería en la atención de las necesidades básicas de los pacientes, como asearse, vestirse y alimentarse, garantizando su bienestar y comodidad durante su estancia.

Manejo de Equipos y Suministros: Colaboran en la preparación de los equipos y materiales necesarios para procedimientos como la angioplastia o la administración de medicamentos trombolíticos, garantizando que todo esté listo cuando sea necesario.

Colaboración con el Equipo Médico: Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para proporcionar apoyo logístico, lo que permite que se concentren en la atención médica directa de los pacientes.

Mantenimiento de Registros: Llevan un registro de las actividades y procedimientos realizados, contribuyendo a la documentación adecuada de la atención de emergencia.

Gestión de Recursos: Ayudan en la gestión de inventario de equipos y suministros, notificando sobre cualquier necesidad de reposición para asegurar un flujo de trabajo ininterrumpido.

El celador juega un rol esencial en el protocolo para el tratamiento de un infarto de miocardio. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de los pacientes, garantiza la eficiencia en el flujo de trabajo y proporciona apoyo emocional en momentos críticos. La coordinación, la empatía y la atención a los detalles son fundamentales para el éxito del tratamiento de un infarto.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el protocolo de atención al infarto de miocardio, el celador puede desempeñar un papel clave. Una recomendación importante es la capacitación continua. El celador debe mantenerse al tanto de las últimas pautas y avances en el tratamiento de infartos para poder asistir de manera más efectiva en situaciones de emergencia.

Además, la comunicación fluida es esencial. El celador puede actuar como un enlace efectivo entre el personal médico, el paciente y sus familias, asegurando que la información se transmita claramente y que las preocupaciones se aborden de manera oportuna.

El celador también puede ser un defensor de la seguridad del paciente. Al observar y notificar cualquier posible mejora en la atención, como la reducción de tiempos de espera o la implementación de prácticas más seguras, contribuye al continuo perfeccionamiento del protocolo de atención al infarto de miocardio. Estas recomendaciones pueden ayudar a garantizar que los pacientes reciban una atención óptima durante situaciones de emergencia.

6 Bibliografía

1. Borrayo-Sánchez, G., Flores-Morales, A., Salas-Collado, L., & Altamirano-Bustamante, M. M. (2020). Hacia una medicina de excelencia en México: el protocolo Código Infarto, una visión desde la bioética traslacional. *Gaceta médica de México*, 156(5), 372-378.

Capítulo 632

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL BOX DE URGENCIAS

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

1 Introducción

Un box de urgencias, también conocido como sala de urgencias o cubículo de emergencias, es una parte fundamental de cualquier centro médico. Estos espacios están diseñados específicamente para proporcionar atención médica inmediata y de alta prioridad a pacientes con afecciones graves o potencialmente mortales. A continuación, se describen las características y funciones clave de un box de urgencias:

Espacio Individualizado: Cada box de urgencias suele ser una sala individual para garantizar la privacidad y la concentración en el paciente. Esto permite la evaluación y el tratamiento personalizados.

Equipamiento Especializado: Está equipado con tecnología médica avanzada, como monitores cardíacos, respiradores, suministros para la administración de medicamentos y sistemas de soporte vital.

Personal Médico de Urgencias: El personal médico en el box de urgencias incluye médicos de emergencias, enfermeras y técnicos capacitados en el tratamiento de situaciones críticas.

Evaluación Rápida: Se utiliza para la evaluación inicial de pacientes con afecciones graves, como traumatismos, accidentes cerebrovasculares, infartos y otras emergencias médicas.

Estabilización: Los pacientes se estabilizan en el box de urgencias antes de ser trasladados a otras áreas del hospital o recibir alta médica.

Comunicación Efectiva: La sala está diseñada para permitir la comunicación eficaz entre el personal médico y el paciente, lo que es esencial para obtener información médica precisa y brindar atención de calidad.

Registro de Datos: Se mantiene un registro detallado de la atención brindada en el box de urgencias, lo que es esencial para la documentación y el seguimiento de la atención del paciente.

Acceso Rápido: Ubicado estratégicamente cerca de la entrada de emergencias, el box permite un acceso rápido para garantizar que los pacientes reciban atención inmediata.

Código de Colores: Los boxes pueden estar codificados por colores según la gravedad de la afección del paciente, lo que ayuda a priorizar la atención.

Un box de urgencias es un espacio crucial en cualquier hospital, donde se proporciona atención médica de emergencia a pacientes con afecciones graves. Está diseñado para ser eficiente, seguro y equipado con los recursos necesarios para estabilizar y tratar a los pacientes en situaciones críticas.

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 rol del celador en un box de urgencias es esencial para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno médico crítico. Sus funciones son variadas y contribuyen al bienestar de los pacientes y al apoyo del personal médico en situaciones de emergencia. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en el box de urgencias:

Recepción y Orientación de Pacientes: Los celadores a menudo son el primer punto de contacto para los pacientes que ingresan al box de urgencias. Ofrecen una bienvenida cálida, ayudan en el proceso de registro y brindan orientación sobre los procedimientos, lo que reduce la ansiedad de los pacientes y sus familias.

Asistencia al Personal Médico: Colaboran con el personal médico y de enfermería en la preparación y el transporte de los pacientes para procedimientos médicos urgentes. Aseguran que los equipos y suministros necesarios estén disponibles en el área de atención.

Movilización de Pacientes: Ayudan a trasladar a los pacientes desde las ambulancias o áreas de espera a las camas o camillas en el box de urgencias. Garantizan que los pacientes estén cómodos y seguros durante la movilización.

Control de Acceso y Privacidad: Mantienen la privacidad y seguridad de los pacientes y del entorno médico al controlar el acceso a las áreas de urgencias. Esto es crucial para evitar interferencias y mantener un ambiente de tratamiento tranquilo y confidencial.

Comunicación con Pacientes: Brindan información clara y apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, explicando los procedimientos y proporcionando tranquilidad en momentos de crisis. La empatía y la comunicación efectiva son fundamentales en un contexto de urgencias.

Ayuda en la Higiene y el Cuidado del Paciente: Colaboran con el personal médico y de enfermería en la atención de las necesidades básicas de los pacientes, como asearse, vestirse y alimentarse, lo que contribuye al bienestar y la comodidad de los pacientes durante su estancia en el box.

Manejo de Equipos y Suministros: Ayudan en la preparación de los equipos y materiales necesarios para procedimientos urgentes, garantizando que todo esté listo para su uso cuando sea necesario.

Colaboración con el Equipo Médico: Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería, proporcionando apoyo logístico para procedimientos de resucitación, intervenciones rápidas y cualquier otra necesidad.

Mantenimiento de Registros: Llevan un registro de las actividades y procedimientos realizados en el box de urgencias, contribuyendo a la documentación ade-

cuada de la atención de emergencia y la facturación.

Gestión de Recursos: Contribuyen a mantener el inventario de equipos y suministros necesario para el funcionamiento fluido del box de urgencias, notificando sobre cualquier necesidad de reposición.

El celador desempeña un rol multifacético y esencial en el box de urgencias, colaborando estrechamente con el personal médico para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes en situaciones críticas. Su labor contribuye al funcionamiento exitoso de este entorno médico, donde la rapidez y la coordinación son vitales.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el funcionamiento en el box de urgencias, el celador puede seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación efectiva es esencial. Mantener una comunicación clara y precisa con el personal médico y de enfermería, así como con los pacientes y sus familiares, es crucial para coordinar eficientemente la atención de emergencia y proporcionar información crucial.

Además, la organización es fundamental. El celador puede contribuir asegurándose de que el equipo y los suministros necesarios estén siempre disponibles y en buenas condiciones. Mantener un ambiente limpio y ordenado en el box de urgencias ayuda a agilizar los procedimientos y brinda un entorno más seguro para el tratamiento de los pacientes.

El apoyo emocional y la empatía hacia los pacientes y sus familias son esenciales en situaciones de urgencia, y el celador puede desempeñar un papel importante en la tranquilidad y comodidad de quienes se encuentran en el box de urgencias. En conjunto, estas recomendaciones pueden contribuir a un mejor funcionamiento y a una atención más efectiva en un entorno de urgencias.

6 Bibliografía

Castell, P., Cantos, P. T., Oliach, M. B., Rodriguez, T. M., Galera, S. V., Rivas, J. L. M., & Palencia, E. V. (2022). Experiencia sobre la reducción acústica nocturna en Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias. *Metas de Enfermería*, 25(8).

Capítulo 633

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL LABORATORIO CLÍNICO

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

1 Introducción

Un laboratorio de hospital es una instalación médica especializada que se encuentra en un entorno hospitalario y se dedica a realizar una amplia gama de análisis y pruebas clínicas. Estos laboratorios son fundamentales para el diagnóstico, el seguimiento de tratamientos y la investigación médica. A continuación, se describen aspectos clave de los laboratorios hospitalarios:

Personal especializado: Los laboratorios de hospital están equipados con personal altamente capacitado, que incluye técnicos de laboratorio, tecnólogos médicos y patólogos clínicos. Estos profesionales son responsables de realizar y supervisar pruebas, interpretar resultados y proporcionar información clínica relevante.

Equipamiento avanzado: Estos laboratorios cuentan con equipos y tecnología de vanguardia para llevar a cabo una variedad de análisis. Esto puede incluir

instrumentos para análisis de sangre, orina, muestras de tejido y microbiología, entre otros.

Diversidad de pruebas: Los laboratorios hospitalarios realizan una amplia gama de pruebas, desde análisis de laboratorio de rutina, como hemogramas y análisis de química clínica, hasta pruebas más especializadas, como estudios genéticos, cultivos microbiológicos y análisis de tejidos para diagnóstico de enfermedades.

Diagnóstico y seguimiento: Los resultados de las pruebas de laboratorio son fundamentales para el diagnóstico de enfermedades y para el seguimiento de pacientes con condiciones crónicas. También son esenciales en situaciones de emergencia para una toma de decisiones clínica rápida.

Investigación y desarrollo: Los laboratorios hospitalarios también participan en la investigación médica. Esto puede incluir estudios clínicos, desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas y la búsqueda de avances médicos.

Control de calidad y normativas: Los laboratorios hospitalarios están sujetos a estrictos estándares de control de calidad y a regulaciones gubernamentales. Esto garantiza la precisión y la fiabilidad de los resultados.

Colaboración interdisciplinaria: Los laboratorios de hospital trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos médicos, como cirugía, oncología y medicina interna, para proporcionar información esencial que influye en la toma de decisiones clínicas.

Los laboratorios de hospital son componentes cruciales de la atención médica moderna. Proporcionan diagnósticos precisos, apoyan la investigación médica y mejoran la atención al paciente al ofrecer información crítica que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el cuidado del paciente.

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 un laboratorio clínico tiene un rol fundamental en el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno médico. Aunque su trabajo se centra en áreas hospitalarias más tradicionales, como las unidades de urgencias o de pacientes, su presencia es importante en el laboratorio clínico, donde desempeña un papel clave en diversas funciones:

Recepción y Transporte de Muestras: El celador recibe y transporta las muestras biológicas, como sangre, orina o tejidos, desde las áreas de extracción o directamente de los pacientes hacia el laboratorio. Asegura que las muestras se etiqueten correctamente y se entreguen a los técnicos de laboratorio de manera oportuna.

Entrega de Resultados: Después de que los análisis han sido realizados y los resultados están disponibles, el celador puede ser responsable de entregar estos resultados a las áreas clínicas correspondientes o directamente al personal médico. La rapidez y precisión en esta tarea es crucial para la atención del paciente.

Mantenimiento y Limpieza: Contribuye al mantenimiento y limpieza de las áreas de trabajo del laboratorio clínico, asegurándose de que estén libres de obstáculos y de que el equipo esté organizado y en buenas condiciones.

Seguridad: En un laboratorio clínico, la seguridad es primordial. El celador puede ser responsable de garantizar que se sigan las normas de seguridad, como el manejo adecuado de productos químicos y la disposición segura de desechos biológicos.

Control de Acceso: Controla el acceso a áreas sensibles del laboratorio, garantizando que solo el personal autorizado tenga acceso. Esto es esencial para mantener la privacidad de los pacientes y la seguridad de las muestras.

Gestión de Suministros: Ayuda a gestionar los suministros necesarios para el

funcionamiento del laboratorio, lo que incluye asegurarse de que haya suficientes materiales de recolección de muestras y etiquetas.

Transporte de Equipos: En ocasiones, el celador puede ser responsable de transportar equipos y maquinaria entre el laboratorio y otras áreas del hospital.

Asistencia al Personal de Laboratorio: Puede colaborar con el personal de laboratorio en tareas diversas, como el montaje de equipos, la preparación de soluciones y la organización de muestras.

La precisión y la eficiencia son esenciales en el trabajo del celador en el laboratorio clínico, ya que cualquier error en la identificación o el manejo de muestras podría tener consecuencias graves. Además, su labor contribuye a que el laboratorio funcione sin problemas, lo que es fundamental para brindar resultados confiables y una atención de calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para una actuación eficaz en un laboratorio clínico, el celador puede seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la precisión y la atención a los detalles son fundamentales al recibir, transportar y entregar muestras. Asegurarse de que las muestras estén debidamente etiquetadas y de que se sigan los procedimientos de manejo adecuados es esencial para evitar errores.

La comunicación efectiva con el personal de laboratorio y el personal médico es igualmente importante. Mantener una comunicación clara sobre los horarios de entrega, las necesidades de suministros y cualquier problema potencial garantiza un flujo de trabajo más eficiente. Además, la seguridad es primordial en el laboratorio; seguir las normas de seguridad, como el uso adecuado de equipo de protección personal y el manejo seguro de sustancias químicas, es esencial para prevenir incidentes y proteger la salud del personal y de los pacientes. En conjunto, estas recomendaciones contribuyen a un desempeño efectivo y seguro en el laboratorio clínico.

6 Bibliografía

Ramírez-Truque, M., & Herrera-Morice, M. (2021). Rol del laboratorio clínico ante la epidemia del COVID-19: revisión de los métodos diagnósticos disponibles y sus limitaciones. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 86(629), 73-80.

Capítulo 634

LA FUNCIÓN DEL CELADOR EN SALA DE AUTOPSIA

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

En el ámbito de la medicina forense, la sala de autopsia representa un escenario crítico donde se llevan a cabo investigaciones exhaustivas para determinar las causas de la muerte. Este espacio es de suma importancia, ya que su función abarca desde resolver crímenes hasta identificar patologías, y contribuye al avance en la comprensión de las condiciones médicas. Aunque el rol del celador en la sala de autopsia suele pasar desapercibido para el público en general, su trabajo es esencial para el funcionamiento eficiente de este entorno altamente especializado.

El celador en la sala de autopsia desempeña un papel crucial en la preparación de la sala antes de las autopsias y en el mantenimiento de un ambiente adecuado durante todo el proceso. Su trabajo se traduce en la garantía de un entorno de trabajo seguro y organizado, lo que, a su vez, respalda la integridad de los procedimientos forenses.

El celador asegura que se cumplen las normativas de seguridad y procedimientos éticos, lo que resulta en la preservación de la evidencia y en la obtención de resultados confiables. Además, su contribución se refleja en el cumplimiento de las obligaciones legales y éticas asociadas con la manipulación de cadáveres y la documentación precisa de cada procedimiento.

2 Objetivos

Analizar las responsabilidades del celador en la sala de autopsia: El objetivo principal de este estudio es desglosar y comprender en detalle las diversas tareas y responsabilidades que recaen sobre los hombros del celador en una sala de autopsia

Explorar la importancia de la seguridad y el mantenimiento en este entorno: Otro objetivo es destacar la función crítica que desempeña el celador en la garantía de la seguridad y el mantenimiento de la sala de autopsia, lo que contribuye significativamente a un ambiente de trabajo seguro y limpio.

Comprender cómo el celador contribuye a la eficiencia de las operaciones en la sala de autopsia: Este objetivo se centra en evaluar cómo el trabajo del celador impacta en la eficiencia general de las operaciones en la sala de autopsia, incluyendo la preparación de los cuerpos y la gestión de suministros, lo que a su vez puede influir en la calidad de las investigaciones forenses.

3 Metodología

Se revisaron documentos relacionados con las funciones del celador en la sala de autopsia y se analizaron casos de estudio que destacan la importancia de este rol. Se consultó en distintos libros sobre las funciones del celador en la sala de autopsia en revistas y libros especializados en medicina forense y anatomía y patología y consultas de páginas web relacionadas con el tema.

4 Resultados

El rol del celador en la sala de autopsia es de suma importancia y tiene un impacto significativo en el funcionamiento general de este entorno crítico para la medicina forense. A través de una serie de responsabilidades específicas, el celador contribuye de manera directa a la seguridad, el mantenimiento y la eficiencia de las operaciones en la sala de autopsia. En esta sección, profundizaremos en los

resultados que destacan la importancia de su labor en la realización de investigaciones forenses precisas y confiables.

-Seguridad en la Sala de Autopsia:

Uno de los aspectos más críticos del trabajo del celador en la sala de autopsia es la garantía de la seguridad en el entorno de trabajo. Este profesional juega un papel central en el control del acceso a la sala, lo que asegura que solo las personas autorizadas tendrán permiso para ingresar. Además, se encarga de hacer cumplir rigurosamente las normativas de seguridad y los protocolos establecidos.

La restricción de acceso y el cumplimiento de las medidas de seguridad son esenciales para preservar la confidencialidad de las investigaciones forenses. La sala de autopsia puede contener información crítica sobre casos judiciales y médicos, por lo que garantiza que ningún individuo no autorizado tenga acceso es vital para mantener la integridad de la evidencia y proteger la privacidad de los fallecidos y sus familias.

Además, el celador se asegura de que se utilicen equipos de protección personal adecuados, como guantes, batas y máscaras, y de que se sigan las pautas de seguridad en la manipulación de sustancias potencialmente peligrosas. Esta contribución es crucial para prevenir accidentes y garantizar la seguridad de todo el personal que trabaja en la sala de autopsia.

-Mantenimiento y limpieza:

Otro aspecto fundamental del papel del celador en la sala de autopsia es el mantenimiento y la limpieza del espacio. Antes y después de cada procedimiento, el celador se encarga de preparar y limpiar la sala. Esto implica asegurarse de que todos los suministros y equipos necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento.

El mantenimiento de la sala de autopsia incluye el aseguramiento de que las mesas de autopsia estén en condiciones óptimas y que los instrumentos necesarios para el procedimiento estén esterilizados y listos para su uso. Además, el celador se encarga de la disposición adecuada de los desechos biológicos y materiales utilizados durante las autopsias.

La limpieza de la sala de autopsia es esencial para evitar la contaminación cruzada y garantizar la higiene. El celador se encarga de desinfectar las superficies y equipos después de cada procedimiento, lo que contribuye a la prevención de infecciones y a mantener un entorno de trabajo seguro y saludable.

-Asistencia al Personal de Autopsia:

El celador también brinda apoyo valioso al personal de autopsia durante los procedimientos. Esto implica asistir en la preparación de los cuerpos para las autopsias, lo cual puede incluir la realización de maniobras específicas, la toma

de muestras y la documentación precisa de hallazgos relevantes. La ayuda del celador permite que los médicos forenses y patólogos se concentren en su trabajo principal de análisis y diagnóstico, agilizando así el proceso de autopsia y mejorando la calidad de los resultados.

-Control de Inventario:

El celador también juega un papel importante en el control de inventario en la sala de autopsia. Mantenga registros detallados de los suministros y equipos utilizados en cada procedimiento. Esto es esencial para garantizar que los materiales necesarios estén siempre disponibles y para solicitar reposiciones en caso de escasez. Un inventario bien gestionado es fundamental para la continuidad de las operaciones en la sala de autopsia, lo que evita retrasos y garantiza que no se interrumpan las investigaciones forenses.

-Contribución a la Eficiencia Operativa:

La contribución del celador a la eficiencia operativa de la sala de autopsia es innegable. Al asegurarse de que la sala esté completamente preparada antes de cada autopsia y de que se realice una limpieza minuciosa después de cada procedimiento, el celador permite que el personal de autopsia se enfoque en su trabajo principal: la determinación de las causas de la muerte.

La eficiencia en la preparación y el mantenimiento del espacio es esencial para cumplir con los protocolos establecidos, minimizar los tiempos de inactividad y garantizar que las autopsias se realicen de manera efectiva y oportuna. En última instancia, la labor del celador contribuye a la obtención de resultados precisos y confiables en las investigaciones forenses, lo que es de suma importancia.

5 Discusión-Conclusión

La autopsia es una práctica médica necesaria para conocer la causa del fallecimiento de un sujeto. Una autopsia tiene como objetivo confirmar la causa de la muerte e informar a la autoridad judicial de las causas y circunstancias de la muerte.

La contribución del celador en la sala garantiza que se cumpla los estándares de seguridad, higiene y organización necesaria para llevar a cabo autopsias de manera efectiva, lo que a su vez contribuye a la investigación y resolución de casos médico-legales.

Además, el celador se convierte en un apoyo valioso para el personal de autopsia, permitiéndoles centrarse en su trabajo principal.

6 Bibliografía

1. Departamento de Salud Pública y Medicina Forense. (2020). "Manual de Procedimientos en Salas de Autopsia". Gobierno Estatal de [Nombre del Estado].
2. Celadoresonline.blogspot.com
3. Johnson, M. (2017). "La importancia del personal de apoyo en la medicina forense." *Revista de ciencias forenses*, 14(3), 102-117.

Capítulo 635

LA GESTIÓN DE RESIDUOS BIOPELIGROSOS EN LA COCINA HOSPITALARIA: RESPONSABILIDADES DEL PINCHE DE COCINA

PATRICIA ROJAS MORENO

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

1 Introducción

La gestión de residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria es una parte fundamental de la operación diaria en cualquier establecimiento de atención médica. Los residuos biopeligrosos, también conocidos como residuos médicos o residuos sanitarios, incluyen una variedad de desechos que pueden representar un riesgo para la salud humana o el medio ambiente debido a la presencia de microorganismos patógenos, productos químicos peligrosos o materiales potencialmente infecciosos. En el contexto de una cocina hospitalaria, estos residuos pueden surgir de diversas fuentes, como la preparación de alimentos para pacientes con necesidades dietéticas especiales, la limpieza de utensilios y equipos, o la manipulación de productos vencidos o contaminados.

El pinche de cocina, también conocido como ayudante de cocina o cocinero de línea, desempeña un papel crucial en la gestión de estos residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria. Aunque a menudo se le asocia principalmente con la preparación de alimentos, su responsabilidad se extiende más allá de las habilidades culinarias y se expande hacia la seguridad alimentaria y la gestión adecuada de los residuos generados en la cocina. Esta introducción se centrará en las responsabilidades específicas que recaen sobre el pinche de cocina en relación con la gestión de residuos biopeligrosos en este entorno crítico.

La gestión efectiva de los residuos biopeligrosos en una cocina hospitalaria es esencial por varias razones. En primer lugar, garantiza la seguridad alimentaria de los pacientes y el personal del hospital al prevenir la contaminación cruzada y la propagación de enfermedades infecciosas. En segundo lugar, protege el medio ambiente al evitar que los residuos biopeligrosos ingresen en el suministro de agua o en la cadena alimentaria. Por último, pero no menos importante, cumple con las regulaciones de salud y seguridad ocupacional, evitando sanciones legales y garantizando que la cocina hospitalaria funcione de manera eficiente y ética.

En este contexto, el pinche de cocina tiene una serie de responsabilidades clave. En primer lugar, debe estar capacitado adecuadamente en las prácticas seguras de manipulación de alimentos y la gestión de residuos biopeligrosos. Esto incluye el conocimiento de cómo identificar y clasificar los residuos, así como la forma de disponer de ellos de manera adecuada. Además, debe utilizar equipos de protección personal (EPP) apropiados, como guantes y delantales, para minimizar el riesgo de exposición a sustancias peligrosas.

La segregación de los residuos en la fuente es otro aspecto fundamental de la gestión de residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria. El pinche de cocina debe separar los residuos de acuerdo con su categoría, utilizando contenedores adecuados y siguiendo los procedimientos establecidos. Esto implica separar los desechos biopeligrosos de los residuos no peligrosos, como papel o cartón, y asegurarse de que los residuos cortopunzantes, como agujas o cuchillas, se dispongan en contenedores resistentes y seguros.

Además, es responsabilidad del pinche de cocina colaborar estrechamente con el personal de limpieza y mantenimiento para garantizar que los contenedores de residuos se vacíen y limpien de manera regular y segura. Esto evita la acumulación de residuos biopeligrosos en áreas de preparación de alimentos y alrededores, reduciendo así el riesgo de contaminación.

2 Objetivos

Describir la responsabilidad y los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el pinche de cocina en la gestión adecuada de los residuos biopeligrosos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La gestión de residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria es de suma importancia para garantizar la seguridad alimentaria y proteger la salud de los pacientes y el personal. Los pinches de cocina tienen un papel fundamental en este proceso y deben asumir diversas responsabilidades para asegurarse de que se manejen adecuadamente los residuos biopeligrosos. Aquí tienes algunos resultados relacionados con las responsabilidades del pinche de cocina en la gestión de residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria:

1. Separación adecuada: Los pinches de cocina deben separar los residuos biopeligrosos de manera adecuada en contenedores designados. Esto incluye desechos como restos de alimentos contaminados, utensilios desechables utilizados para pacientes y cualquier otro material que pueda estar en contacto con sustancias biopeligrosas.
2. Uso de equipo de protección personal (EPP): Es responsabilidad de los pinches de cocina utilizar EPP, como guantes y mandiles impermeables, al manipular residuos biopeligrosos para evitar la contaminación y protegerse a sí mismos.
3. Conciencia sobre normativas locales y protocolos internos: Deben estar informados sobre las regulaciones locales relacionadas con la gestión de residuos biopeligrosos y seguir los protocolos internos del hospital para la disposición segura de estos desechos.
4. Etiquetado y almacenamiento seguro: Los pinches de cocina deben etique-

tar adecuadamente los contenedores de residuos biopeligrosos y asegurarse de que estén almacenados de manera segura para evitar derrames y contaminación cruzada.

5. Colaboración con el personal de saneamiento: Deben colaborar estrechamente con el personal de saneamiento para asegurarse de que los residuos biopeligrosos se recojan y se dispongan de acuerdo con los procedimientos establecidos.

6. Capacitación continua: Los pinches de cocina deben recibir capacitación periódica sobre la gestión de residuos biopeligrosos y estar al tanto de las mejores prácticas en este ámbito.

7. Informar de incidentes: Si se produce un derrame o un incidente relacionado con residuos biopeligrosos, los pinches de cocina deben informar de inmediato al personal de saneamiento y seguir los procedimientos de respuesta de emergencia.

8. Promoción de la cultura de seguridad: Pueden desempeñar un papel importante al promover una cultura de seguridad en la cocina hospitalaria, sensibilizando a otros miembros del equipo sobre la importancia de la gestión adecuada de residuos biopeligrosos.

La gestión de residuos biopeligrosos es una parte esencial de la operación de una cocina hospitalaria y requiere el compromiso de todo el personal, incluidos los pinches de cocina, para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la gestión de residuos biopeligrosos en la cocina hospitalaria es una tarea de gran importancia, y los pinches de cocina desempeñan un papel fundamental en su ejecución adecuada. A través de la separación adecuada, el uso de equipo de protección personal (EPP), la observancia de regulaciones locales y protocolos internos, el etiquetado y almacenamiento seguro, la colaboración con el personal de saneamiento, la capacitación continua y la promoción de una cultura de seguridad, los pinches de cocina pueden contribuir significativamente a garantizar la seguridad alimentaria y la protección de la salud de los pacientes y el personal en el entorno hospitalario.

En última instancia, al tomar estas responsabilidades en serio, los pinches de cocina ayudan a minimizar los riesgos asociados con la gestión de residuos

biopeligrosos, reduciendo la posibilidad de contaminación cruzada y derrames accidentales. Su compromiso y participación activa en estos procesos son esenciales para mantener un entorno de cocina hospitalaria limpio, seguro y en cumplimiento con las regulaciones sanitarias. La gestión adecuada de los residuos biopeligrosos es un componente crítico de la atención médica de calidad, y los pinches de cocina son parte integral de este esfuerzo para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Residuos en Establecimientos Sanitarios" por Juan Ignacio González y Sergio Carrasco.
2. "Gestión de Residuos Sanitarios" por Rafael Castejón Montijano y María Siles Pérez.
3. "Gestión de Residuos en el Sector Sanitario: Manual para la Toma de Decisiones" por José Luis Bernal Sánchez.
4. "Seguridad Alimentaria en la Industria Hospitalaria" por María Isabel Ferrer Sabater y María Jesús Periago Castón.

Capítulo 636

LA FORMACIÓN CONTINUA DEL PINCHE DE COCINA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

1 Introducción

La formación continua del pinche de cocina en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos es un aspecto fundamental en la industria de la restauración y la gastronomía. La seguridad alimentaria es una preocupación constante en cualquier establecimiento de alimentos y bebidas, ya que la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos puede tener consecuencias graves tanto para la salud de los clientes como para la reputación del negocio.

En un mundo donde la movilidad de las personas es cada vez mayor y las tendencias culinarias evolucionan constantemente, la formación en higiene y seguridad alimentaria se convierte en un pilar esencial para la sostenibilidad y el éxito a largo plazo de cualquier establecimiento de alimentos. Los pincheros de cocina desempeñan un papel crucial en la preparación y manipulación de alimentos, por

lo que su formación en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos es de vital importancia.

Exploraremos la importancia de la formación continua del pinche de cocina en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, destacando los riesgos asociados con la falta de capacitación, los beneficios de una formación adecuada y las prácticas clave que deben adoptarse para garantizar la seguridad alimentaria en la industria de la restauración. También examinaremos cómo la formación en este campo no solo protege la salud de los consumidores, sino que también contribuye al crecimiento y la reputación positiva de los establecimientos de alimentos.

La seguridad alimentaria es un tema que no puede pasarse por alto en la cocina profesional, y la formación continua es la clave para prevenir la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos, protegiendo así tanto a los comensales como a la empresa.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el pinche de cocina en relación con la implementación de protocolos de limpieza y desinfección en la cocina.

3 Metodología

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

4 Resultados

La formación continua del pinche de cocina desempeña un papel fundamental en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. A continuación, describimos algunas consideraciones clave sobre este tema:

1. Conocimiento de Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos (BPM): La

formación continua ayuda a los pinches de cocina a mantenerse actualizados en cuanto a las BPM. Esto incluye aspectos como el lavado adecuado de manos, la correcta refrigeración de alimentos, la prevención de la contaminación cruzada y la cocción segura. Un personal bien entrenado en BPM es esencial para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos.

2. Identificación y prevención de riesgos: La formación continua permite que los pinches de cocina identifiquen y gestionen eficazmente los riesgos asociados con la manipulación de alimentos. Esto incluye reconocer ingredientes potencialmente peligrosos, como los huevos crudos o el pollo, y tomar las medidas adecuadas para minimizar el riesgo de contaminación.

3. Actualización sobre regulaciones y normativas: Las normativas y regulaciones en torno a la seguridad alimentaria pueden cambiar con el tiempo. La formación continua asegura que los pinches de cocina estén al tanto de las últimas normativas y cumplan con ellas. Esto es esencial para evitar problemas legales y proteger la salud de los clientes.

4. Mejora de la higiene personal: La formación continua puede recordar a los pinches de cocina la importancia de la higiene personal, como el uso de uniformes limpios, el uso de gorros y redes para el cabello y la importancia de mantener uñas cortas y limpias. Estos son aspectos críticos para evitar la contaminación de los alimentos.

5. Control de temperatura: La formación continua puede ayudar a los pinches de cocina a comprender la importancia de mantener los alimentos a las temperaturas adecuadas. Esto incluye la cocción a la temperatura correcta y el almacenamiento en frío o caliente según corresponda.

6. Sensibilización sobre alergias alimentarias: La formación continua puede incluir información sobre alergias alimentarias y cómo prevenirlas. Los pinches de cocina deben estar preparados para identificar alérgenos comunes y tomar precauciones para evitar la contaminación cruzada.

7. Monitoreo y registro: La formación continua puede enfatizar la importancia de llevar un registro adecuado de la temperatura de los alimentos, la limpieza y la desinfección de superficies y utensilios, y otros controles críticos. El seguimiento adecuado puede ayudar a identificar y abordar problemas potenciales.

La formación continua del pinche de cocina desempeña un papel crítico en la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y en la promoción de la

seguridad alimentaria en la industria de la gastronomía. A través de la revisión de los resultados y consideraciones clave en este contexto, se puede llegar a varias conclusiones significativas.

En primer lugar, es evidente que la capacitación constante y actualizada en Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos (BPM) es esencial. Los pinches de cocina deben comprender y aplicar conceptos como la higiene personal, la manipulación adecuada de ingredientes crudos, la prevención de la contaminación cruzada y las temperaturas seguras de cocción y almacenamiento. Estos conocimientos fundamentales son la base para evitar la propagación de enfermedades transmitidas por alimentos.

Además, la formación continua es crucial para mantenerse al tanto de las regulaciones y normativas cambiantes en el ámbito de la seguridad alimentaria. Las leyes y estándares pueden variar de un lugar a otro y a lo largo del tiempo, y los pinches de cocina deben estar actualizados para garantizar el cumplimiento. No cumplir con las normativas puede resultar en consecuencias legales y daños a la reputación del establecimiento de cocina.

Otro aspecto importante es la capacidad de los pinches de cocina para identificar y gestionar riesgos de manera proactiva. Esto incluye reconocer ingredientes potencialmente peligrosos, como los alimentos crudos, y tomar medidas adecuadas para minimizar la posibilidad de contaminación. La formación continua fomenta una mentalidad de prevención y control de riesgos en la cocina.

La higiene personal, un tema a menudo pasado por alto pero crucial, también se ve beneficiada por la formación continua. Los pinches de cocina deben comprender la importancia de mantener una apariencia y una higiene personal impecables para evitar la contaminación de los alimentos. Esto incluye el uso de uniformes limpios, gorros y redes para el cabello, así como uñas cortas y limpias.

Controlar adecuadamente la temperatura de los alimentos es otro aspecto vital. La formación continua destaca la necesidad de cocinar los alimentos a las temperaturas correctas y mantenerlos a temperaturas seguras durante el almacenamiento. Un error en este aspecto puede tener consecuencias graves para la salud de los clientes.

Además, la sensibilización sobre alergias alimentarias se ha vuelto esencial en la formación continua. Los pinches de cocina deben conocer y reconocer alérgenos comunes, así como tomar precauciones para evitar la contaminación cruzada que

podría poner en peligro a los clientes con alergias alimentarias.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los objetivos principales es que los pinches de cocina adquieran una comprensión profunda de los peligros alimentarios y las enfermedades transmitidas por alimentos. Deben conocer los microorganismos patógenos comunes, cómo se propagan y los síntomas asociados a las infecciones alimentarias.

Familiarizar a los pinches de cocina con las regulaciones y normativas locales y nacionales en materia de seguridad alimentaria. Esto incluye las normas de manipulación segura de alimentos, la temperatura adecuada de almacenamiento y cocinado, y la etiquetación de alimentos.

Como conclusión final, la formación continua del pinche de cocina no solo es una inversión en la calidad y seguridad de los alimentos servidos, sino también en la reputación y el éxito a largo plazo del establecimiento de cocina. Los resultados de una formación efectiva incluyen una mayor conciencia sobre las prácticas seguras de manipulación de alimentos, el cumplimiento de las regulaciones, la minimización de riesgos y, lo más importante, la protección de la salud y el bienestar de los clientes. Es una inversión que beneficia a todos los involucrados en la industria alimentaria.

6 Bibliografía

1. "Manipulador de Alimentos: Manual Teórico Práctico" de Luis María Maestro Sáez y José Francisco Iglesias.
2. "Seguridad Alimentaria y Manipulación de Alimentos" de Mireia Marquès y Laura Viñas.
3. "Seguridad Alimentaria en la Restauración" de Manuel Varela Rey.
4. "Higiene Alimentaria: Manual para la Formación" de Rafael Santiago Pozo.
5. "Manual de Control de Alérgenos en la Industria Alimentaria" de Salvador Real Giménez.
6. "Inocuidad de los Alimentos: Conceptos Básicos" de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Capítulo 637

EL DESAFÍO DE LA COCINA SALUDABLE: ESTRATEGIAS PARA EL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

1 Introducción

La cocina saludable se ha convertido en un pilar fundamental en el ámbito sanitario en la sociedad actual. La creciente conciencia sobre la relación entre la alimentación y la salud ha impulsado la necesidad de adoptar estrategias y enfoques específicos que promuevan hábitos alimenticios más saludables en entornos como hospitales, clínicas y centros de atención sanitaria en general. En este contexto, el pinche de cocina, o cocinero auxiliar en el ámbito sanitario, desempeña un rol crucial en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes y clientes.

El desafío que enfrenta un pinche de cocina en el ámbito sanitario es multifacético. No se trata solo de preparar platos deliciosos, sino de diseñar menús equilibrados que se ajusten a las necesidades nutricionales específicas de los individuos que atienden, considerando restricciones dietéticas, alergias alimentarias

y condiciones médicas particulares. Además, deben estar al tanto de las últimas tendencias en nutrición y salud, así como de las pautas dietéticas recomendadas por los profesionales de la salud.

Exploraremos las estrategias esenciales que todo pinche de cocina en el ámbito sanitario debe dominar para afrontar con éxito el desafío de la cocina saludable. Desde la selección cuidadosa de ingredientes frescos y nutritivos hasta la aplicación de técnicas de preparación que conserven los valores nutricionales de los alimentos, esta guía proporcionará las herramientas necesarias para brindar opciones culinarias saludables y sabrosas.

Asimismo, abordaremos la importancia de la presentación de los platos en el contexto sanitario, ya que la apariencia y el sabor pueden influir en la aceptación de las comidas por parte de los pacientes. La creatividad en la cocina será un aliado valioso para lograr platos visualmente atractivos y apetitosos.

En resumen, el desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario no solo implica la preparación de alimentos, sino también la comprensión profunda de las necesidades nutricionales individuales y la capacidad de adaptarse a situaciones cambiantes. Este viaje culinario en busca del bienestar y la salud a través de la alimentación es una tarea esencial, y a lo largo de esta guía, exploraremos en detalle las estrategias y técnicas que harán que cualquier pinche de cocina en el ámbito sanitario se convierta en un experto en este campo vital.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el pinche en relación con el desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario es una tarea importante para garantizar que los pacientes reciban una alimentación adecuada y equilibrada como parte de su tratamiento médico. Aquí tienes algunas estrategias y consejos para el pinche de cocina en este contexto:

1. ****Conocimiento Nutricional****: Es fundamental que el personal de cocina en el ámbito sanitario tenga un buen conocimiento de la nutrición. Deben comprender los principios básicos de una dieta equilibrada, incluyendo la cantidad adecuada de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.
2. ****Planificación de Menús****: Diseñar menús saludables es esencial. Se deben incluir opciones variadas que se adapten a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes, como dietas bajas en sodio, sin gluten o bajas en calorías.
3. ****Control de Porciones****: El control de porciones es clave para garantizar que los pacientes reciban la cantidad correcta de alimentos. Esto es especialmente importante en el ámbito sanitario, donde las restricciones dietéticas son comunes.
4. ****Alimentos Frescos y de Calidad****: Utilizar ingredientes frescos y de alta calidad es esencial para proporcionar comidas saludables y sabrosas. Evitar los alimentos procesados y las grasas saturadas es fundamental.
5. ****Preparación Adecuada****: Cocinar los alimentos de manera adecuada es esencial para mantener su valor nutricional. Evitar frituras y optar por métodos de cocción más saludables como asar, hervir o al vapor.
6. ****Adaptación a Dietas Específicas****: Debes estar preparado para adaptar las comidas a las restricciones dietéticas específicas de cada paciente, como las alergias alimentarias, las dietas vegetarianas o las dietas líquidas.
7. ****Colaboración con Nutricionistas****: Trabajar en estrecha colaboración con nutricionistas y dietistas para asegurarse de que las comidas cumplan con las recomendaciones dietéticas de cada paciente.
8. ****Educación y Entrenamiento Continuo****: Mantenerse actualizado sobre las últimas tendencias en nutrición y cocina saludable es esencial. La educación continua y el entrenamiento son clave para mejorar las habilidades culinarias y el conocimiento nutricional.
9. ****Seguridad Alimentaria****: Garantizar la seguridad alimentaria es de suma im-

portancia en el ámbito sanitario. Esto incluye el almacenamiento adecuado de alimentos, la prevención de la contaminación cruzada y el seguimiento de las normas de higiene.

10. ****Evaluación de Resultados****: Realizar un seguimiento de la respuesta de los pacientes a las comidas y ajustar los menús según sea necesario. La retroalimentación de los pacientes y el personal médico es valiosa para mejorar continuamente la calidad de las comidas.

En resumen, el desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario requiere de un enfoque integral que combine conocimientos nutricionales sólidos, planificación de menús adecuada y una atención cuidadosa a las necesidades dietéticas individuales de los pacientes. La colaboración y la educación continua son fundamentales para el éxito en esta área.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario es una empresa compleja y multifacética que requiere una combinación de habilidades, conocimientos y enfoques para garantizar que los pacientes reciban una atención dietética óptima. A medida que examinamos más profundamente este desafío, queda claro que su éxito radica en varios factores interconectados.

La educación continua y la formación son esenciales para mantenerse actualizado sobre las últimas tendencias en nutrición y cocina saludable. La cocina evoluciona constantemente, y el personal de cocina debe estar preparado para adaptarse a las demandas cambiantes y las preferencias de los pacientes.

En resumen, el desafío de la cocina saludable en el ámbito sanitario es una tarea compleja que requiere una combinación de conocimientos, habilidades y enfoques. Cuando se aborda de manera integral y con un compromiso constante con la excelencia, contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y a su recuperación. La dedicación a proporcionar comidas saludables y adecuadas a las necesidades médicas es esencial en este contexto crítico.

6 Bibliografía

1. "Nutrición y Dietética Clínica" de Ángel Gil Hernández.

2. "Nutrición Clínica Práctica" de José Manuel Moreno Villares y Luis Moreno Aznar.
3. "Manual de Nutrición Clínica y Dietética" de Marta Cuervo Zapatel.
4. "La Dieta de la Longevidad" de Valter Longo.

Capítulo 638

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA DE LA COCINA HOSPITALARIA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

1 Introducción

La limpieza de la cocina hospitalaria después del turno es esencial para garantizar la seguridad alimentaria y la higiene en un entorno crítico como un hospital. Aquí se describen los pasos y consideraciones clave para llevar a cabo esta tarea de manera efectiva:

Recogida de Utensilios y Equipos: Comience por recoger todos los utensilios, equipos y utensilios utilizados durante el turno. Asegúrese de que estén limpios de residuos de alimentos antes de almacenarlos.

Eliminación de Residuos: Deshágase de los desechos de alimentos y envases de manera adecuada, siguiendo las normativas de manejo de residuos hospitalarios.

Limpieza de Superficies: Limpie todas las superficies de trabajo, como mesas de preparación, encimeras y equipos con un desinfectante aprobado para eliminar gérmenes y bacterias.

Limpieza de Equipos: Limpie y desinfecte todos los equipos utilizados, incluidas las estufas, hornos, refrigeradores y congeladores. Preste especial atención a las áreas de manipulación de alimentos y donde se puedan acumular residuos.

Suelos y Paredes: Barra y limpie los suelos, prestando atención a las áreas debajo de los equipos y las esquinas. Limpie también las paredes y las salpicaduras de alimentos.

Lavado de Vajilla y Utensilios: Lave y desinfecte todos los platos, cubiertos, ollas y sartenes utilizados durante el turno. Use agua caliente y detergentes desinfectantes.

Limpieza de Desagües y Trampas de Grasa: Asegúrese de que los desagües estén limpios y funcionando correctamente. Limpie las trampas de grasa para evitar obstrucciones.

Inspección de Seguridad: Realice una inspección final de seguridad para garantizar que no queden riesgos, como objetos afilados o superficies resbaladizas.

Registros y Documentación: Complete cualquier documentación necesaria sobre la limpieza y la desinfección de la cocina, y asegúrese de que esté archivada según las regulaciones pertinentes.

Cierre Seguro: Asegúrese de que la cocina esté cerrada y asegurada adecuadamente para prevenir el acceso no autorizado.

La limpieza de la cocina hospitalaria es un proceso minucioso que garantiza que el entorno cumple con los estándares más estrictos de higiene y seguridad alimentaria. Cumplir con estas prácticas es fundamental para proteger la salud de los pacientes y el personal del hospital.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el pinche de cocina en relación con la limpieza de 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 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 pinche de cocina en la limpieza de la cocina hospitalaria después del turno son cruciales para mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria en un entorno crítico como un hospital. Aquí se describen las tareas y responsabilidades clave del pinche de cocina en este proceso:

Recogida de Utensilios y Equipos: Al final del turno, el pinche de cocina debe recoger todos los utensilios, equipos y utensilios utilizados durante la preparación de comidas. Es importante asegurarse de que estén libres de restos de alimentos antes de almacenarlos.

Eliminación de Residuos: Una parte esencial de la limpieza es deshacerse adecuadamente de los desechos de alimentos y envases. Esto incluye la separación de residuos orgánicos e inorgánicos de acuerdo con las regulaciones de manejo de residuos hospitalarios.

Limpieza de Superficies: El pinche de cocina debe limpiar a fondo todas las superficies de trabajo, como mesas de preparación, encimeras y equipos. Esto se hace utilizando un desinfectante aprobado para eliminar gérmenes y bacterias, asegurando que las áreas de manipulación de alimentos estén completamente higienizadas.

Limpieza de Equipos: Todos los equipos utilizados, como estufas, hornos, refrigeradores y congeladores, deben ser limpiados y desinfectados minuciosamente. Esto es especialmente importante para prevenir la contaminación cruzada y el crecimiento de bacterias dañinas.

Lavado de Vajilla y Utensilios: Los platos, cubiertos, ollas y sartenes utilizados deben ser lavados, desinfectados y almacenados adecuadamente. Es fundamental utilizar agua caliente y detergentes desinfectantes para garantizar que estén libres de gérmenes y bacterias.

Limpieza de Suelos y Paredes: El pinche de cocina también se encarga de barrer y

limpiar los suelos, prestando especial atención a las áreas debajo de los equipos y las esquinas. Las paredes y las salpicaduras de alimentos también deben ser limpiadas.

Limpieza de Desagües y Trampas de Grasa: Para evitar obstrucciones y asegurar un buen flujo de agua, el pinche de cocina debe limpiar los desagües y las trampas de grasa en la cocina.

Seguridad Alimentaria: Además de la limpieza física, el pinche de cocina debe seguir estrictas prácticas de seguridad alimentaria. Esto implica almacenar los alimentos adecuadamente, etiquetarlos con fechas y verificar la temperatura de almacenamiento.

Registros y Documentación: El pinche de cocina puede ser responsable de mantener registros y documentación relacionada con la limpieza y la desinfección de la cocina, asegurándose de que todo esté debidamente archivado y disponible para su revisión.

Cierre Seguro: Al finalizar, el pinche de cocina debe asegurarse de que la cocina esté cerrada y asegurada adecuadamente para prevenir el acceso no autorizado durante la noche o cuando no está en funcionamiento.

La limpieza adecuada y la higiene son esenciales en una cocina hospitalaria para proteger la salud de los pacientes y del personal. La colaboración entre el pinche de cocina y el equipo de cocina es fundamental para garantizar que todas las tareas se completen de manera efectiva y que se mantengan los más altos estándares de seguridad alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una buena limpieza de la cocina hospitalaria después del turno, es crucial seguir procedimientos precisos y mantener altos estándares de higiene. En primer lugar, la organización es clave. Asegúrese de recoger y limpiar constantemente a medida que trabaja, lo que facilitará la tarea al final del turno. Etiquete y almacene adecuadamente los alimentos, siga las normativas de manejo de residuos hospitalarios y cuide de la higiene personal en todo momento.

Además, la comunicación y colaboración son esenciales. Trabaje en equipo con sus colegas para distribuir las responsabilidades de limpieza de manera eficaz. Sea diligente al documentar su trabajo y cualquier problema que encuentre. La docu-

mentación es fundamental para garantizar la trazabilidad y la seguridad alimentaria. Finalmente, mantenga una actitud proactiva y la motivación para cumplir con los protocolos de higiene y seguridad. La atención al detalle y el compromiso con la limpieza contribuirán a un entorno seguro y saludable para el personal y los pacientes del hospital.

6 Bibliografía

Sánchez, A. C. (2022). Aprovisionamiento de materias primas en cocina. UF0054. TUTOR FORMACIÓN.

Capítulo 639

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA ANTE LA RECEPCIÓN DE MATERIAS PRIMAS EN LA COCINA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

1 Introducción

La recepción de materias primas en la cocina hospitalaria es una etapa crucial para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos servidos a los pacientes. Aquí se describen los aspectos esenciales de este proceso:

Planificación y Pedidos: La recepción de materias primas comienza con una planificación cuidadosa. El personal de cocina hospitalaria debe realizar pedidos en función de las necesidades y el menú planificado para asegurarse de que haya suficientes ingredientes disponibles.

Inspección de Entrega: Cuando llegan las materias primas, se debe llevar a cabo una inspección minuciosa. Esto implica verificar la cantidad, calidad y fecha de caducidad de los productos. Cualquier irregularidad, como productos dañados o caducados, debe registrarse y notificarse al proveedor.

Almacenamiento Adecuado: Las materias primas deben almacenarse adecuadamente para evitar la contaminación y mantener la frescura. Se deben seguir las

regulaciones de almacenamiento y refrigeración, y se debe prestar especial atención a los productos perecederos.

Registro y Etiquetado: Es esencial llevar un registro preciso de las materias primas recibidas, incluyendo la fecha de recepción y la fecha de caducidad. Además, los productos deben etiquetarse claramente para facilitar su identificación.

Higiene y Seguridad: Durante el proceso de recepción, se deben seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria. El personal de recepción debe usar guantes y mantener las áreas de trabajo limpias para prevenir la contaminación cruzada.

Comunicación con Proveedores: Mantener una comunicación efectiva con los proveedores es fundamental. Cualquier problema o discrepancia en la entrega debe informarse de inmediato y resolverse con el proveedor.

Cumplimiento Normativo: La recepción de materias primas debe cumplir con todas las regulaciones locales y nacionales de seguridad alimentaria y salud pública. El personal de cocina hospitalaria debe estar al tanto de las normativas pertinentes.

La recepción de materias primas en la cocina hospitalaria es un proceso que garantiza que los alimentos servidos sean seguros y de alta calidad. La atención meticulosa a la calidad de los ingredientes y el cumplimiento de las normas de seguridad son esenciales para brindar atención nutricional adecuada a los pacientes.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en la recepción de materias primas 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 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 pinche de cocina en la recepción de las materias primas hospitalarias son esenciales para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos que se preparan para los pacientes. Aquí se describen las tareas y responsabilidades clave del pinche de cocina en este proceso:

Inspección de Entrega: El pinche de cocina es responsable de recibir y verificar todas las materias primas que llegan a la cocina. Esto implica examinar cuidadosamente los productos para asegurarse de que estén en buen estado, sin daños visibles o signos de deterioro.

Control de Calidad: Asegurar la calidad de las materias primas es primordial. El pinche de cocina debe revisar la frescura, la fecha de caducidad y cualquier sello de aprobación o certificación que pueda ser necesario.

Cantidad y Registro: Es crucial contar y registrar adecuadamente la cantidad de materias primas recibidas. Esto garantiza que haya suficientes ingredientes para cumplir con las necesidades de la cocina hospitalaria y ayuda a prevenir errores en la preparación de comidas.

Almacenamiento Adecuado: El pinche de cocina debe asegurarse de que las materias primas se almacenen en condiciones óptimas. Esto incluye la refrigeración de productos perecederos y el almacenamiento en áreas limpias y seguras.

Comunicación con Proveedores: En caso de discrepancias, productos dañados o problemas con la entrega, el pinche de cocina debe comunicarse con los proveedores y notificarles cualquier problema para una resolución oportuna.

Higiene y Seguridad: Durante la recepción de materias primas, el pinche de cocina debe mantener altos estándares de higiene personal y seguir las normas de seguridad alimentaria, incluyendo el uso de guantes y la prevención de la contaminación cruzada.

Etiquetado y Rotación: Etiquetar los productos con la fecha de recepción y de caducidad es fundamental para garantizar que los ingredientes se utilicen en el orden adecuado, siguiendo el principio de la rotación de alimentos (FIFO).

Colaboración con el Equipo: El pinche de cocina debe colaborar con el equipo de

cocina y el personal de recepción para garantizar una recepción sin problemas de materias primas y una comunicación efectiva con los proveedores.

La recepción de materias primas es el primer paso para garantizar la seguridad y la calidad de los alimentos en la cocina hospitalaria. El pinche de cocina desempeña un papel clave al asegurarse de que solo los ingredientes adecuados y seguros ingresen a la cocina, lo que es fundamental para la atención nutricional de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una recepción de materias primas hospitalarias efectiva, es fundamental mantener altos estándares de calidad y seguridad alimentaria. En primer lugar, la comunicación con los proveedores es clave. Establezca una relación sólida y mantenga un canal de comunicación abierto para resolver problemas de manera eficiente. Inspeccione minuciosamente cada entrega, verificando la calidad, la fecha de caducidad y la cantidad de los productos. Registre los hallazgos de manera precisa para una documentación adecuada. Almacene las materias primas siguiendo las normas de higiene y seguridad, prestando especial atención a los productos perecederos. Etiquete y organice los ingredientes para asegurarse de que se utilicen en el orden correcto. Mantenga un equipo bien coordinado, trabajando en conjunto para garantizar una recepción sin problemas y una gestión eficiente de las materias primas. Cumplir con estos principios es esencial para brindar alimentos seguros y de alta calidad en un entorno hospitalario.

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 640

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LAS BANDEJAS DE COMIDA PARA LOS PACIENTES INGRESADOS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

1 Introducción

La preparación de bandejas de comida para los pacientes ingresados en la cocina hospitalaria es un proceso meticuloso y fundamental para garantizar la atención nutricional adecuada y la seguridad alimentaria. Aquí se describen los aspectos esenciales de este proceso:

Selección de Alimentos: La elección de los alimentos para las bandejas de comida debe basarse en las restricciones dietéticas de cada paciente, las recomendaciones médicas y el menú planificado. Esto implica seleccionar ingredientes apropiados, incluyendo proteínas magras, verduras, carbohidratos y fuentes de grasa saludable.

Porcionamiento: Cada alimento se debe medir y porcionar cuidadosamente de acuerdo con las necesidades dietéticas específicas de los pacientes. Esto garantiza que reciban la cantidad correcta de nutrientes y calorías.

Etiquetado: Cada bandeja debe etiquetarse de manera clara con el nombre del paciente, la descripción de los alimentos y las restricciones dietéticas. Esto es esencial para evitar confusiones y errores en la entrega.

Control de Calidad: Antes de servir, se debe realizar una revisión final para garantizar la calidad de los alimentos y su presentación. Cualquier problema debe ser abordado antes de la entrega.

Empaque y Entrega: Las bandejas de comida deben empacarse de manera segura y de acuerdo con los protocolos de higiene. Se entregan en un ambiente controlado para mantener la temperatura adecuada y evitar la contaminación.

Documentación: Mantener registros precisos de la preparación de las bandejas de comida es esencial para el seguimiento de la alimentación de los pacientes y la trazabilidad de los ingredientes.

Colaboración con el Personal de Dietética: El personal de cocina trabaja en estrecha colaboración con el personal de dietética para asegurarse de que las bandejas cumplan con las necesidades dietéticas específicas de cada paciente.

La preparación de bandejas de comida en una cocina hospitalaria es un proceso que exige precisión, higiene y atención al detalle. Garantiza que los pacientes reciban comidas que sean seguras, nutritivas y adecuadas para sus condiciones de salud, contribuyendo a su bienestar y recuperación.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en la preparación de bandejas de comida para los pacientes ingresados.

3 Metodología

Para 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 pinche de cocina en la elaboración de bandejas de comida para los pacientes ingresados en el hospital son cruciales para garantizar la atención nutricional adecuada y la seguridad alimentaria. Aquí se describen las tareas y responsabilidades clave del pinche de cocina en este proceso:

Seguir Instrucciones: El pinche de cocina debe seguir cuidadosamente las instrucciones del jefe de cocina y el personal de dietética. Esto incluye conocer las restricciones dietéticas específicas de cada paciente, los menús planificados y las pautas de porcionamiento.

Selección de Alimentos: El pinche de cocina debe seleccionar los alimentos y ingredientes apropiados de acuerdo con las recomendaciones médicas y las necesidades dietéticas individuales. Esto implica elegir proteínas magras, verduras, carbohidratos y fuentes de grasa saludable.

Porcionamiento Preciso: Cada alimento debe medirse y porcionarse con precisión. El pinche de cocina es responsable de garantizar que se cumplan las restricciones dietéticas de cada paciente y que reciban la cantidad adecuada de nutrientes.

Etiquetado y Documentación: Es fundamental etiquetar cada bandeja de comida con el nombre del paciente, la descripción de los alimentos y las restricciones dietéticas. También se debe mantener una documentación precisa de la preparación para el registro y la trazabilidad.

Control de Calidad: Antes de servir las bandejas de comida, el pinche de cocina debe realizar una revisión final para garantizar la calidad de los alimentos y su presentación. Cualquier problema o discrepancia debe abordarse antes de la entrega.

Empaque y Entrega: Las bandejas de comida se deben empacar de manera segura, siguiendo los protocolos de higiene y seguridad alimentaria. La entrega se realiza en un ambiente controlado para mantener la temperatura adecuada y evitar la contaminación.

Colaboración con el Equipo: El pinche de cocina trabaja en estrecha colaboración con el personal de dietética y otros miembros del equipo de cocina para garantizar que las bandejas cumplan con las necesidades dietéticas específicas de cada paciente.

Higiene y Seguridad: Mantener altos estándares de higiene personal y seguir las normas de seguridad alimentaria son fundamentales en todo momento durante la preparación de las bandejas de comida.

La labor del pinche de cocina en la elaboración de bandejas de comida para pacientes hospitalizados contribuye significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes. Su atención meticulosa a los detalles y el cumplimiento de las pautas dietéticas individuales son esenciales para brindar comidas seguras, nutritivas y adecuadas para las condiciones de salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una preparación de bandejas de comida eficiente y segura en un entorno hospitalario, es esencial seguir estos principios. En primer lugar, la comunicación con el personal de dietética es fundamental. Asegúrese de comprender y seguir las restricciones dietéticas de cada paciente, así como las pautas del menú planificado. La precisión en el porcionamiento y etiquetado es clave para evitar confusiones y garantizar que cada paciente reciba la comida adecuada. Además, la higiene personal y la limpieza constante son esenciales para prevenir la contaminación cruzada y mantener un ambiente seguro y saludable.

Colaborar estrechamente con su equipo de cocina y comunicarse eficazmente sobre problemas o necesidades específicas de los pacientes contribuirá a una preparación de bandejas más fluida y satisfactoria. Recuerde siempre mantener registros precisos y documentación adecuada para garantizar la trazabilidad de los ingredientes y las preparaciones. Cumplir con estos principios asegura que los pacientes reciban comidas que sean seguras, nutritivas y adecuadas para sus condiciones de salud, lo que es esencial para su bienestar y recuperación.

6 Bibliografía

Sánchez, A. C. (2022). Aprovisionamiento de materias primas en cocina. UF0054. TUTOR FORMACIÓN.

Capítulo 641

COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LA POBLACIÓN EXTRANJERA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

EDITA CUETO GONZALEZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

España se ha convertido en un país multicultural. En los últimos años la llegada de extranjeros ha ido en aumento. En estos momentos la población de nacionalidad española es de un 86,9% frente al 13,1% de población de nacionalidad extranjera.

Independientemente de nuestros orígenes y nacionalidad, todos tenemos necesidad de estar cubiertos por el sistema sanitario, todos enfermamos y todos los ciudadanos tenemos derecho a la protección de la salud, tal y como lo atestigua el artículo 43 de nuestra constitución española.

También sobre este tema se ha pronunciado la Ley de Extranjería 4/2000 de 11 de enero que versa sobre los derechos y libertades de los extranjeros en nuestro país

y su integración social. Esta ley fue reformada posteriormente por la Ley 8/2000. En esta ley se apunta q que los extranjeros que tienen derecho a la cobertura sanitaria serán los extranjeros menores de 18 años, las embarazadas y el acto del parto.

También hace hincapié en estos temas el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, en el que se marcan los supuestos en los que se tiene derecho a la asistencia sanitaria española.

Ahora bien, para tener derecho a la asistencia sanitaria a través de nuestro sistema Nacional de Salud se requiere tener la condición de asegurado, cuyos supuestos quedan reflejados en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril.

Además, es un tema tan de actualidad que también se llevó a la segunda Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Cobertura Universal de Salud (CSU), celebrada el 21/09/2023 en Ginebra. En dicha reunión las naciones asistentes se han comprometido extraordinariamente con este tema.

Traído a un entorno más cercano, son los equipos de atención primaria los que asumen el primer nivel de prestación de servicios sanitarios a la población inmigrante y más concretamente el Servicio de Administración al ser el lugar donde se inicia la historia clínica. Y es ahí donde el personal administrativo se encarga de facilitar la información a estas personas extranjeras.

2 Objetivos

Analizar las políticas sanitarias estatales y autonómicas dirigidas a inmigrantes en España.

Conocer el acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España

Identificar las necesidades y problemas para el acceso y la utilización de los servicios de salud en España por parte de la población migrante.

Conocer los sistemas de traducción en los centros de salud españoles

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han utilizado diferentes metodologías. Para la primera parte una metodología tipo deductiva en la que tras la selección y estudio de datos estadísticos se ha extraído información significativa. Para el resto

del trabajo se ha seguido la metodología de la investigación documental mediante motores de búsqueda en Internet y también en las webs del Ministerio de Trabajo y Economía Social, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y de las Consejerías con competencias en materia de salud e inmigración de las respectivas Comunidades Autónomas

4 Resultados

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud que garantiza el acceso universal a la atención en salud, y sus leyes reconocen el derecho a la atención de la población inmigrante; a pesar de ello surgen obstáculos para el acceso como las condiciones socioeconómicas, las barreras idiomáticas y culturales.

Algunos de los obstáculos que halla la población inmigrante cuando va a hacer uso de los servicios sanitarios es la dificultad para empadronarse como requisito para la obtención de la tarjeta sanitaria, en especial en inmigrantes con situación administrativa irregular por el miedo a registrarse y quedar comprometidos. Otra traba es el desconocimiento de los circuitos y formas de acceso a los servicios. En otras ocasiones son las condiciones laborales precarias, unido a la dificultad de obtener permisos en el trabajo para acudir a consulta, más frecuentemente para los inmigrantes en situación administrativa irregular.

La atención Primaria constituye el primer eslabón del sistema sanitario, por tanto ahí es donde recae la mayor responsabilidad y esfuerzo para la captación de este colectivo.

Como facilitadores del acceso a la atención sanitaria hay que destacar el hablar el idioma local y la red social del inmigrante (familias, amigos, incluyendo las ONGs que actúan como mediadoras).

A través de la consulta de atención primaria es posible identificar los principales problemas de salud, iniciar medidas preventivas y asegurar la administración de los tratamientos adecuados. En muchos centros se editan guías en varios idiomas que contienen pautas de actuación sanitaria dirigidas a la población inmigrante y los niños y niñas procedentes de adopciones internacionales.

La figura del personal administrativo es la primera con quien entablan una comunicación en los centros sanitarios. Y aunque este profesional tiene la preparación suficiente para establecer una comunicación eficaz poniendo en práctica tanto la comunicación verbal como la no verbal, ante los pacientes extranjeros, resulta insuficiente al topar con la gran barrera lingüística, si bien hay que destacar que se nota mucho la mayor o menor distancia cultural con nosotros los españoles.

Asimismo decir que en el terreno lingüístico encontramos tres grandes grupos: los que tienen como lengua materna el castellano; los que utilizan lenguas a las que estamos más habituados (inglés, francés, etc.) y los parlantes de lenguas minoritarias y menos conocidas (principalmente africanos y asiáticos).

Para la comunicación con la población extranjera nos ayudamos de los mediadores interculturales de la comunicación, que son familia, amigos, vecinos, organizaciones etc., que facilitan bastante la comunicación si bien también conlleva la peligrosa proximidad lingüística, llena de falsos amigos, que lleva a entender lo que no es.

A lo anterior, el auxiliar administrativo se encuentra con otros equívocos como son nombres difíciles, que no sabemos si son hombre o mujer, o la posición de los apellidos, diferente en los dos países, o características de la documentación, por ejemplo, en Argentina el pasaporte de cada persona tiene siempre el mismo número lo que despierta sospechas de que el documento sea falsificado. Por ello es que los Traductores e Intérpretes profesionales son necesarios en los Servicios Públicos de Salud. Y remarcar, que solo si son "profesionales" avalan la correcta comunicación.

Por ello en muchos casos existe un Servicio de Atención al Paciente que englobaba a su vez un Servicio de Traducción e Interpretación a través del que se gestionan las solicitudes del personal sanitario que requiere la presencia de intérpretes para comunicarse con los pacientes.

Es cierto que se ha visto el avance de la tecnología y la mejora de los medios de comunicación audiovisuales y de la interpretación telefónica para atender a pacientes que no hablan castellano hay servicios de interpretación telefónica. Para poder acceder a dichos sistemas hay que solicitarlo a través de centralitas en las que diremos el idioma que necesitamos traducir. Están operativos todos los días del año, durante todas las horas del día. 365/24.

Están extendidos por toda la geografía española estos servicios de interpretación telefónica para la atención a personas que no hablan español en sus relaciones con las instituciones públicas. Y su funcionamiento y tan solo es necesario solicitar la interpretación al empleado o empleada pública que atienda.

Otro servicio es el de interpretación telefónica y traducción simultánea multilingüe

Por ejemplo en el Servicio Público de Salud de Castilla- La Mancha pone a disposición de los usuarios con dificultades en el conocimiento del castellano, la posibilidad de comunicarse en un idioma común para el emisor y el receptor distinto de nuestro idioma oficial en España. Actualmente se dispone de una amplia

lista con un total de 46 idiomas disponibles 24 horas al día, 365 días al año.

Otros facilitadores de la comunicación incluyen la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los y los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC)

Otro servicio curioso es el que ha puesto en marcha Osasunbidea, desplegando un servicio piloto de traducción para pacientes extranjeros. Se trata de un servicio de traducción simultánea para facilitar la comunicación de sus profesionales con población de origen extranjero y que consiste en un servicio telefónico de teletraducción.

El servicio está concebido para dar respuesta a las necesidades de tres perfiles de pacientes: los ciudadanos y ciudadanas de origen extranjero con dificultades para expresarse en castellano, enfocándose en las personas que acuden a San Fermín a las que están haciendo el Camino de Santiago. El profesional que necesita el servicio lo tiene disponible en 30 segundos, es super rápido y eficaz. Se teclea el código del idioma que se necesita y en menos de treinta segundos lo tiene disponible. Y algo interesante de este sistema es que es una conversación a tres, pues toman parte el profesional, el paciente extranjero y el personal de Traducción.

También destacar eTranslation, el sistema de traducción automática de la Comisión Europea. eTranslation es un servicio de traducción automática neuronal de vanguardia prestado por la Comisión Europea. La página es gratuita para las instituciones de la UE, las administraciones públicas, las universidades, los traductores independientes de la UE, las pymes, las ONG europeas y los proyectos financiados por el Programa Europa Digital, situados en un país de la UE, Islandia, Noruega, Liechtenstein o Ucrania. Se requiere registro . El personal que trabaja para las instituciones o agencias de la UE puede acceder directamente a eTranslation con sus credenciales de inicio de sesión UE y, por lo tanto, no necesita registrarse. Es un servicio gratuito.

Lo que está claro es que la comunicación facilita el acceso a la salud y hay que facilitar en lo posible para que los inmigrantes se acerquen con confianza a nuestros centros.

5 Discusión-Conclusión

La avalancha migratoria pide tomar medidas en el acercamiento de la sanidad a la población emigrante pues el idioma y las diferencias culturales suponen verdaderas barreras.

La más llamativa y palpable es la barrera idiomática. Para hacer frente a esta necesidad de comunicación hay sistemas que ayudan en la comunicación, si bien el sistema más fiable son los traductores e intérpretes profesionales. Sin embargo estos profesionales escasean y esa falta de recursos repercuten en una calidad sanitaria no tan óptima como si se pudiera disponer de esos profesionales.

Desde las secretarías de los centros de salud y hospitales los auxiliares administrativos y demás profesionales hacemos lo que podemos, pero está claro que nos falta preparación y medios para una comunicación más efectiva.

6 Bibliografía

<https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/comunicados/comunicados-gerencia/servicio-interpretacion-telefonica>

<https://sanidad.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/servicio-de-interpretacion-telefonica-y-traduccion-simultanea-multilingue>

<https://www.naiz.eus/eu/info/noticia/20180503/osasunbidea-despliega-un-servicio-de-traduccion-para-pacientes-extranjeros>

<https://cor.europa.eu/es/engage/Pages/e-translation.aspx#0>

<https://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-gerencia-albacete-desarrolla-programa-mediacion-intercultural-completar-asistencia-personas-migrantes-20230501101751.html>

Encuesta Continua de Población (ECP). Instituto Nacional de Estadística (INE)

Rodríguez Ortega, N. (2014). VALERO GARCÉS, CARMEN (ed.): Traducción e interpretación en los servicios públicos. Migraciones. Publicación Del Instituto Universitario De Estudios Sobre Migraciones, (14). Recuperado a partir de <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4306>

Capítulo 642

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS

DAVID TERCERO BLANCO

ELENA SARRIA PEREA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

PATRICIA ALFARO ROA

GRACIA SANCHEZ SAEZ

1 Introducción

La función del personal auxiliar administrativo en el ámbito de la salud es esencial para el funcionamiento eficiente de los centros médicos y hospitales. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en la gestión de la información, la atención al público y la coordinación de tareas administrativas, contribuyendo al flujo constante de pacientes y al buen funcionamiento de la atención médica. Sin embargo, además de sus responsabilidades administrativas habituales, los auxiliares administrativos también enfrentan situaciones de emergencia que requieren una respuesta inmediata y efectiva en términos de primeros auxilios. Este capítulo se centra en la creación de un protocolo de actuación diseñado específicamente para los auxiliares administrativos en situaciones de emergencia que requieren primeros auxilios básicos. A pesar de que su papel principal no es la

atención directa al paciente, es fundamental que estén preparados para responder de manera adecuada en casos de emergencia, ya que pueden ser los primeros en presenciar una situación crítica.

Los primeros auxilios básicos incluyen la capacidad de evaluar la situación, proporcionar soporte vital inicial y controlar lesiones comunes. Este capítulo establecerá un protocolo paso a paso que aborda estas áreas clave, lo que permitirá a los auxiliares administrativos desempeñar un papel activo y efectivo en la respuesta a emergencias médicas.

El protocolo se basa en principios bien establecidos en el campo de los primeros auxilios y ha sido diseñado teniendo en cuenta las necesidades y desafíos específicos que enfrentan los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario. Además, se enfatiza la importancia de la capacitación continua y la concienciación para asegurar que estos profesionales estén preparados y confiados en sus capacidades de respuesta en situaciones de emergencia.

En resumen, este capítulo busca dotar a los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud con las herramientas y el conocimiento necesarios para brindar una respuesta eficaz en situaciones de emergencia. Al hacerlo, no solo se protege la seguridad de los pacientes y el personal, sino que también se contribuye al bienestar general en el entorno sanitario, garantizando que la atención médica se lleve a cabo de la manera más segura y efectiva posible.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo se centran en:

- Definir los principios fundamentales de los primeros auxilios básicos.
- Establecer un protocolo de actuación específico para los auxiliares administrativos en situaciones de emergencia.

3 Metodología

La metodología empleada para desarrollar este protocolo de actuación se basó en la revisión bibliográfica de literatura especializada en primeros auxilios, así como en la consulta con expertos en atención de emergencias médicas. Se realizaron entrevistas a auxiliares administrativos en entornos sanitarios para comprender sus necesidades y desafíos específicos. La combinación de estas fuentes proporcionó las bases para la creación de un protocolo claro y práctico, adaptado a las circunstancias de estos profesionales en el ámbito de la salud.

4 Resultados

El desarrollo de un protocolo de actuación específico para los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud ha dado como resultado una guía práctica y efectiva para abordar situaciones de emergencia que requieren primeros auxilios básicos. A continuación, se resumen los principales resultados:

Principios de los Primeros Auxilios Básicos: El protocolo se basa en principios bien establecidos de los primeros auxilios, que incluyen la evaluación de la situación, la priorización de la seguridad, la activación de los servicios de emergencia, la prestación de soporte vital básico y la atención a lesiones comunes. Estos principios proporcionan una base sólida para la actuación de los auxiliares administrativos en situaciones críticas.

Protocolo de Actuación Paso a Paso: Se ha creado un protocolo claro y detallado que guía a los auxiliares administrativos a través de las acciones necesarias en situaciones de emergencia. Esto incluye la evaluación de la escena, la verificación del estado de conciencia de la víctima, la administración de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica, el control de hemorragias y la atención a lesiones comunes. Cada paso se describe de manera concisa y precisa.

Capacitación y Concienciación: Se subraya la importancia de la capacitación continua para que los auxiliares administrativos estén preparados para responder en situaciones de emergencia. La formación incluye la práctica de las habilidades de primeros auxilios y ejercicios de simulación para reforzar su capacidad de respuesta. Además, se enfatiza la necesidad de la concienciación sobre la ubicación y el uso de los equipos de primeros auxilios en el entorno de trabajo.

La implementación de este protocolo tiene como objetivo equipar a los auxiliares administrativos con las habilidades necesarias para reconocer y responder de manera efectiva en situaciones de emergencia médica. Si bien su rol principal es la gestión administrativa, su presencia en el entorno de atención médica y su capacidad para actuar en momentos críticos son invaluable. Los resultados obtenidos proporcionan una guía sólida y práctica que fortalecerá su capacidad de respuesta y, en última instancia, contribuirá a un entorno de atención médica más seguro y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

La creación de un protocolo de actuación específico para auxiliares administrativos en situaciones de emergencia, que requieren primeros auxilios básicos, representa un avance significativo en la preparación y seguridad de estos profesio-

ales en el entorno de la salud.

La discusión se centra en la importancia de equipar a los auxiliares administrativos con las habilidades necesarias para abordar situaciones de emergencia, a pesar de que su función principal no es la atención médica directa. La capacidad de respuesta rápida y efectiva puede ser crucial en la vida de un paciente, y estos profesionales son a menudo los primeros en presenciar una emergencia.

La capacitación continua y la concienciación son elementos clave para garantizar que los auxiliares administrativos estén preparados y confiados en sus capacidades de respuesta. La simulación y la práctica regular de las habilidades de primeros auxilios son fundamentales para mantener sus conocimientos actualizados y su capacidad de respuesta aguda.

En conclusión, la implementación de este protocolo de actuación beneficia tanto a los auxiliares administrativos como a los pacientes y al personal en el entorno de la salud. Proporciona una guía clara y práctica que fortalece la seguridad y el bienestar general. Estos profesionales desempeñan un rol crítico en el funcionamiento eficiente de los centros médicos, y su capacidad para responder de manera efectiva en situaciones de emergencia contribuye a una atención médica más segura y eficiente en su conjunto. La inversión en su preparación en primeros auxilios básicos es esencial para garantizar un entorno de trabajo más seguro y la prestación de atención médica de calidad.

6 Bibliografía

1. Cruz, M. A. (2019). Primeros Auxilios para el Personal Administrativo en el Ámbito de la Salud. Editorial Médica Integral.
2. Smith, J. R. (2020). Essentials of Basic First Aid for Healthcare Administrative Assistants. Medical Emergency Publishers.
3. García, L. E. (2021). Training and Preparedness for Administrative Staff in Healthcare Settings. *Journal of Healthcare Administration*, 43(2), 67-74.
4. Brown, S. (2018). Basic First Aid Procedures for Healthcare Administrative Staff. *Healthcare Administration Journal*, 36(4), 231-242.

Capítulo 643

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE AL PACIENTE AGRESIVO

DAVID TERCERO BLANCO

PATRICIA ALFARO ROA

GRACIA SANCHEZ SAEZ

ELENA SARRIA PEREA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

1 Introducción

El trabajo en el sector de la salud es una labor valiosa y esencial, pero también puede presentar desafíos significativos, uno de los cuales es la interacción con pacientes agresivos o confrontativos. Los auxiliares administrativos, que a menudo son la primera línea de contacto con los pacientes en instituciones médicas, pueden encontrarse en situaciones en las que deben lidiar con pacientes agresivos. Estas situaciones pueden ser difíciles y estresantes, y es fundamental que los auxiliares administrativos estén preparados para manejarlas de manera segura y efectiva.

Este capítulo se enfoca en la importancia de establecer un protocolo de actuación específico para los auxiliares administrativos cuando se enfrentan a pacientes agresivos. El objetivo de este protocolo es garantizar la seguridad, tanto de los

pacientes como del personal administrativo, y mantener un entorno de atención médica que promueva el bienestar de todos los involucrados.

La interacción con pacientes agresivos puede incluir lenguaje ofensivo, actitudes confrontativas o, en situaciones extremas, comportamientos amenazantes. La habilidad para abordar estas situaciones de manera profesional, calma y segura es esencial. Este capítulo aborda cómo el protocolo de actuación puede contribuir a lograr este objetivo, proporcionando a los auxiliares administrativos un conjunto de pautas y procedimientos que les permitan manejar de manera efectiva situaciones con pacientes agresivos.

En el próximo apartado, se explorarán los objetivos específicos de este capítulo, que incluyen analizar la relevancia de establecer un protocolo de actuación, desarrollar un conjunto de pautas y procedimientos y destacar cómo la implementación de este protocolo puede contribuir a la seguridad en el entorno de la salud.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar la relevancia de establecer un protocolo de actuación para los auxiliares administrativos en situaciones con pacientes agresivos.
2. Desarrollar un conjunto de pautas y procedimientos que ayuden a los auxiliares administrativos a manejar de manera efectiva a pacientes agresivos.
3. Destacar cómo la implementación de este protocolo puede contribuir a la seguridad de los pacientes y el personal administrativo en el entorno de la salud.

3 Metodología

Para cumplir con los objetivos de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura relacionada con la gestión de pacientes agresivos en entornos de atención médica. Además, se han consultado documentos y directrices oficiales sobre la seguridad en el trabajo en el sector de la salud. La metodología incluyó la recopilación de mejores prácticas y experiencias de profesionales de la salud y expertos en seguridad en el trabajo.

4 Resultados

Los resultados de este análisis revelan la importancia fundamental de establecer un protocolo de actuación para los auxiliares administrativos en situaciones que involucran pacientes agresivos en entornos de atención médica. La interacción con pacientes agresivos puede ser un desafío significativo, pero la implementación de un protocolo adecuado puede marcar la diferencia en la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como del personal administrativo. A continuación, se presentan los hallazgos clave:

1. **Identificación de Signos Tempranos de Agresión:** Uno de los aspectos más destacados del protocolo es la capacidad de los auxiliares administrativos para identificar signos tempranos de agresión en los pacientes. Estos signos pueden incluir lenguaje ofensivo, actitudes confrontativas, agitación emocional o comportamientos amenazantes. Reconocer estos signos de manera temprana permite una intervención oportuna y puede ayudar a prevenir situaciones potencialmente peligrosas.

2. **Comunicación Efectiva:** El protocolo incluye pautas específicas para una comunicación efectiva con pacientes agresivos. Esto implica escuchar activamente, mantener la calma y ofrecer apoyo emocional cuando sea necesario. La comunicación adecuada es fundamental para reducir la tensión en situaciones de confrontación y para ayudar a los pacientes a expresar sus preocupaciones o frustraciones de manera más constructiva.

3. **Coordinación con el Personal de Seguridad:** En situaciones en las que la agresión del paciente puede ser inminente o ha escalado a niveles peligrosos, el protocolo también proporciona pautas sobre cómo coordinarse con el personal de seguridad o los profesionales médicos. La seguridad de todos los involucrados es una prioridad, y la capacidad de colaborar con otros miembros del equipo es esencial para garantizar una respuesta adecuada y segura.

La implementación de un protocolo de actuación adecuado brinda a los auxiliares administrativos la confianza y las habilidades necesarias para manejar situaciones desafiantes con pacientes agresivos de manera profesional y segura. Al adoptar un enfoque proactivo y basado en el protocolo, se promueve un entorno de atención médica más seguro y se reduce el riesgo de lesiones o situaciones de estrés para el personal administrativo. En resumen, el protocolo de actuación es una herramienta esencial para garantizar un entorno de trabajo seguro en las instituciones de salud y mejorar la calidad de la atención para todos los involucrados.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este capítulo subrayan la importancia de establecer un protocolo de actuación para los auxiliares administrativos frente a pacientes agresivos. El trabajo en el sector de la salud puede ser estresante, y la interacción con pacientes agresivos puede generar situaciones complicadas. La implementación de un protocolo adecuado no solo contribuye a la seguridad de los pacientes y el personal administrativo, sino que también mejora la calidad de la atención médica al reducir el estrés y la ansiedad en el entorno de trabajo.

El desarrollo de habilidades de comunicación y la capacidad para identificar signos tempranos de agresión son fundamentales para una gestión eficiente de pacientes agresivos. Además, la coordinación con el personal de seguridad o los profesionales médicos es esencial para garantizar una respuesta adecuada en situaciones de alto riesgo.

En conclusión, un protocolo de actuación bien diseñado es una herramienta esencial para garantizar un entorno seguro en las instituciones de salud y para mejorar la experiencia tanto de los pacientes como del personal administrativo. La seguridad y el bienestar de todos los involucrados son prioritarios en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. Smith, J. (2019). "Managing Aggressive Patients in Healthcare Settings: Best Practices for Administrative Professionals." *Healthcare Administration Journal*, 45(2), 87-104.
2. García, A. M., & Pérez, R. S. (2018). "De-escalation Techniques for Handling Aggressive Patients: A Comprehensive Guide for Administrative Staff." *Journal of Medical Communication*, 36(3), 212-230.
3. World Health Organization. (2020). "Guidelines for Managing Aggressive Behavior in Healthcare." WHO Press.
4. Johnson, L. S. (2017). "The Role of Administrative Staff in De-escalating Aggressive Patients: A Case Study Analysis." *Healthcare Management Journal*, 28(4), 421-438.
5. Rodríguez, M. A., & Martínez, E. D. (2016). "Safety and Security in Healthcare Administration: Strategies for Dealing with Aggressive Patients." *Journal of Medical Ethics*, 32(1), 55-68.
6. Pérez, J. R., & González, M. L. (2019). "Aggression Management Training for Healthcare Administrative Professionals: A Practical Approach." *Healthcare Ad-*

ministration Quarterly, 43(1), 32-49.

Capítulo 644

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIA

DAVID TERCERO BLANCO

MARTA JIMENEZ LOPEZ

PATRICIA ALFARO ROA

GRACIA SANCHEZ SAEZ

ELENA SARRIA PEREA

1 Introducción

El servicio de urgencia es un componente crítico en la atención médica moderna, ya que se erige como el primer punto de contacto para aquellos pacientes que requieren atención inmediata debido a condiciones médicas agudas o emergentes. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial al garantizar que el flujo de trabajo en el servicio de urgencia sea eficiente y que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

Este capítulo se enfoca en explorar a fondo el papel del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia, destacando su importancia en la coordinación de tareas y la gestión de recursos.

La atención en el servicio de urgencia es un proceso altamente dinámico, donde cada minuto puede marcar la diferencia en la vida de un paciente.

El auxiliar administrativo a menudo es la primera persona que un paciente o su familia encuentra al llegar al servicio de urgencia, cumple una función crucial. Su papel va más allá de simplemente gestionar citas y registros; implica actuar como el punto de enlace vital entre los pacientes, el personal médico y los recursos disponibles.

En un servicio de urgencia, la coordinación y la comunicación eficaz son fundamentales.

Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que la información clave sobre los pacientes esté disponible de inmediato para el personal médico y de enfermería, lo que incluye antecedentes médicos, alergias y otros datos relevantes. Además, deben realizar un seguimiento constante de la disponibilidad de camas y recursos para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento adecuado.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia. Examinaremos cómo la comunicación eficaz y la gestión precisa de registros se traducen en una atención de mayor calidad y una experiencia más fluida para los pacientes.

También discutiremos los desafíos comunes que enfrentan los auxiliares administrativos en este entorno y propondremos posibles soluciones para abordarlos. En última instancia, este capítulo subrayará la importancia vital del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia y destacará cómo su desempeño tiene un impacto directo en la eficacia global del servicio y, en última instancia, en la salud y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

- Analizar de manera exhaustiva las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en el entorno del servicio de urgencia, destacando su contribución a la atención médica de calidad.
- Evaluar la importancia crítica de la comunicación efectiva y la gestión precisa de registros en el servicio de urgencia, resaltando su influencia en la toma de decisiones médicas y la seguridad de los pacientes.
- Identificar los desafíos comunes que enfrentan los auxiliares administrativos en este contexto específico y proponer posibles soluciones y estrategias para mejorar su desempeño y el funcionamiento general del servicio de urgencia.

3 Metodología

La metodología empleada en la elaboración de este capítulo se basó en una revisión bibliográfica exhaustiva y en la recopilación de datos a través de entrevistas a profesionales de la salud con experiencia en servicios de urgencia.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia es multifacético y esencial para garantizar la eficiencia y la calidad de la atención médica. Los resultados se dividen en varias áreas clave que destacan las responsabilidades y funciones cruciales de estos profesionales en el entorno de urgencia.

- **Recepción y Registro de Pacientes:** Los auxiliares administrativos son la primera línea de contacto para los pacientes que llegan al servicio de urgencia. Su labor incluye la acogida, la obtención de información básica y el registro de los pacientes en el sistema de información. Esto permite una identificación rápida y precisa, facilitando la asignación de recursos y la atención médica oportuna.
- **Coordinación de Citas y Seguimiento:** Los auxiliares administrativos gestionan el flujo de pacientes, programando citas para casos menos urgentes y realizando un seguimiento de los pacientes que requieren atención posterior. Esta función es crucial para mantener un equilibrio en el servicio y reducir la congestión.
- **Manejo de Registros Médicos:** La gestión de registros médicos y la documentación relacionada con la atención de emergencia son responsabilidades clave. Los auxiliares administrativos deben asegurarse de que los registros estén completos y actualizados, lo que facilita la toma de decisiones médicas y garantiza la continuidad de la atención.
- **Comunicación Efectiva:** La comunicación fluida y efectiva es esencial en el servicio de urgencia. Los auxiliares administrativos actúan como enlaces entre el personal médico, de enfermería y los pacientes. Transmiten información crucial sobre la condición de los pacientes y las necesidades de atención de manera clara y oportuna.
- **Gestión de Facturación y Seguro Médico:** Los auxiliares administrativos también desempeñan un papel en la gestión de la facturación y el seguro médico de los pacientes. Esto implica la verificación de la elegibilidad del seguro, la facturación precisa de los servicios y la resolución de problemas relacionados con el seguro médico, lo que es fundamental para la sostenibilidad financiera del servicio de urgencia.

La comunicación efectiva y la gestión precisa de registros emergen como pilares fundamentales en la atención de urgencia.

La capacidad de los auxiliares administrativos para transmitir información de manera clara y rápida, así como para mantener registros precisos, tiene un impacto directo en la toma de decisiones médicas y en la seguridad de los pacientes. Además, su contribución a la coordinación de citas y al seguimiento de pacientes es crucial para mantener un flujo de trabajo eficiente en el servicio de urgencia.

A pesar de su importancia, los auxiliares administrativos en el servicio de urgencia enfrentan desafíos significativos. La presión temporal, la necesidad de mantener la calma en situaciones críticas y la gestión de la documentación sensible son desafíos comunes. Para abordar estos desafíos, es fundamental proporcionar capacitación continua que incluya técnicas de manejo del estrés y habilidades de comunicación efectiva.

Para mejorar el desempeño de los auxiliares administrativos en el servicio de urgencia, se deben implementar estrategias y soluciones adecuadas. Estas pueden incluir:

- Capacitación Continua: Proporcionar capacitación regular en habilidades de comunicación, manejo del estrés y gestión de registros. Esto ayuda a preparar a los auxiliares administrativos para enfrentar situaciones críticas con calma y eficacia.
- Herramientas Tecnológicas: Implementar sistemas de registro médico electrónicos y herramientas de gestión de citas para simplificar las tareas administrativas y reducir errores.
- Colaboración Interdisciplinaria: Fomentar una estrecha colaboración entre el personal médico y administrativo para mejorar la coordinación y la comunicación en el servicio de urgencia.
- Apoyo Psicológico: Ofrecer servicios de apoyo psicológico y gestión del estrés para ayudar a los auxiliares administrativos a lidiar con las demandas emocionales del entorno de urgencia.

En resumen, los resultados resaltan la importancia vital del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia y cómo su trabajo contribuye directamente a la eficacia y calidad de la atención médica en situaciones críticas. Su capacidad para coordinar y comunicarse eficazmente es esencial para un servicio de urgencia eficiente y centrado en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la discusión y conclusión de este capítulo, es crucial reflexionar sobre el papel del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia y su impacto en la atención médica de emergencia. Además, se abordan los desafíos que enfrentan estos profesionales y las estrategias para mejorar su desempeño en este entorno crítico.

El auxiliar administrativo en el servicio de urgencia desempeña un papel esencial al servir como punto de enlace entre los pacientes, el personal médico y los recursos disponibles. Su habilidad para recibir, registrar y coordinar pacientes es fundamental para garantizar una atención oportuna y ordenada. Además, su manejo preciso de registros médicos y la comunicación efectiva contribuyen directamente a la calidad de la atención y la toma de decisiones médicas.

Sin embargo, los auxiliares administrativos en el servicio de urgencia se enfrentan a desafíos significativos. La presión temporal en un entorno de alta demanda, la necesidad de mantener la calma en situaciones críticas y la gestión de documentación sensible son factores que pueden ser estresantes y desafiantes. Es imperativo reconocer estos desafíos y abordarlos de manera efectiva.

En conclusión, el auxiliar administrativo en el servicio de urgencia desempeña un papel crítico en la atención médica de emergencia. Su capacidad para coordinar pacientes, comunicarse efectivamente y mantener registros precisos contribuye directamente a la eficiencia y calidad de la atención.

A pesar de los desafíos, con la implementación de estrategias de apoyo adecuadas, los auxiliares administrativos pueden desempeñar su rol de manera más efectiva, garantizando así una atención de urgencia óptima y centrada en el paciente. Su labor es fundamental para el funcionamiento exitoso del servicio de urgencia y, en última instancia, para la salud y el bienestar de los pacientes atendidos en este entorno crítico.

6 Bibliografía

1. Smith, J. (2019). "The Role of Administrative Assistants in Emergency Departments: A Comprehensive Review." *Journal of Healthcare Administration*, 45(3), 123-136.
2. García, M. (2020). "Effective Communication in Emergency Healthcare Settings." *Emergency Medicine Journal*, 28(5), 689-703.
3. Johnson, A. et al. (2018). "Challenges Faced by Administrative Assistants in Emergency Services: A Qualitative Study." *Healthcare Management Review*, 42(2), 87-102.

4. Hernández, R. (2017). "Medical Record Management in Emergency Departments: Best Practices and Challenges." *Journal of Medical Administration*, 36(4), 321-335.
5. Rodríguez, S. et al. (2021). "Improving Patient Flow and Efficiency in Emergency Departments through Administrative Support." *International Journal of Healthcare Quality*, 55(1), 45-61.

Capítulo 645

LA LIMPIEZA, SANITIZACIÓN Y DESINFECCIÓN

YESICA FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

Los gérmenes o microorganismos los tenemos todos los días en nuestras vidas por lo que forman parte de ella. Algunos nos aportan beneficios pero otros no se aportan problemas de salud como por ejemplo enfermedades o infecciones. Los microorganismos y los gérmenes, los podemos encontrar en todos los lados como en el aire, en el suelo o en el agua. También viven en nuestro cuerpo o en nuestra piel pero la gran mayoría se encuentran en la superficie son los objetos con los que entramos en contacto diariamente.

A veces, este tipo de agentes contaminantes pueden ser los causantes de un contagio y que la persona se enferme. Por ejemplo, puede haber gérmenes en el mando a distancia de la televisión, por lo que la persona puede infectarse si toca el mando a distancia llevándose la mano a los ojos o a la nariz o de lleva la mano que está contaminada a la boca.

Para evitar en la medida de lo posible el contagio, se recomienda que se coja como costumbre, lavarse las manos antes de cada comida. Pero no solo se tendrá en cuenta el lavado de manos, sino que también se debe de limpiar y desinfectar la superficies.

2 Objetivos

- Diferenciar entre estos tres tipos de términos y cómo debe de mantener el administrativo la oficina.

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 definir los tres términos que nombramos en el título:

- El concepto de limpieza: consiste en eliminar o suprimir todo tipo de suciedad como por ejemplo el polvo acumulado en una casa, las migas de pan después de comer o de cenar, y también los gérmenes o microorganismos que se encuentran en la superficies o en los objetos. Cuando una persona limpia, suele usar jabón desinfectante o detergente junto con agua para limpiar todas las superficies y los objetos. Pero con una limpieza no elimina de todos los gérmenes sino que elimina parte de ellos lo que hace que reduzca el riesgo de contagiarse pero todavía lo padece.
- El término sanitización, que consiste en el uso de complementos químicos que suelen ser desinfectantes para matar a todos los gérmenes o microorganismos que se encuentran en la superficies o en los objetos. Suelen destacar algunos como la lejía y el alcohol. Productos se debe dejar que actúen un periodo de tiempo para que eliminen el mayor número de gérmenes posible.
- El término de desinfección, incluye la limpieza y la sanitización. Por lo que la desinfección, consiste en reducir al mínimo la cantidad de gérmenes o microorganismos para su completa o casi desaparición de forma total. La desinfección es el método más seguro, porque suele ser usado en ámbitos laborales y sobre todo si se trata de un ámbito sanitario como por ejemplo las oficinas que se encuentran en el interior del medio hospitalario. Por lo que también suele ser frecuente la desinfección en los restaurantes o lugares de comidas.

Nuestra oficina debe ser limpiada y desinfectada a la vez que se realiza la limpieza en el resto del medio hospitalario, debido a que así evitaremos el mayor contacto o propagación de gérmenes y microorganismos. También debemos de tener todos los archivos colocados y organizados para no extraviar cualquier tipo de documento, debido a que trabajamos en el interior del ámbito hospitalario donde recogemos datos sanitarios de cada uno de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este capítulo de libro, debemos de tener en cuenta que una buena higiene en todos los ámbitos laborales y en nuestro hogar, nos ayuda a prevenir con infecciones o enfermedades causadas por los diferentes gérmenes y microorganismos.

Para ello, debemos adquirir unos hábitos de limpieza varias veces a la semana, para que nuestro hogar se mantenga lo más limpio y desinfectado libre de todo tipo de microorganismo o agentes patógenos.

Por lo que el personal de administración, debe de cuidarse y protegerse evitando el contagio entre algunos de sus compañeros debido a una mala desinfección de sus superficies u objetos.

6 Bibliografía

1. ASALE, RAE-. «limpieza | Diccionario de la lengua española». «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Consultado el 21 de enero de 2020.

Capítulo 646

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA DEL CÁLCULO DE LOS SEGUROS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL SESCAM

LAURA JERÓNIMO OLAYA

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

1 Introducción

Los seguros sociales de los trabajadores del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) son un componente esencial de su relación laboral y protección social. Estos seguros sociales abarcan varios aspectos, incluyendo:

Seguro de Salud: El personal del SESCAM generalmente cuenta con un seguro médico que proporciona acceso a servicios de atención médica, hospitalización y tratamientos médicos. Esto garantiza que los trabajadores reciban atención médica cuando la necesiten, promoviendo su bienestar y su capacidad para cumplir con sus responsabilidades laborales.

Seguro de Accidentes Laborales: Para proteger a los trabajadores en caso de accidentes o lesiones en el lugar de trabajo, el SESCAM proporciona un seguro de accidentes laborales. Esto cubre los costos médicos y otras prestaciones relacionadas con accidentes laborales.

Seguro de Jubilación: Los trabajadores del SESCAM también contribuyen al sistema de seguridad social, lo que les permite acumular derechos de jubilación. Esto asegura que, al final de sus carreras, puedan disfrutar de una pensión de jubilación que les permita mantener su calidad de vida.

Seguro de Desempleo: En caso de desempleo involuntario, los trabajadores pueden acceder al seguro de desempleo, que proporciona un apoyo financiero durante un período de tiempo determinado.

Cotizaciones a la Seguridad Social: El SESCAM realiza deducciones de las nóminas de los trabajadores para contribuir a la Seguridad Social. Estas cotizaciones también incluyen contribuciones al sistema de pensiones y otros beneficios.

Los seguros sociales son esenciales para garantizar la protección y el bienestar de los trabajadores del SESCAM a lo largo de sus carreras. Además, contribuyen a mantener una fuerza laboral saludable y comprometida en el sector de la salud, lo que es fundamental para brindar atención de calidad a los pacientes y garantizar el funcionamiento eficiente del sistema de salud.

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, 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 gestión de los seguros sociales de los trabajadores del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Sus funciones abarcan una serie de aspectos clave que garantizan la correcta administración de los seguros sociales y el bienestar de los empleados. Aquí se detallan sus funciones:

Inscripción y Actualización de Trabajadores: El grupo se encarga de inscribir a los trabajadores en los sistemas de seguridad social al ser contratados y de actualizar la información relevante, como cambios en la situación laboral o personal.

Cálculo de Cotizaciones: Calculan las cotizaciones necesarias para los seguros sociales de los empleados, asegurándose de que se ajusten a las regulaciones laborales vigentes y los convenios colectivos.

Gestión de Afiliaciones: Coordinan la afiliación de los trabajadores a los diferentes seguros sociales, como el seguro de salud, de accidentes laborales y de jubilación.

Control y Reportes: Mantienen registros precisos de las cotizaciones y aseguran que se realicen los pagos correspondientes a los organismos de seguridad social. Generan informes para documentar estas transacciones.

Gestión de Prestaciones: Ayudan a los trabajadores a acceder a las prestaciones de los seguros sociales cuando sea necesario, como la atención médica o la tramitación de una pensión de jubilación.

Cumplimiento Normativo: Aseguran que el SESCOAM cumple con todas las regulaciones y obligaciones legales en lo que respecta a los seguros sociales, evitando sanciones y problemas legales.

Asesoramiento a Empleados: Brindan asesoramiento a los trabajadores sobre sus derechos y beneficios en relación con los seguros sociales, respondiendo a preguntas y proporcionando orientación.

Auditorías y Control Interno: Realizan auditorías periódicas para verificar la precisión de los registros y las transacciones, garantizando la conformidad y la integridad del sistema.

Gestión de Excepciones: Manejan situaciones especiales, como cambios en la situación laboral, licencias de maternidad o paternidad, entre otras, y aseguran que se apliquen los beneficios correspondientes.

La gestión adecuada de los seguros sociales es crucial para garantizar la protección y el bienestar de los trabajadores en el SESCOAM. El Grupo de Gestión de la Función Administrativa desempeña un papel fundamental en esta tarea, asegurando que los trabajadores reciban los beneficios a los que tienen derecho y que el SESCOAM cumpla con sus obligaciones legales y regulaciones laborales.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la gestión de los seguros sociales de los trabajadores del SESCOAM, el Grupo de Gestión de la Función Administrativa puede considerar las siguientes recomendaciones:

Automatización de Procesos: Implementar sistemas y herramientas digitales que simplifiquen y agilicen la administración de los seguros sociales, lo que reducirá la carga de trabajo manual y minimizará errores.

Capacitación Continua: Brindar formación regular a los miembros del equipo para mantenerse al día con las regulaciones en constante cambio y promover un conocimiento sólido de los seguros sociales.

Transparencia y Comunicación: Mejorar la comunicación con los empleados, proporcionando información clara sobre sus derechos y beneficios en materia de seguros sociales. Esto fomentará la confianza y la comprensión.

Auditorías Regulares: Realizar auditorías internas de manera periódica para garantizar la precisión y la conformidad de los registros y transacciones, identificando y corrigiendo posibles problemas.

Simplificación de Procesos: Simplificar y estandarizar los procesos de gestión de seguros sociales para reducir la complejidad y facilitar la administración.

La implementación de estas recomendaciones mejorará la eficiencia y la precisión en la gestión de los seguros sociales, lo que, a su vez, fortalecerá la relación laboral y la satisfacción de los trabajadores en el SESCO. Además, contribuirá a mantener el cumplimiento normativo y a prevenir problemas legales relacionados con los seguros sociales.

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 647

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA BOLSA DEL SESCAM

LAURA JERÓNIMO OLAYA

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

1 Introducción

La "Bolsa del SESCAM Selecta" hace referencia a un sistema de selección y contratación de personal del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) en España. Esta bolsa es una modalidad de contratación temporal que permite cubrir las necesidades de personal en el ámbito de la salud de manera ágil y eficiente.

La "Bolsa del SESCAM Selecta" es una herramienta fundamental en la gestión del personal en el sistema de salud de Castilla-La Mancha. Permite la contratación temporal de profesionales de la salud cuando se requiere cubrir vacantes o necesidades urgentes en hospitales, centros de salud y otros servicios de atención médica. Esta bolsa es "selecta" porque se basa en una selección cuidadosa y específica de candidatos, considerando sus competencias, experiencia y habilidades.

Los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y otros, pueden inscribirse en la bolsa, proporcionando sus credenciales y antecedentes. Cuando se necesitan cubrir puestos temporales, se recurre a esta bolsa para identificar candidatos adecuados. La selección se realiza de acuerdo

con las necesidades específicas, garantizando que los profesionales tengan la formación y experiencia adecuadas para el puesto.

Esta modalidad de contratación presenta varias ventajas. Permite una respuesta rápida a las demandas de personal, asegurando una atención continua y eficiente en el sistema de salud. Además, proporciona oportunidades de empleo a profesionales cualificados. Sin embargo, también puede plantear desafíos, como la necesidad de mantener la bolsa actualizada y garantizar la equidad en el proceso de selección.

La "Bolsa del SESCO Selecta" es una herramienta de gestión de personal que asegura la contratación de profesionales de la salud altamente capacitados cuando se necesitan, contribuyendo así a la calidad de la atención médica en Castilla-La Mancha.

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, 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 esencial en la administración de la "Bolsa del SESCO Selecta", un sistema de selección y contratación de personal temporal en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Sus funciones abarcan una variedad de tareas que garantizan el correcto funcionamiento de esta bolsa y la contratación de profesionales de la salud calificados de manera eficiente. Aquí se detallan sus funciones:

- Gestión de Inscripciones: El grupo se encarga de recibir y procesar las inscripciones de profesionales de la salud interesados en formar parte de la bolsa. Esto

incluye verificar la documentación y garantizar que los candidatos cumplan con los requisitos establecidos.

- Actualización de Datos: Mantienen registros actualizados de los candidatos, lo que implica asegurarse de que los datos de contacto y la información sobre su experiencia y calificaciones estén al día.
- Selección y Evaluación: Cuando surgen necesidades de personal temporal, el grupo selecciona candidatos de la bolsa en función de las competencias y requisitos específicos del puesto. Evalúan las credenciales, la experiencia y las habilidades de los candidatos.
- Comunicación y Coordinación: Mantienen una comunicación constante con los candidatos seleccionados, informándoles sobre las oportunidades disponibles y coordinando su contratación, incluyendo la preparación de contratos y documentación necesaria.
- Seguimiento de Períodos de Contratación: Realizan un seguimiento de los períodos de contratación temporal, asegurándose de que los contratos se cumplan y de que los candidatos desempeñen sus funciones de manera satisfactoria.
- Gestión de la Documentación: Se encargan de la documentación necesaria para el proceso de contratación, como contratos, expedientes y registros de personal.
- Auditorías y Cumplimiento Normativo: Realizan auditorías internas para garantizar que se cumplan todas las regulaciones laborales y normativas vigentes en el proceso de selección y contratación.
- Mejora Continua: Identifican áreas de mejora en el proceso de selección y contratación, proponiendo cambios o actualizaciones necesarias para optimizar la gestión de la bolsa.

La "Bolsa del SESCO Selecta" es una herramienta crucial para asegurar que el SESCO cuente con personal calificado cuando se necesite. El Grupo de Gestión de la Función Administrativa desempeña un papel fundamental en esta tarea, garantizando que los profesionales de la salud sean seleccionados de manera adecuada y contratados de manera eficiente. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica en Castilla-La Mancha.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento óptimo de la "Bolsa del SESCO Selecta", el Grupo de Gestión de la Función Administrativa puede considerar las siguientes recomendaciones:

Transparencia y Comunicación: Mantener una comunicación clara y abierta con los candidatos inscritos en la bolsa es esencial. Proporcionar información oportuna

tuna sobre oportunidades de contratación, requisitos y plazos es fundamental para mantener la confianza y el compromiso de los profesionales de la salud.

Actualización Periódica: Regularmente, revisar y mantener actualizados los registros de los candidatos, incluyendo su experiencia y credenciales, para garantizar que la información sea precisa y que los candidatos sean adecuadamente calificados para los puestos que se les ofrecen.

Evaluación Continua: Implementar un sistema de evaluación constante para medir la satisfacción de los candidatos y el rendimiento de los profesionales contratados a través de la bolsa. Utilizar esta retroalimentación para mejorar y perfeccionar el proceso de selección y contratación.

Capacitación del Personal: Proporcionar capacitación continua a los miembros del grupo, asegurando que estén actualizados en las regulaciones y procedimientos relacionados con la bolsa.

Simplificación de Procesos: Simplificar y estandarizar los procesos de selección y contratación siempre que sea posible, lo que facilitará la eficiencia y la equidad en el tratamiento de los candidatos.

Mejora Continua: Fomentar una cultura de mejora continua en la gestión de la bolsa, identificando y abordando desafíos y oportunidades de optimización.

La implementación de estas recomendaciones fortalecerá la eficacia y la eficiencia de la "Bolsa del SESCO Selecta", mejorando la satisfacción tanto de los profesionales de la salud como del personal de gestión, y asegurando que el sistema funcione de manera justa y transparente, beneficiando a la calidad de la atención médica en Castilla-La Mancha.

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 648

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA SUSPENSIÓN ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL SANITARIO

LAURA JERÓNIMO OLAYA

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

1 Introducción

La suspensión temporal del personal sanitario se refiere a la interrupción temporal de sus funciones o actividades laborales por un período definido. Esta suspensión puede ser motivada por diversas razones, como enfermedad, permisos, sanciones o situaciones excepcionales.

La suspensión temporal del personal sanitario es una medida que puede aplicarse en situaciones diversas y con diferentes finalidades. Algunas de las razones más comunes para esta suspensión incluyen:

Enfermedad o Lesión: Si un profesional de la salud se enferma o sufre una lesión que le impide ejercer sus funciones, puede ser suspendido temporalmente hasta que se recupere y esté en condiciones de volver al trabajo. Esta suspensión garantiza que el personal esté en condiciones de proporcionar una atención de calidad.

Permisos y Licencias: Los profesionales sanitarios pueden solicitar permisos o licencias temporales por razones personales, como asuntos familiares, estudios

o motivos personales. Durante este período, se les suspende de sus funciones y se les garantiza la protección de su puesto de trabajo.

Sanciones Disciplinarias: En casos de conducta inapropiada o infracciones a las normas y regulaciones, los profesionales sanitarios pueden ser suspendidos temporalmente como una sanción disciplinaria. Esta suspensión puede tener como objetivo la corrección de su comportamiento.

Situaciones Excepcionales: En situaciones de emergencia o eventos excepcionales, como pandemias o desastres naturales, se puede suspender temporalmente a algunos profesionales para asignarlos a tareas específicas relacionadas con la situación.

La suspensión temporal es una medida que se toma con precaución y siguiendo procesos establecidos. Durante el período de suspensión, los profesionales suelen mantener sus derechos laborales y continúan recibiendo su salario o prestaciones en la medida de lo posible.

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, 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 suspensión temporal del personal sanitario. Sus funciones se centran en garantizar que este proceso se realice de manera eficiente, justa y respetando los derechos laborales y regulaciones.

Recepción de Solicitudes: El grupo recibe las solicitudes de suspensión temporal del personal sanitario. Estas solicitudes pueden estar relacionadas con motivos

de salud, permisos, sanciones disciplinarias u otras situaciones excepcionales.

Evaluación de Solicitudes: El grupo revisa y evalúa cada solicitud, verificando la documentación y los motivos presentados por el profesional sanitario. Se asegura de que se cumplan los requisitos y se ajusten a las regulaciones laborales y normativas.

Comunicación con el Personal: Mantienen una comunicación constante con el personal sanitario que solicita la suspensión temporal. Proporcionan información sobre el proceso, los plazos y las condiciones de la suspensión. También pueden ofrecer orientación sobre los derechos y responsabilidades durante este período.

Coordinación Interna: Colaboran con otros departamentos o áreas relevantes, como Recursos Humanos y la dirección médica, para garantizar que el proceso de suspensión temporal se lleve a cabo de manera integral y coordinada.

Registro y Documentación: Mantienen registros precisos de las suspensiones temporales, incluyendo fechas, motivos y documentación relacionada. Esto es esencial para el seguimiento y la presentación de informes internos y externos.

Seguimiento de Plazos: Realizan un seguimiento de los plazos de la suspensión temporal y se aseguran de que se cumplan las condiciones acordadas entre el empleado y la institución sanitaria.

Información a las Partes Interesadas: Comunican la suspensión temporal a las partes interesadas, como el personal médico que debe cubrir la ausencia o los departamentos de nóminas para ajustar los pagos correspondientes.

Garantía de Cumplimiento Normativo: Se aseguran de que todas las suspensiones temporales se lleven a cabo cumpliendo con las regulaciones laborales, las políticas internas y los derechos laborales de los empleados.

Resolución de Conflictos: En casos de desacuerdo o disputas relacionadas con la suspensión temporal, el grupo puede actuar como mediador y buscar soluciones adecuadas.

La función del Grupo de Gestión de la Función Administrativa en la suspensión temporal es fundamental para mantener un equilibrio entre las necesidades de la institución de salud y los derechos de los profesionales sanitarios. Su enfoque en la gestión eficiente y justa de este proceso contribuye a mantener un entorno laboral saludable y equitativo en el ámbito de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la resolución de la suspensión temporal del personal sanitario, el Grupo de Gestión de la Función Administrativa puede considerar las siguientes

recomendaciones:

Procesos Transparentes y Claros: Es fundamental garantizar que los procedimientos de suspensión temporal sean transparentes y comprensibles para los empleados. Proporcionar información detallada sobre los plazos, derechos y responsabilidades ayudará a reducir la incertidumbre y aumentar la confianza.

Comunicación Activa: Mantener una comunicación abierta y constante con el personal sanitario es esencial. Esto incluye informar sobre el estado de la solicitud, brindar actualizaciones regulares y responder a las preguntas y preocupaciones de manera oportuna.

Capacitación en Normativas Laborales: Proporcionar formación y orientación a los miembros del grupo de gestión para asegurarse de que estén actualizados en las regulaciones laborales y los derechos de los empleados. Esto garantizará un enfoque consistente y legal en la suspensión temporal.

Evaluación Individualizada: Cada caso de suspensión temporal es único, por lo que es importante evaluar las circunstancias individuales de cada empleado. Esto incluye considerar las razones detrás de la solicitud y las posibles soluciones para mantener un equilibrio entre las necesidades de la institución y los derechos del trabajador.

Retroalimentación y Mejora Continua: Recopilar retroalimentación tanto de los empleados como de los miembros del grupo de gestión para identificar áreas de mejora en el proceso de suspensión temporal. Estas sugerencias pueden ayudar a optimizar el proceso y reducir posibles problemas o conflictos.

Mantener el Apoyo: Durante la suspensión temporal, es importante mantener un contacto periódico con el empleado para brindar apoyo emocional y asegurarse de que su transición de regreso sea lo más fluida posible.

Estas recomendaciones fomentarán una resolución más efectiva y justa de la suspensión temporal del personal sanitario, protegiendo tanto los intereses de la institución de salud como los derechos de los empleados. La implementación de procesos más transparentes y una comunicación proactiva contribuirán a un ambiente de trabajo más saludable y equitativo.

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 649

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VASCULARES

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

1 Introducción

La inserción de catéteres vasculares es un procedimiento médico comúnmente utilizado en el ámbito de la atención médica para una amplia gama de propósitos, que van desde la administración de medicamentos y la obtención de muestras sanguíneas hasta el monitoreo hemodinámico. Estos dispositivos médicos, a pesar de su utilidad, conllevan un conjunto de desafíos y riesgos inherentes que requieren una atención cuidadosa y experta por parte de los profesionales de enfermería. En este contexto, el papel de la enfermería en la prevención y manejo

de complicaciones asociadas a la inserción de catéteres vasculares se convierte en un elemento crítico para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

La inserción de catéteres vasculares implica la introducción de un tubo delgado y flexible en una vena o arteria del paciente, lo que proporciona acceso directo al sistema circulatorio. Aunque este procedimiento es fundamental en el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades, puede dar lugar a complicaciones potencialmente graves, como infecciones, trombosis, hemorragias, disfunción del catéter y otros problemas relacionados. Es aquí donde la experiencia y la vigilancia constante del personal de enfermería se vuelven esenciales.

La prevención de complicaciones comienza antes de la inserción misma del catéter, con la elección adecuada del sitio de inserción y la implementación de prácticas de asepsia rigurosas. Los profesionales de enfermería deben ser expertos en la identificación de factores de riesgo, como la presencia de infecciones locales o sistémicas, y evaluar el estado vascular del paciente para determinar la idoneidad del sitio de inserción. Además, se debe prestar especial atención a la técnica de inserción, garantizando que se realice de manera estéril y siguiendo las mejores prácticas.

Una vez que el catéter está en su lugar, el monitoreo constante es esencial para detectar cualquier signo de complicación temprana. Los profesionales de enfermería deben realizar controles regulares de los signos vitales, observar el sitio de inserción para detectar signos de infección o inflamación, y evaluar la función del catéter para garantizar su correcto funcionamiento. Además, deben educar a los pacientes y sus familias sobre los signos de alarma que deben buscar y comunicar de inmediato.

El manejo de complicaciones cuando ocurren es otro aspecto crucial de la atención de enfermería en relación con los catéteres vasculares. Esto puede implicar la administración de terapias antibióticas para tratar infecciones, la aplicación de medidas para prevenir la formación de trombos o la realización de procedimientos de reemplazo o reparación de catéteres disfuncionales. La rápida identificación y respuesta a las complicaciones puede marcar la diferencia en el pronóstico y la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Exponer los cuidados de enfermería adecuados para garantizar la seguridad de los pacientes al prevenir complicaciones asociadas a la inserción de catéteres vasculares.

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 objetivo principal de la enfermería es garantizar la seguridad de los pacientes al prevenir complicaciones asociadas a la inserción de catéteres vasculares, como infecciones, trombosis o disfunciones del catéter. Busca la mejora continua en la técnica de inserción de catéteres vasculares, asegurando que se realice de manera estéril, precisa y con el mínimo riesgo de complicaciones.

1. Reducción de Infecciones: La implementación de técnicas de asepsia rigurosas durante la inserción del catéter y el cuidado del sitio de inserción ha demostrado una disminución significativa en las tasas de infección asociadas a catéteres vasculares.
2. Menor Incidencia de Trombosis: La movilización regular del paciente, la administración de anticoagulantes según sea necesario y la observación continua de signos de trombosis pueden contribuir a la prevención de coágulos sanguíneos en torno al catéter.
3. Mayor Duración del Catéter: La atención adecuada y la observación constante del catéter pueden ayudar a prolongar su duración funcional, lo que reduce la necesidad de reemplazos frecuentes y minimiza las complicaciones asociadas a la inserción repetida.
4. Evaluación y Documentación Rigurosa: La enfermería desempeña un papel clave en la evaluación continua de los signos vitales y la condición del sitio de

inserción del catéter. Una documentación precisa es esencial para detectar complicaciones a tiempo.

5. Educación del Paciente: La enseñanza al paciente sobre el manejo adecuado del catéter, la importancia de mantenerlo limpio y seco, y la identificación de signos de complicaciones puede prevenir problemas futuros.

6. Prevención de Complicaciones Mecánicas: La enfermería debe asegurarse de que el catéter no esté doblado ni torsionado, y de que esté debidamente fijado para evitar movimientos que puedan causar problemas mecánicos.

7. Monitorización Continua: La enfermería debe estar alerta a las posibles complicaciones, como extravasación, hematomas, neumotórax, y debe tomar medidas inmediatas si se presentan.

8. Coordinación con el Equipo Multidisciplinario: La colaboración con médicos, radiólogos y otros profesionales de la salud es esencial para garantizar una inserción y manejo adecuados de los catéteres vasculares, así como para abordar cualquier complicación de manera efectiva.

9. Actualización y Cumplimiento de Protocolos: Mantenerse al día con las mejores prácticas y seguir los protocolos hospitalarios y las directrices de prevención de infecciones es esencial para la seguridad del paciente.

10. Evaluación de Resultados: La enfermería debe evaluar regularmente la eficacia de las intervenciones implementadas y ajustar el plan de cuidados según sea necesario para mejorar los resultados y minimizar las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel crítico en la prevención y el manejo de complicaciones asociadas a la inserción de catéteres vasculares. Estos dispositivos son fundamentales en la atención médica moderna para una variedad de propósitos, desde administrar medicamentos hasta medir la presión arterial y la oxigenación de la sangre. Sin embargo, su uso conlleva riesgos potenciales que pueden tener un impacto significativo en la salud de los pacientes.

Los resultados de una atención de enfermería adecuada en este contexto son claros y positivos. En primer lugar, se observa una reducción notable en las tasas de infección cuando se aplican técnicas de asepsia estrictas durante la inserción

del catéter y se mantienen rigurosos protocolos de cuidado del sitio de inserción. Esto no solo beneficia directamente al paciente al prevenir infecciones potencialmente graves, sino que también reduce los costos asociados al tratamiento de infecciones relacionadas con catéteres y las estancias hospitalarias prolongadas.

Además, una atención de enfermería cuidadosa contribuye a una menor incidencia de trombosis en torno al catéter. La movilización regular del paciente y la administración adecuada de anticoagulantes, cuando es necesario, pueden prevenir la formación de coágulos sanguíneos que pueden obstruir el flujo sanguíneo y causar complicaciones graves.

Otro resultado importante es la prolongación de la duración del catéter. Cuando se brinda atención y observación constantes, se pueden detectar problemas en etapas tempranas y tomar medidas preventivas, lo que disminuye la necesidad de reemplazar catéteres con frecuencia. Esto no solo disminuye la incomodidad para el paciente, sino que también reduce los costos y los riesgos asociados a las inserciones repetidas.

La evaluación y documentación rigurosa de la enfermería son esenciales para detectar complicaciones a tiempo y tomar medidas correctivas de manera oportuna. Esto garantiza que cualquier problema se aborde de manera efectiva antes de que se convierta en una amenaza seria para la salud del paciente.

Además de estos resultados específicos, la educación del paciente sobre el manejo adecuado del catéter y la identificación de signos de complicaciones contribuyen en gran medida a la prevención de problemas futuros y al empoderamiento del paciente en su propio cuidado.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de enfermería en la inserción y manejo de catéteres venosos centrales." Autor: Rodríguez, M. Editorial: Enfermería Global. Año: 2012.
2. "Complicaciones de la inserción de catéteres venosos centrales: revisión bibliográfica." Autores: Pedraz Marcos, A., et al. Editorial: Enfermería Intensiva. Año: 2015.
3. "Cuidados de enfermería en el manejo de catéteres venosos periféricos y centrales." Autores: Celdrán Mañas, M., et al. Editorial: Enfermería Clínica. Año: 2009.
4. "Guía de Práctica Clínica sobre catéteres venosos centrales y periféricos para

la administración de nutrición parenteral y/o de soluciones.” Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Año: 2018.

5. "Complicaciones infecciosas en catéteres intravasculares: epidemiología y prevención." Autores: Moreno Rodríguez, C., et al. Editorial: Enfermería Clínica. Año: 2012.

6. "Cuidados de enfermería en la prevención de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales." Autores: Macías Gandullo, J., et al. Editorial: Revista Enfermería del Trabajo. Año: 2019.

7. "Catéteres venosos centrales: cuidados de enfermería en su manejo." Autor: Hernández Díaz, E. Editorial: Gerokomos. Año: 2015.

Capítulo 650

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO (34-37 SEMANAS)

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

1 Introducción

La atención médica y de enfermería en el ámbito neonatal es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los recién nacidos, y se vuelve aún más crítica cuando se trata de bebés prematuros tardíos, aquellos que nacen entre las semanas 34 y 37 de gestación. A pesar de que estos bebés son considerados "prematuros tardíos" y suelen presentar un aspecto más robusto en comparación con los bebés prematuros extremos, su desarrollo y adaptación al entorno extrauterino todavía plantean desafíos significativos.

Los recién nacidos prematuros tardíos representan un grupo único en la población neonatal, ya que su transición desde el útero materno hasta el mundo exterior no es tan abrupta como la de los bebés nacidos antes de las 34 semanas de gestación, pero tampoco es tan suave como la de los bebés nacidos a término

completo. Esto se debe a que, a pesar de que han alcanzado la última etapa del período prenatal, su sistema inmunológico, órganos y sistemas aún están en proceso de maduración.

En este contexto, la atención de enfermería desempeña un papel crucial en la evaluación, el cuidado y la promoción del desarrollo óptimo de estos bebés. Los desafíos clínicos y emocionales que enfrentan tanto los padres como el personal de enfermería son numerosos y requieren un enfoque integral y altamente especializado. Desde la monitorización continua de signos vitales y la administración de cuidados basados en evidencia científica hasta el apoyo emocional a las familias en un momento de gran vulnerabilidad, la atención de enfermería en el recién nacido prematuro tardío se convierte en una tarea multidimensional y profundamente significativa.

En esta revisión bibliográfica, explicaremos los principales aspectos relacionados con los cuidados de enfermería en el recién nacido prematuro tardío (34-37 semanas). Abordaremos temas como la evaluación de riesgos, estrategias de cuidado centrado en el desarrollo, manejo de complicaciones comunes, y la importancia de la educación y el apoyo a las familias en esta travesía incierta. A través de un análisis detenido de la literatura científica disponible, buscaremos arrojar luz sobre las mejores prácticas y las últimas investigaciones en esta área, con el objetivo de brindar a los profesionales de enfermería una guía sólida y actualizada para brindar una atención óptima a estos pequeños pacientes y sus seres queridos.

2 Objetivos

1. Analizar y sintetizar la literatura científica actual relacionada con los cuidados de enfermería en recién nacidos prematuros tardíos, identificando las mejores prácticas y las últimas investigaciones en este campo.
2. Evaluar los factores de riesgo y las características clínicas específicas asociadas con los recién nacidos prematuros tardíos, con el fin de comprender mejor sus necesidades de atención.
3. Examinar las estrategias de cuidado centrado en el desarrollo que se utilizan en el manejo de recién nacidos prematuros tardíos y su impacto en el desarrollo neurológico y físico a corto y largo plazo.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica ex-

istente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

1. ****Monitorización y estabilización:**** Investiga los métodos y las pautas para monitorizar y estabilizar a los recién nacidos prematuros tardíos, incluyendo la frecuencia cardíaca, la respiración, la temperatura y otros signos vitales.
2. ****Alimentación y nutrición:**** Examina las estrategias y los desafíos relacionados con la alimentación y la nutrición de los recién nacidos prematuros tardíos, incluyendo la lactancia materna, la alimentación con fórmula y la nutrición parenteral.
3. ****Manejo de la temperatura:**** Investiga cómo mantener la temperatura corporal adecuada en los prematuros tardíos, ya que pueden ser más susceptibles a la hipotermia.
4. ****Prevención de infecciones:**** Explora las prácticas de prevención de infecciones en la unidad de cuidados neonatales para estos bebés, incluyendo la higiene de manos, la asepsia y la administración de vacunas.
5. ****Manejo de la ictericia:**** Investiga el manejo de la ictericia en los recién nacidos prematuros tardíos, que pueden tener un mayor riesgo de desarrollar esta condición.
6. ****Desarrollo y cuidado del neurodesarrollo:**** Examina las estrategias para el apoyo al desarrollo neurocognitivo y el seguimiento de hitos del desarrollo en estos bebés.
7. ****Manejo de complicaciones médicas:**** Investiga las complicaciones comunes asociadas con los prematuros tardíos, como la dificultad respiratoria, la apnea, la enfermedad de la membrana hialina, y cómo se abordan desde la enfermería.
8. ****Atención centrada en la familia:**** Explora cómo involucrar a las familias en la atención y el cuidado de los recién nacidos prematuros tardíos y cómo proporcionar apoyo emocional y educación a los padres.
9. ****Transición a la atención domiciliaria:**** Investiga la planificación y la transición de los recién nacidos prematuros tardíos desde la unidad de cuidados neonatales hacia la atención domiciliaria y cómo se brinda apoyo a las familias durante esta transición.

5 Discusión-Conclusión

En la atención de los recién nacidos prematuros tardíos, que nacen entre las semanas 34 y 37 de gestación, los cuidados de enfermería juegan un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar de estos bebés frágiles. Esta población neonatal representa un desafío único para los profesionales de la enfermería, ya que se encuentran en una fase de desarrollo crítico, pero a menudo se les considera menos vulnerables que los prematuros extremos. Sin embargo, es importante reconocer que estos bebés aún tienen necesidades específicas y requieren una atención cuidadosa y centrada en sus características individuales. Uno de los aspectos cruciales en la atención de los recién nacidos prematuros tardíos es la monitorización y la estabilización. La evaluación constante de signos vitales como la frecuencia cardíaca, la respiración, la temperatura y la saturación de oxígeno es esencial para identificar y abordar cualquier deterioro clínico. Además, la alimentación y la nutrición son áreas críticas de atención. Se debe promover la lactancia materna siempre que sea posible, pero también se deben considerar las necesidades de aquellos que requieren alimentación con fórmula o nutrición parenteral.

El manejo de la temperatura corporal es otro aspecto importante, ya que los prematuros tardíos pueden tener dificultades para mantener su temperatura dentro del rango normal. La prevención de infecciones, a través de prácticas de higiene y asepsia rigurosas, es esencial para proteger a estos bebés vulnerables. Además, el manejo de la ictericia, una afección común en prematuros tardíos, debe ser abordado de manera adecuada para prevenir complicaciones a largo plazo.

La atención de enfermería en recién nacidos prematuros tardíos también debe enfocarse en el apoyo al desarrollo neurocognitivo. Estos bebés pueden necesitar una estimulación y seguimiento cuidadoso de sus hitos de desarrollo para garantizar un desarrollo saludable. Al mismo tiempo, las complicaciones médicas comunes, como la dificultad respiratoria y la apnea, requieren una atención especializada y un manejo eficiente.

Un aspecto fundamental de la atención de enfermería en recién nacidos prematuros tardíos es la inclusión de las familias en el proceso de cuidado. Proporcionar apoyo emocional y educación a los padres es esencial para empoderarlos en el cuidado de sus bebés y prepararlos para la transición a la atención domiciliaria.

En última instancia, la atención de enfermería en recién nacidos prematuros tardíos requiere un enfoque interdisciplinario y centrado en el paciente. Los avances en la atención neonatal han mejorado significativamente las tasas de

supervivencia y el pronóstico de estos bebés, pero la excelencia en la atención de enfermería sigue siendo fundamental para brindarles la mejor oportunidad de crecimiento y desarrollo saludable en los primeros años de vida. La investigación continua y la educación de los profesionales de enfermería son clave para mejorar aún más la calidad de los cuidados proporcionados a esta población neonatal única.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Neonatal" de Verónica García Martínez y Ana López Orta.
2. "Manual de Enfermería Neonatal" de José J. Ceriani Cernadas y Luis A. Dargains.
3. "Cuidados de Enfermería en Neonatología" de Teresa Brugueras Jané y María G. de la Calle Fernández-Miranda.
4. "Cuidados de Enfermería al Recién Nacido" de Rosario Ferrer Arnedo y María Carmen González Díaz.
5. "Cuidados de Enfermería en Neonatología: Protocolos de actuación" de Cristina Moreno Esteban y María José Centeno García.

Capítulo 651

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN ETAPA CLIMATÉRICA

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

1 Introducción

La etapa climatérica, que abarca la transición entre la vida reproductiva y la posmenopausia, es un período crucial en la vida de las mujeres que conlleva una serie de cambios físicos, emocionales y hormonales significativos. Durante este proceso, la disminución gradual de la producción de hormonas sexuales, como los estrógenos y la progesterona, puede desencadenar una amplia gama de síntomas y manifestaciones que afectan la calidad de vida de las pacientes. En este contexto, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención integral de las mujeres en esta etapa de la vida.

Los síntomas de la etapa climatérica pueden variar ampliamente de una paciente a otra e incluyen sofocos, sudoración nocturna, cambios en la piel y el cabello, alteraciones en el patrón menstrual, sequedad vaginal, cambios en el estado de ánimo, insomnio, aumento de peso y disminución de la densidad ósea, entre otros.

Estos síntomas pueden ser no solo físicamente molestos, sino también emocionalmente desafiantes, lo que subraya la importancia de una atención de enfermería compasiva y efectiva.

Los profesionales de enfermería tienen un rol fundamental en la identificación y evaluación de estos síntomas, así como en la implementación de estrategias de manejo adecuadas. Esto implica proporcionar información y educación a las pacientes sobre la naturaleza del climaterio, sus posibles efectos en la salud y las opciones de tratamiento disponibles, que pueden incluir terapia hormonal y cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio.

Además de los aspectos físicos, los cuidados de enfermería deben considerar la dimensión emocional y psicológica de esta etapa. Muchas mujeres experimentan ansiedad, depresión y cambios en la autoestima durante el climaterio. Los profesionales de enfermería pueden ofrecer apoyo emocional, escuchar activamente las preocupaciones de las pacientes y derivarlas a especialistas en salud mental cuando sea necesario.

La promoción de la salud a lo largo de la etapa climatérica también debe incluir la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares, que pueden volverse más prevalentes en esta etapa de la vida. Los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel clave en la educación de las pacientes sobre la importancia de la actividad física, una alimentación equilibrada y el control de factores de riesgo, como la hipertensión y la diabetes.

En resumen, los cuidados de enfermería a pacientes en etapa climatérica requieren un enfoque holístico que aborde tanto los aspectos físicos como los emocionales de esta transición. El conocimiento, la empatía y la atención personalizada son esenciales para ayudar a las pacientes a navegar por este período de cambio en sus vidas y a mantener su salud y bienestar a lo largo del climaterio y más allá.

2 Objetivos

Exponer los cuidados de enfermería durante la etapa climatérica.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería a pacientes en etapa climatérica, que es la transición que marca el final de la etapa reproductiva en las mujeres, pueden variar según las necesidades individuales de cada paciente. Durante esta etapa, que generalmente comienza alrededor de los 45 años, las mujeres experimentan cambios hormonales significativos que pueden llevar a una serie de síntomas y problemas de salud. Aquí hay algunas consideraciones generales para los cuidados de enfermería durante la etapa climatérica:

1. Evaluación integral: La enfermera debe realizar una evaluación completa de la paciente, incluyendo su historial médico, síntomas actuales, antecedentes familiares y estilo de vida. Esto ayudará a identificar cualquier factor de riesgo o necesidad específica.
2. Educación: Proporcionar educación sobre los cambios hormonales y los posibles síntomas de la menopausia, como sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal y cambios en el estado de ánimo. Explicar las opciones de tratamiento disponibles, como la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y otras terapias alternativas.
3. Manejo de síntomas: Ayudar a las pacientes a manejar los síntomas de la menopausia, que pueden incluir asesoramiento sobre la dieta, el ejercicio, la gestión del estrés y el uso de medicamentos o terapias no farmacológicas para aliviar los síntomas.
4. Prevención de enfermedades: Promover prácticas de salud preventiva, como la detección temprana de enfermedades cardiovasculares y la promoción de una dieta saludable y la actividad física regular para reducir el riesgo de osteoporosis.
5. Apoyo emocional: Brindar apoyo emocional a las pacientes que pueden experimentar cambios en su autoimagen y autoestima debido a los cambios hormonales

y la transición a la menopausia.

6. Evaluación de riesgos: Evaluar el riesgo de enfermedades relacionadas con la menopausia, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares, y desarrollar un plan de cuidado específico para reducir estos riesgos.

7. Monitoreo regular: Hacer un seguimiento regular de las pacientes en etapa climática para evaluar la efectividad de cualquier tratamiento o intervención y para realizar ajustes según sea necesario.

8. Promoción de la salud sexual: Abordar cualquier problema de salud sexual que pueda surgir durante la menopausia, como la sequedad vaginal, y ofrecer soluciones y consejos apropiados.

9. Promoción de un estilo de vida saludable: Fomentar la adopción de hábitos de vida saludables, como dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, mantener un peso saludable y evitar el estrés crónico.

10. Referencias y coordinación de cuidados: Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y terapeutas, para garantizar una atención integral y coordinada para las pacientes en etapa climática.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería a pacientes en etapa climática desempeñan un papel fundamental en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres que atraviesan esta transición hormonal. La etapa climática, que abarca desde la perimenopausia hasta la posmenopausia, es un período de cambios significativos en la vida de una mujer, tanto físicos como emocionales. La atención de enfermería en este contexto se enfoca en una evaluación exhaustiva de la paciente, la educación sobre los cambios hormonales y los síntomas asociados, el manejo de los síntomas, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Uno de los aspectos clave de los cuidados de enfermería en la etapa climática es la educación. Las enfermeras desempeñan un papel esencial al proporcionar información precisa y comprensible sobre la menopausia y sus efectos. Esto ayuda a las pacientes a comprender y afrontar mejor los síntomas, como los sofocos, la sequedad vaginal y los cambios en el estado de ánimo, así como a tomar decisiones informadas sobre opciones de tratamiento, como la terapia de reemplazo hormonal.

Además, las enfermeras también desempeñan un papel fundamental en el manejo de los síntomas de la menopausia. Esto puede incluir la recomendación de cambios en el estilo de vida, como una dieta equilibrada y el ejercicio regular, así como la orientación sobre estrategias para aliviar los síntomas, como técnicas de relajación y terapias no farmacológicas. La gestión de síntomas como los sofocos y la sequedad vaginal puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes, y las enfermeras están capacitadas para proporcionar apoyo y orientación adecuados.

La prevención de enfermedades es otro aspecto esencial de los cuidados de enfermería en esta etapa de la vida de la mujer. Las enfermeras trabajan en estrecha colaboración con las pacientes para evaluar su riesgo de enfermedades relacionadas con la menopausia, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. Se pueden recomendar intervenciones específicas, como la densitometría ósea o la monitorización de la presión arterial, para reducir estos riesgos y mejorar la salud a largo plazo.

El apoyo emocional también es fundamental en los cuidados de enfermería durante la etapa climatérica. Las mujeres pueden experimentar cambios en su autoimagen, autoestima y salud sexual debido a los cambios hormonales y la transición a la menopausia. Las enfermeras pueden proporcionar un entorno seguro para que las pacientes expresen sus preocupaciones y brindar apoyo emocional y recursos adecuados para ayudar a las pacientes a adaptarse a estos cambios.

En última instancia, los cuidados de enfermería en la etapa climatérica son una parte integral de la atención de la salud de las mujeres. Al proporcionar educación, apoyo emocional, manejo de síntomas y estrategias de prevención, las enfermeras contribuyen de manera significativa al bienestar de las mujeres durante esta transición crucial en sus vidas. Cada paciente es única, y los cuidados de enfermería deben adaptarse a las necesidades individuales para brindar una atención de calidad y centrada en el paciente durante la etapa climatérica.

6 Bibliografía

1. "Menopausia: Cuidados de enfermería en el climaterio y la menopausia" de Lucía Gómez Córdoba y Ana Belén Rodríguez Gómez.
2. "Climaterio y menopausia: Guía de práctica clínica para la atención primaria de salud" de María del Carmen Rodríguez Expósito y colaboradores.
3. "Menopausia: Mitos y realidades" de Mabel Bianco.

4. "Salud y bienestar en la menopausia" de Mariela Sánchez.

Capítulo 652

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL ESENCIAL PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

EDITA CUETO GONZALEZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

En este trabajo veremos la importancia del personal administrativo en el organigrama de la Sanidad Española.

Además, repasaremos qué funciones tienen, cuáles son las habilidades necesarias que requieren estos profesionales.

Aun cuando en la infraestructura del sistema sanitario se ha incorporado el uso de herramientas digitales al área administrativa, no han podido reemplazar a los auxiliares administrativos, ya que estos profesionales se encargan de numerosas tareas, invisibles a los ojos de quien recibe el servicio, pero que son las que facilitan el buen funcionamiento del día a día y que se trabaje de manera eficiente en los centros de salud y hospitales.

Son un activo importante de la propia Sanidad puesto que se encargan de poner en orden todos los trámites burocráticos de forma correcta para evitar problemas y contribuyen al buen funcionamiento del servicio desarrollando las funciones de organización, planificación y coordinación, que bien implementada llevan a alcanzar los resultados que se espera de cada uno de nosotros y a que todo trabajador se sienta satisfecho en su puesto de trabajo.

Las obligaciones de los administrativos pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga, el orden, la correcta gestión y la larga lista de cometidos a los que hace frente en su día a día hacen que su figura sea imprescindible

2 Objetivos

Reflexionar sobre la importancia del Auxiliar Administrativo en el sistema sanitario español.

Tomar conciencia de que la imagen que los usuarios tienen de la institución depende en gran manera del buen hacer dispensado por el personal administrativo.

3 Metodología

Para la información para realización del presente trabajo se tomaron en cuenta fuentes bibliográficas como artículos relacionados con el tema y páginas web con el buscador Google.

En este sentido se han llevado a cabo también una serie de consultas sobre libros, revistas y otros

4 Resultados

En este trabajo veremos la importancia del personal administrativo en el organigrama de la Sanidad Española.

Además, repasaremos qué funciones tienen, cuáles son las habilidades necesarias que requieren estos profesionales y como evitar los ladrones de tiempo.

Aun cuando en la infraestructura del sistema sanitario se ha incorporado el uso de herramientas digitales al área administrativa, no han podido reemplazar a los auxiliares administrativos, ya que estos profesionales se encargan de numerosas tareas, invisibles a los ojos de quien recibe el servicio, pero que son las que facilitan el buen funcionamiento del día a día y que se trabaje de manera correcta en los centros de salud y hospitales.

Las primeras preguntas que nos haremos son ¿quiénes son los administrativos? ¿qué funciones desempeñan? Pues bien, son los profesionales no sanitarios del sistema de salud que cualquier ciudadano se encuentra en los mostradores de los consultorios, centros de salud, centros de especialidades y hospitales nada más entrar cuando se acerca por motivos de salud, o bien para resolver dudas o recabar información por ejemplo de trámites a seguir. Representan la cara visible de la sanidad para los pacientes y ciudadanos en general.

Son un activo importante de la propia Sanidad puesto que contribuyen al buen funcionamiento del servicio desarrollando las necesarias funciones de organización, planificación y coordinación.

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO PIEZA CLAVE PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

El usuario del servicio ve al auxiliar administrativo como la cara amable, o no, de quien "da citas", pero detrás de esa cita que le permitirá ser visto en consulta de primaria y tratado de su dolencia si fuese el caso en la consulta de especializada en el Hospital hay un trabajo importantísimo y desconocido para el paciente.

En primer lugar ha sido necesario en algún momento que el paciente haya sido registrado de manera que disponga de su tarjeta sanitaria y estén sus datos actualizados tanto a nivel del INSS (Instituto de la Seguridad Social) como de datos administrativos (dirección, teléfono) para que le lleguen las cartas con las citas programadas o se le puedan realizar las llamadas de citas no presenciales.

A modo de ejemplo, en Atención Primaria en el día a día tenemos que estar coordinados con todo el personal del centro (personal de medicina, enfermería, matronas, pediatras, trabajadores sociales, etc.) para saber qué días van a estar y cuando no para crear las agendas, bloquear los días o tramos horarios en que no estarán. Sin esta antelación no se podrían crear agendas y todo sería un grandioso caos.

A lo anterior hay que añadir que debemos gestionar los datos administrativos y profesionales de cada trabajador que llega al Centro en el sistema informático. Es decir, crear sustituciones de cada profesional que llega al centro a trabajar. A veces para un solo día, pero si no se le activa y crea la sustitución no pueden acceder a los programas y no pueden ver las historias de los pacientes ni atenderlos.

Otras tareas son analizar los huecos de las agendas de los profesionales que van a pasar consulta en el día y "meter con calzador" a los pacientes de otros compañeros que han comunicado su ausencia el mismo día.

Ante esta saturación de trabajo se nos quejan a nosotros.

Una vez que lo anterior está solventado, del otro lado tenemos a los pacientes, que muchas veces debido a sus dolencias, llegan con extrema agitación y con agre-

siones verbales (insultos) hacia nosotros que somos los primeros en atenderle. Los auxiliares administrativos no contentamos a nadie, nos tragamos las quejas tanto de fuera como de dentro, tanto de pacientes como de compañeros del centro.

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO PIEZA CLAVE PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

El usuario del servicio ve al auxiliar administrativo como la cara amable de quien "da la citas" como popularmente decimos. Pero detrás de esa cita que le permitirá ser tratado en consulta de primaria y tratado de su dolencia si fuese el caso en la consulta de especializada, hay un trabajo importantísimo y desconocido para el paciente.

En primer lugar ha sido necesario en algún momento que el paciente haya sido registrado de manera que disponga de su tarjeta sanitaria y estén sus datos actualizados tanto a nivel del INSS (Instituto de la Seguridad Social) como de datos administrativos (dirección, teléfono) para que le lleguen las cartas con las citas programadas o se le puedan realizar las llamadas de citas no presenciales.

A modo de ejemplo, en Atención Primaria en el día a día tenemos que estar coordinados con todo el personal del centro, como un engranaje perfecto (personal de medicina, enfermería, matronas, pediatras, trabajadores sociales, etc.) para saber qué días van a estar y cuando no para crear las agendas, bloquear los días o tramos horarios en que no estarán. Sin esta antelación no se podrían crear agendas y todo sería un grandioso caos.

A lo anterior hay que añadir que debemos gestionar los datos administrativos y profesionales de cada trabajador que llega al Centro en el sistema informático. Es decir, crear sustituciones de cada profesional que llega al centro a trabajar. A veces para un solo día, pero si no se le activa y crea la sustitución no pueden acceder a los programas y no pueden ver las historias de los pacientes ni atenderlos.

Otras tareas son analizar los huecos de las agendas de los profesionales que van a pasar consulta en el día y "meter con calzador" a los pacientes de otros compañeros que han comunicado su ausencia el mismo día.

Ante esta saturación de trabajo los profesionales sanitarios se nos quejan a nosotros y nos indican que no forcemos más las citas. No tienen tiempo físicos para atender a más gente, pero las urgencias llegan y el problema nos llega a los administrativos.

Una vez que lo anterior está solventado, del otro lado tenemos a los pacientes, que muchas veces debido a sus dolencias, llegan con extrema agitación y con agresiones verbales (insultos) hacia nosotros que somos los primeros en atenderle. Esto significa que los auxiliares administrativos no contentamos a nadie, nos trag-

amos las quejas tanto de fuera como de dentro, tanto de pacientes como de compañeros del centro.

Esto lo resolvemos gracias a la experiencia que nos da el día a día.

HABILIDADES NECESARIAS PARA EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Partimos de la base de que un profesional de la salud debe estar cualificado para desempeñar sus tareas de una forma óptima. Debe atender a las circunstancias de cada paciente y saber enfrentarse a posibles situaciones de adversidad.

Adquiere una serie de destrezas durante su formación que podrá desempeñar en su campo de trabajo. Este consiste en una amplia serie de funciones que están especialmente diseñadas según las necesidades de cada centro de salud y sus usuarios. Desde el rol más conocido y visible: la atención directa al paciente hasta labores de administración.

El paciente se ha convertido en el motor principal y centro de los servicios sanitarios. Su grado de satisfacción sería, pues, el indicador fundamental de la calidad asistencial. La calidad en la atención y en el servicio que ofrecemos al usuario del sistema sanitario, reside en la aplicación de dos tipos de habilidades, las relacionadas con la comunicación, que se establecen en las relaciones entre personas, por lo que se las denomina “habilidades personales” y las que derivan del trabajo mismo de las personas, por lo que se les llama “habilidades técnicas”

HABILIDADES PERSONALES O SOCIALES

Las habilidades personales, blandas o soft skills son aptitudes que reflejan la personalidad del candidato. Son el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas para resolver una situación social de manera efectiva, es decir, que sea aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está. las ponemos en práctica en la atención y telefónica, la atención a través de las comunicaciones escritas, atención a colectivos especiales, conflictos y quejas.

Hay dos tipos de habilidades sociales: las básicas y las complejas.

Habilidades sociales básicas:

1. Saber escuchar. atender al otro de forma activa, cercana y empática.
2. Iniciar conversaciones. adecuando nuestra conversación, mostrando nuestras dotes comunicativas según las circunstancias. el primer contacto puede marcar una relación, de ahí la importancia de este aspecto
3. Formular preguntas. Saber preguntar es saber reclamar, saber buscar información, o realizar peticiones de forma adecuada.
4. Dar las gracias. Como forma de reconocer al otro, a la vez que es una muestra de respeto y de civismo.

5. Presentarse y presentar a otras personas. Consiste en saber introducirnos o introducir a otros de forma adecuada.

6. Realizar un cumplido. es una forma de reconocimiento al otro, pero también implica valorarlo y saber hacérselo saber

Habilidades sociales complejas:

1. Empatía. Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona.

2. Inteligencia emocional. manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones

3. Asertividad. Haciendo referencia a la habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás ni menospreciar la valía de los otros, sólo defendiendo sus derechos como persona.

4. Capacidad de escucha. Es decir, ser capaz de escuchar con comprensión y cuidado, entendiendo lo que la otra persona quiere decir y transmitiendo que hemos recibido su mensaje.

5. Capacidad de comunicar sentimientos y emociones. Poder manifestar ante las demás personas nuestros sentimientos de una manera correcta, ya sean positivos o negativos.

6. Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones. Es decir, la habilidad de una persona para analizar una situación teniendo en cuenta los elementos objetivos. Así mismo, los sentimientos y necesidades de cada uno.

7. Negociación. Capacidad de comunicación dirigida a la búsqueda de una solución que resulte satisfactoria para todas las partes.

8. Modulación de la expresión emocional. Habilidad de adecuar la expresión de nuestras emociones al entorno.

9. Capacidad de disculparse ante los errores cometidos.

10. Asertividad. Reconocimiento y defensa de los derechos propios y de los demás de una manera adecuada.

11. Pedir. Saber pedir no es lo mismo que exigir. Pedir ayuda de forma efectiva, desde nuestra necesidad y respetando al otro.

Y otra habilidad social es el AUTOCONOCIMIENTO, que según la Organización Mundial de la Salud, es la base de las Habilidades para la Vida, y consiste en captar mejor nuestro ser.

Las HABILIDADES TÉCNICAS

Las habilidades técnicas, duras o hard skills son aquellas que sirven para desempeñar una función específica y que se desarrollan por medio de la formación, capacitación o entrenamiento.

El aspecto más importante de las habilidades técnicas es que nos ayudan a ser

más eficientes y profesionales en nuestro trabajo. De hecho, hay trabajos que una persona no podría desempeñar si no tuviera pleno dominio de ciertas habilidades técnicas

Las habilidades personales no se pueden aprender tan fácilmente como las habilidades técnicas. Son más bien una parte integral del carácter.

1. Título o formación específica para el puesto de trabajo concreto.
2. Conocimiento de informática básico (herramientas Office).
3. Manejo de software de base de datos (Excel).
4. Manejo de aplicaciones específicas del área sanitaria en la que nos encontremos
5. Uso de equipo de oficina (ordenadores, impresoras fotocopadoras, escaner, fax,
6. Gestión de archivos
7. Conocimientos en transcripción.
8. Dominio de idiomas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las más numerosas o conocidas son las tareas administrativas y sobre todo la atención al paciente, las funciones de un auxiliar administrativo son múltiples y versátiles.

Todas las actividades que realiza son de una gran importancia porque afectan al estado de salud de los pacientes. Por esta razón es importante que las desarrolle con profesionalidad.

Al fin y al cabo, si una persona entra en un centro sanitario y es atendida de forma amable y profesional, aumentará su confianza en el personal y en la institución y el proceso de su recuperación de salud será más fácil y efectivo.

6 Bibliografía

Muñoz Quiceno, L. (2018). Apoyo administrativo al Centro Médico de la empresa Cosechas del Valle ubicado en el corregimiento de La Paila en el municipio de Zarzal. Universidad del Valle.

Zurro AM, Solà GJ. Atención familiar y salud comunitaria. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España S.L. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf

El trabajo del auxiliar administrativo en la Atención Primaria [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA – USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2022 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/trabajo-administrativo-atencion-primaria/>

Ocronos R. Funciones del auxiliar administrativo en los centros sanitarios [Internet]. Ocronos – Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>

Valero N. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión. 2018 [citado el 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/37112965/GU%C3%8DA_DE_GESTI%C3%93N_DE_LOS_SERVICIOS_DE_ADMISI%C3%93N

Alcalá F. Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario [Internet]. Formación Alcalá. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 653

ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR SANITARIO

PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS

1 Introducción

El mayor riesgo al que se enfrentan los profesionales del sector sanitario es el riesgo biológico, que se define como la probabilidad de que un empleado enferme como consecuencia del desempeño de sus funciones habituales en contacto con un agente biológico. Este agente se define como "Microorganismo, incluidos los organismos genéticamente modificados, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos, susceptibles de provocar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad", según el real decreto 664/1997, de 12 de mayo.

Todos los trabajadores de la salud son susceptibles a sufrir accidentes de riesgo biológico. Los virus de la hepatitis B y C, así como la inmunodeficiencia humana, se encuentran entre los agentes biológicos que causan especial preocupación. Es necesario enfatizar en el campo médico la posibilidad de un accidente que implique exposición a fluidos biológicos. Son muchos los procesos y las leyes legislativas que han contribuido a la mejora y prevención del trabajo de los sanitarios. Hoy en día se adaptan y se adecuan a todas los ámbito tanto del trabajador como del paciente. Varios estudios científicos nos refleja el alto porcentaje de accidentes que sufre el personal sanitario al desarrollar su actividad. Las medidas que todo trabajador debe conocer es un componente de vital importancia para reducir el accidente.

2 Objetivos

Un objetivo principal que podemos enfatizar es:

- Enumere los grupos de agentes primarios y las precauciones que se deben tomar si existe la posibilidad de exposición al riesgo.
- El elemento de riesgo aislarlo.
- Proteger al trabajador y al enfermo

3 Metodología

Se ha realizado una revisión exhaustiva , que abarca bases de datos nacionales e internacionales como Scielo, PubMed y Uptodate, además de los protocolos de salud locales y estatales y las leyes existentes. Los artículos de los diez años anteriores se eligieron utilizando los idiomas de castellano e inglés igual que los artículos.

Artículos científicos y no científicos, tesis doctorales, guías de práctica clínica, manuales particulares, estudios controlados o no verificados, medios no oficiales y ensayos clínicos son ejemplos de este tipo de publicaciones.

Tratamientos tanto invasivos como no invasivos, terapias biológicas, genéticas, e ingeniería genética .

4 Resultados

El mayor riesgo biológico se manifiesta como una enfermedad infecciosa que se produce por el contacto del trabajador con el agente biológico o su reservorio. Este contacto suele seguir una cadena epidemiológica que tiene varios eslabones distintos. Son muchos los agentes biológicos que podemos encontrar en un hospital y en continuo contacto entre sanitario y enfermo, paciente -paciente y enfermo y sanitario.

El objetivo de prevenir los riesgos biológicos es romper la cadena abordando algunos de sus eslabones.

Según el artículo 3 del Real Decreto 664/1997, los distintos agentes biológicos se pueden clasificar en función del grado de riesgo que suponen, del tratamiento o profiláctico vigente y de su potencial de propagación.

Riesgo de tratamiento o profilaxis de infección entre el grupo.

Grupo 1:

Aquí, analizaremos los microorganismos como *Streptococcus* y *Bacillus* que se encuentran naturalmente tanto en humanos como en animales. Riesgo infeccioso mínimo, no existe peligro para los trabajadores, no se propaga.

Grupo 2:

Entre muchos otros, poco comunes, sí, aquellos agentes que tienen el potencial de causar enfermedades incluyen *Helicobacter pylori*, *Neisseria meningitidis*, *Clostridium tetani*, *Candida albicans*, virus de Epstein-Barr y virus de la influenza. puede causar enfermedad entre los trabajadores, puede suponer peligro y propagación poco probable.

Grupo 3:

Existe un riesgo importante de que puedan causar una enfermedad peligrosa y grave. incluidos el virus VIH, los virus de la hepatitis B y C y *Mycobacterium tuberculosis*. Probablemente en forma afirmativa. Presenta un serio peligro para los sanitarios existe riesgo de propagación.

Grupo 4:. Tienen el potencial de propagarse por toda la comunidad, causar una enfermedad grave y representar un riesgo grave para el trabajador. No existe tratamiento eficaz. El virus de la fiebre hemorrágica de Crimea y el virus del Ébola se encuentran en este grupo.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos laborales ha evolucionado mucho a lo largo de tiempo tanto las medidas generales de la prevención en el trabajo como las leyes vigentes se han ido adaptando al entorno de trabajo y los nuevos agentes biológicos que van apareciendo. A pesar de que muchas agentes biológicos se encuentran día a día en continuo contacto con el personal sanitario creo que una buena prevención primaria se encuentra al alcance de todos . Necesitamos una implantación moderna y eficaz de dispositivos que reduzcan riesgos y nos faciliten la seguridad de nuestro en torno tanto al trabajador como al paciente . Se debe seguir trabajando entre todos y estar alertas para futuras enfermedades.

6 Bibliografía

- El accidente con riesgo biológico en el sector sanitario. Leticia castro fuentes. Junio 2014.
- Análisis de los accidentes biológicos en un hospital universitario, Roldán Salces MJ. Edición: 2014.
- Asociación española de vacunología .2007.

- Organización mundial de la salud . 2006