

XIX LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XIX Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XIX Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

Fecha de publicación: 25 de abril de 2024

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: 978-84-19937-20-9

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	ESTUDIO DEL GASTO ECONÓMICO DEL 2002 AL 2016 DE LA FARMACIA AMBULATORIA MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ, TAMARA HIDALGO MUÑOZ, HARIDIAN ESPINOSA GONZÁLEZ, IDAIRA MEDINA MARTÍN Y ANTONIO MANUEL RODRIGUEZ VARGAS	1
2	ESTUDIO SOBRE PROBLEMAS MÁS RELEVANTES Y LAS PRIORIDADES MEDIANTE EL USO DE PATRONES FUNCIONALES QUE PRESENTA EL BARRIO DE SANTA MARÍA DEL MAR IDAIRA MEDINA MARTÍN, MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ, LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA, MARTA GARCÍA HERNÁNDEZ Y ANTONIO MANUEL RODRIGUEZ VARGAS	9
3	PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS TRANSEXUALES DAVID GUERRERO SÁNCHEZ, MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ, LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA, NEREA MEDEROS DÍAZ Y IDAIRA MEDINA MARTÍN	19
4	TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS SELENE RUBIO	27
5	ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LA ENFERMERÍA SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI, MARÍA MORENO ESPINOSA Y ANA HONRADO PRIETO	33
6	REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL ACOSO ENTRE IGUALES, BULLYING Y LA ENFERMERÍA SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI, MARÍA MORENO ESPINOSA Y ANA HONRADO PRIETO	37

7	ASMA BRONQUIAL: UN ENFOQUE DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMERÍA SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI, MARÍA MORENO ESPINOSA Y ANA HONRADO PRIETO	41
8	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA ANGELA ORTIZ RAMÍREZ, RAMONA DIAZ VICO, ISABEL MARÍA GUALDA HERAS Y ROCIO ACOSTA CANO	45
9	EL ENFERMERO ANTE EL INFARTO ANGELA ORTIZ RAMÍREZ, RAMONA DIAZ VICO, ISABEL MARÍA GUALDA HERAS Y ROCIO ACOSTA CANO	55
10	DESAÍOS Y MEJORAS EN EL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ANGELA ORTIZ RAMÍREZ, RAMONA DIAZ VICO, ISABEL MARÍA GUALDA HERAS Y ROCIO ACOSTA CANO	67
11	PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ROCÍO BELVIS GARCIA, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, ELENA PUERTO VALCARCE, FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ Y MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN	79
12	ESTREÑIMIENTO SEVERO DURANTE LA INFANCIA ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, ROCÍO BELVIS GARCIA, ELENA PUERTO VALCARCE, FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ Y MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN	83
13	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN, ROCÍO BELVIS GARCIA, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, ELENA PUERTO VALCARCE Y FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ	87

14 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTCIRUGÍA CARDIACA POR ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTE HOSPITALIZADO	
INES ESCRIBANO MATEO, SILVIA AGUILERA RODRIGUEZ, IRUNE GAINZA CARRASCO, MARÍA GONZÁLEZ GUEMBE Y SONIA CABREJAS BAZTAN	91
15 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES TRATADAS EN SALUD MENTAL POR DEPRESIONES POSTPARTO.	
ARANCHA PIÑA CAÑEVERAS, MILAGROS DÍAZ MARIN, NOEMI MARTÍN DEL PINO, LOURDES GARCÍA PEÑA Y MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO	95
16 ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS DEL METABOLISMO.	
MILAGROS DÍAZ MARIN, NOEMI MARTÍN DEL PINO, LOURDES GARCÍA PEÑA, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO Y ARANCHA PIÑA CAÑEVERAS	101
17 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.	
MILAGROS DÍAZ MARIN, NOEMI MARTÍN DEL PINO, LOURDES GARCÍA PEÑA, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO Y ARANCHA PIÑA CAÑEVERAS	105
18 HEMODIÁLISIS PEDIÁTRICA.	
SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, GUILLERMO MARTÍNEZ LÓPEZ, MARTA PÉREZ INOCENCIO, MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO Y PAULA CUERDA LLORET	109
19 LA RESPONSABILIDAD AMBIENTAL DE LA ENFERMERÍA: PROMOVIENDO EL RECICLAJE Y LA SOSTENIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA.	
M ^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA, NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ, ANAMARIA SORINA BIRLE Y PILAR CUADROS FRAILE	113
20 LABOR DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR	
CRISTINA GARCÍA ALCÁZAR	117

- 21 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE
ENCAMADO EN DOMICILIO**
HAIZEA RUIZ GONZALEZ, MARWANE LAKHAL, MARTA SILVERIO
GARCIA, JESUS CIRAUQUI GARCIA Y ISABEL RUBAL ZARRALUQUI **121**
- 22 EL ROL CRUCIAL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN Y
ASISTENCIA DOMICILIARIA DE URGENCIAS MÉDICAS**
CLARA MARTÍN BARROSO, MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ,
ANA ISABEL BERMEJO RUBIO, MARÍA VICTORIA TOBOSO
GONZÁLEZ Y MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL **127**
- 23 OXIGENOTERAPIA PRECISA: LA VITAL CONTRIBUCIÓN DE LA
ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE CÁNULAS NASALES**
CLARA MARTÍN BARROSO, MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ,
ANA ISABEL BERMEJO RUBIO, MARÍA VICTORIA TOBOSO
GONZÁLEZ Y MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL **133**
- 24 EL ROL DEL ENFERMERO EN SALUD MENTAL: UN PILAR DE
INTERVENCIÓN, ASISTENCIA Y APOYO AL PACIENTE**
CLARA MARTÍN BARROSO, MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ,
ANA ISABEL BERMEJO RUBIO, MARÍA VICTORIA TOBOSO
GONZÁLEZ Y MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL **139**
- 25 CANALIZACIÓN DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS**
SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, MARTA PÉREZ INOCENCIO,
MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO, GUILLERMO
MARTÍNEZ LÓPEZ Y PAULA CUERDA LLORET **145**
- 26 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN
LOS ANCIANOS CON DISFAGIA**
SILVIA GRANADINO AGUILAR, ANA TORIJA RODRIGUEZ, ISABEL
LOPEZ RUBIO, ALMUDENA ABANADES GAMO Y MARIA
COLLADOS CUBERO **149**
- 27 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON
ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA**
SILVIA GRANADINO AGUILAR, ANA TORIJA RODRIGUEZ, ISABEL
LOPEZ RUBIO, ALMUDENA ABANADES GAMO Y MARIA
COLLADOS CUBERO **153**

28 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS	
SILVIA GRANADINO AGUILAR, ANA TORIJA RODRIGUEZ, ISABEL LOPEZ RUBIO, ALMUDENA ABANADES GAMO Y MARIA COLLADOS CUBERO	157
29 ENFERMERÍA Y SU LABOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	
AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA, PATRICIA ARMENTEROS COSTA Y MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA	161
30 ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL CUIDADO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ICTUS	
MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA, PATRICIA ARMENTEROS COSTA Y AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA	165
31 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE UN HOSPITAL	
MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA, AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA Y PATRICIA ARMENTEROS COSTA	169
32 ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE PEDIATRÍA MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA A PADRES Y MADRES	
FRANCISCO JAVIER CHÁVEZ CARRASCO, ROSA MARÍA GIL PELARDA, NATHALIE IRIARTE BRASIL, MARGOTH KATHERINE CHURO CHURO Y SAIOA ECHEVERRIA ILUNDÁIN	173
33 CASO CLÍNICO: PACIENTE GERIÁTRICO CON DISNEA Y EPISODIO DE DESATURACIÓN	
SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS, MARTA PÉREZ INOCENCIO, MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO, PAULA CUERDA LLORET Y GUILLERMO MARTÍNEZ LÓPEZ	177
34 ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA	
IRATXE ZUGASTI ELORZ	185

35 ALIMENTACIÓN SEGURA DURANTE EL EMBARAZO PATRICIA DÍAZ LABIANO, SANDRA DEL VILLAR ARISTU, LEYRE ALDUNATE CIA, ALICIA GARRON RODRIGUEZ Y PAULA MENDIOROZ INDURAIN	191
36 LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL NEONATO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL. IÑIGO LÁZARO EZKURRA, SONIA ECHAPARE URSUA, SYLVIA MIRALLAS FAJÓ Y AINTZANE PÉREZ DE ALBÉNIZ ANGUÍS	201
37 FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE CURAS Y YESOS DE TRAUMATOLOGÍA CARMEN MANCEBO GÓMEZ, ROCIO GOMARIZ NAHARRO, MARGARITA CUESTA PARDO, ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ Y MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ	207
38 FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CARMEN MANCEBO GÓMEZ, ROCIO GOMARIZ NAHARRO, MARGARITA CUESTA PARDO, ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ Y MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ	211
39 LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS EXTRACCIONES DE SANGRE CARMEN MANCEBO GÓMEZ, ROCIO GOMARIZ NAHARRO, MARGARITA CUESTA PARDO, ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ Y MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ	215
40 FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO DE REEMPLAZO DE CADERA ÁNGELA CANTOS ACALE, MANUEL MARTÍN MARCELO Y DARÍO BARROSO ROZANO	219
41 LA IMPORTANCIA DE LA DIETA BLANDA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA MANUEL MARTÍN MARCELO, DARÍO BARROSO ROZANO Y ÁNGELA CANTOS ACALE	223

42	RECOGIDA DE MUESTRAS DE EXUDADO. EL ROL DEL ENFERMERO ALBA RODRIGUEZ YESTE, CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO, ERNESTO PODIO SANCHEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO	227
43	EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN LA PREMEDICACIÓN EN PACIENTES CON ALERGIA A CONTRASTES INTRAVENOSOS EN RADIODIAGNÓSTICO CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO, ERNESTO PODIO SANCHEZ, JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO Y ALBA RODRIGUEZ YESTE	231
44	CONTROL DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA ERNESTO PODIO SANCHEZ, JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO, ALBA RODRIGUEZ YESTE Y CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO	235
45	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATARATAS JAVIER GOMARIZ SORIA, MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO, FATIMA PANADERO MARTINEZ, ALBERTO BELMAR SEVILLA Y INMACULADA PASTOR MARTINEZ	239
46	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO DE PIELOPLASTIA JAVIER GOMARIZ SORIA, MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO, FATIMA PANADERO MARTINEZ, ALBERTO BELMAR SEVILLA Y INMACULADA PASTOR MARTINEZ	243
47	EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS DESDE EL ENFOQUE DE ENFERMERÍA JAVIER GOMARIZ SORIA, MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO, FATIMA PANADERO MARTINEZ, ALBERTO BELMAR SEVILLA Y INMACULADA PASTOR MARTINEZ	247

48	EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN EL MANEJO DE QUEMADURAS QUÍMICAS DARÍO BARROSO ROZANO, ÁNGELA CANTOS ACALE Y MANUEL MARTÍN MARCELO	251
49	EXPLORACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ORIENTADOS AL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA PATRICIA GONZALEZ GRANDE, CARLOS CUENCA NAVARRO, ISABEL ILLANA LÓPEZ, JOSE LUIS REGIDOR BUSTOS Y YOLANDA DÍAZ HERRERA	255
50	ENFOQUE HOLÍSTICO DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MANEJO DE CRISIS ASMÁTICAS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ISABEL ILLANA LÓPEZ, JOSE LUIS REGIDOR BUSTOS, YOLANDA DÍAZ HERRERA, PATRICIA GONZALEZ GRANDE Y CARLOS CUENCA NAVARRO	261
51	EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO LEYRE ALDUNATE CIA, ALICIA GARRON RODRIGUEZ, PAULA MENDIOROZ INDURAIN, PATRICIA DÍAZ LABIANO Y SANDRA DEL VILLAR ARISTU	267
52	ESTRATEGIAS DE SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA PILAR CUADROS FRAILE, NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ, M ^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA Y ANAMARIA SORINA BIRLE	273
53	EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PUNCIÓN VENOSA ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO, MARTA SANZ MANZANARES, MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS Y ELISABETH DONAIRE DONAIRE	277

54	ENFERMERÍA ANTE EL USO Y BENEFICIOS DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA EN LOS PACIENTES PALIATIVOS ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO, MARTA SANZ MANZANARES, MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS Y ELISABETH DONAIRE DONAIRE	281
55	ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE SONDADO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO, MARTA SANZ MANZANARES, MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS, ELISABETH DONAIRE DONAIRE Y ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ	285
56	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR INFORMAL DE UN FAMILIAR EN CUIDADOS PALIATIVOS PAULA MENDIOROZ INDURAIN, SANDRA DEL VILLAR ARISTU Y ALICIA GARRON RODRIGUEZ	289
57	EFFECTIVIDAD DE PROGRAMAS EDUCACIONALES PARA PADRES DE BEBÉS PREMATUROS ALBA BOTIJA ADRIÁN	299
58	INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ASMA INFANTIL ANAMARIA SORINA BIRLE, M ^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA, PILAR CUADROS FRAILE Y NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ	303
59	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS SARA CANO VILLARRUBIA, NATALIA DÍAZ-DELGADO MANZANO, MARIA ISABEL GARCÍA-CASTRO CANO, MARÍA INMACULADA BLANCO GOMEZ Y FRANCISCA ALARCÓN ALÉN	307
60	MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA Y LA PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA INMACULADA BLANCO GOMEZ, SARA CANO VILLARRUBIA, NATALIA DÍAZ-DELGADO MANZANO, MARIA ISABEL GARCÍA-CASTRO CANO Y FRANCISCA ALARCÓN ALÉN	311

61	PRIMEROS AUXILIOS ANA ISABEL CASTIELLO GONZALEZ	315
62	ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS PACIENTES TERMINALES DESDE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) GRACIELA FERNÁNDEZ HIDALGO	321
63	EL PAPEL CRUCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOS: COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES MARTA CANO ATENCIA, HIGINIO MORENO MARTÍN, LOURDES RULLO SANCHEZ, MARIA SOLEDAD MICHA NSA Y CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ	325
64	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO HOSPITALARIO TERESA LORENTE PEREZ	331
65	EL LAVADO DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO: ¿CUÁLES SON LOS MOMENTOS CLAVE PARA LLEVARLO A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA? ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE	335
66	GUÍA PARA LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE SONDA NASOGÁSTRICA: PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARTA CANO ATENCIA, CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ, MARIA SOLEDAD MICHA NSA, LOURDES RULLO SANCHEZ Y HIGINIO MORENO MARTÍN	339
67	PROMOCIÓN DE LA SALUD INFANTIL: EL ROL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARTA CANO ATENCIA, CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ, MARIA SOLEDAD MICHA NSA, LOURDES RULLO SANCHEZ Y HIGINIO MORENO MARTÍN	343
68	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ENFERMO TERMINAL MARÍA CRISTINA GARCÍA FUERTES	347

- 69 EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA FARMACIA DE PLANTA HOSPITALARIA
SOLEDAD POBLETE GARCIA, SUSANA GONZALEZ VALVERDE, NEREA CAYERO GONZÁLEZ Y SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ 351
- 70 ESPECIALIZACIÓN Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA: ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PACIENTES DEPENDIENTES
SOLEDAD POBLETE GARCIA, SUSANA GONZALEZ VALVERDE, NEREA CAYERO GONZÁLEZ Y SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ 355
- 71 APOYO VITAL Y COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA ANTE EMERGENCIAS
SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ, SUSANA GONZALEZ VALVERDE, NEREA CAYERO GONZÁLEZ, SOLEDAD POBLETE GARCIA Y LUISA ROMERA DURAN 359
- 72 EL ROL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PALIATIVA HOSPITALARIA: ENTRE EL APOYO Y LA COLABORACIÓN
SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ, SUSANA GONZALEZ VALVERDE, NEREA CAYERO GONZÁLEZ, SOLEDAD POBLETE GARCIA Y LUISA ROMERA DURAN 363
- 73 EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES DE SALUD MENTAL: UNA PERSPECTIVA DE APOYO Y COLABORACIÓN
SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ, SUSANA GONZALEZ VALVERDE, NEREA CAYERO GONZÁLEZ, SOLEDAD POBLETE GARCIA Y LUISA ROMERA DURAN 367

- 74 **EL ROL ESENCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECEPCIÓN Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MONICA VALDEPEÑAS GALAN, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA, MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA Y CLARA ROMÁN MENCHÉN 371
- 75 **LA ESENCIAL CONTRIBUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN LA GESTIÓN DE DATOS MÉDICOS Y ASISTENCIALES**
MONICA VALDEPEÑAS GALAN, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA, MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA Y CLARA ROMÁN MENCHÉN 375
- 76 **LA ESENCIAL PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN REHABILITACIÓN: ASISTENCIA EN TERAPIAS DE CALOR POR PARAFINA Y ESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA**
MONICA VALDEPEÑAS GALAN, VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA, VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA, MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA Y CLARA ROMÁN MENCHÉN 379
- 77 **ASISTENCIA EN PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS: FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SARAI CAÑADAS MERLO, MARIA CRISTINA ESPINOSA DIAZ, MARIA DEL PILAR SANZ MORENO, LAURA BONILLA FERNANDEZ Y RAQUEL MARTÍNEZ ZAFRA 383
- 78 **LA CONTRIBUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES**
NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA, TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ, VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO Y ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO 389

- 79 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE DURANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS**
NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA, TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ, VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO Y ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO 393
- 80 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE Y CONFORT DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA, TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ, VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO Y ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO 397
- 81 COMPETENCIAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS. SUPERVISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS TÓPICOS Y MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS**
MARIA DEL PILAR SANZ MORENO, LAURA BONILLA FERNANDEZ, RAQUEL MARTÍNEZ ZAFRA, SARAI CAÑADAS MERLO Y MARIA CRISTINA ESPINOSA DIAZ 401
- 82 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**
FATIMA PEREIRO DATORRE 409
- 83 LA HIGIENE DE CABELLO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ADELA CÓRCOLES CORREDOR, MONICA FREIRE CASTILLO, MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ, PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA Y ELENA MEI MATE LÓPEZ 413
- 84 LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA**
ADELA CÓRCOLES CORREDOR, MONICA FREIRE CASTILLO, MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ, PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA Y ELENA MEI MATE LÓPEZ 417

85 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES	
MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ, PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA, ELENA MEI MATE LÓPEZ, ADELA CÓRCOLES CORREDOR Y MONICA FREIRE CASTILLO	421
86 BENEFICIOS Y PRÁCTICAS DE LOS CAMBIOS POSTURALES	
MARIA ARANZAZU PRADO CUERVO	425
87 LAS INTOXICACIONES	
ANA ISABEL CASTIELLO GONZALEZ	429
88 TURNICIDAD HORARIA NOCTURNA Y SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL	
INMACULADA GONZÁLEZ PALACIOS, YOLANDA SOLÍS BAIZÁN, TANIA FERSINI FERNÁNDEZ, MARÍA ANGELES GARCÍA ESCOSURA Y KATHERINE IVONNE VERA BELTRÁN	435
89 HUMANIZACIÓN: EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
SANTIAGO MANUEL ESCABIAS GARCÍA	441
90 NUEVOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL	
MARIELA PAREDES MELGAREJO, MARÍA BEGOÑA LUZURIAGA GARCÍA, ALEJANDRA AMELIA GARCÍA INCLÁN, MARÍA BELEN FERNÁNDEZ ALFARO Y MARÍA GLORIA GARCÍA MENÉNDEZ	445
91 CUIDADOS Y PREVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
MARÍA GABRIELA SALGADO POSLIGUA	449
92 ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO DEL MEDIO HOSPITALARIO	
MARIA DEL CARMEN ARIAS SUAREZ	453

93	REHABILITACIÓN TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR LAURA GANDARILLAS CUELLAR	457
94	INTERVENCIONES CON PLATAFORMA WII BALANCE BOARD ® EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL EN NEUROREHABILITACIÓN MARÍA SUAREZ ARCOS	461
95	TERAPIA MIOFASCIAL: ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO AVANZADO DE LA DISFUNCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO NURIA OVIEDO ULLA Y VERÓNICA MONTES VILLAR	467
96	EL ODONTOESTOMATÓLOGO Y LA CARIOLOGÍA CLÍNICA AVANZADA LORENZO ROMERA MORCILLO, SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ, PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA, MARIA TORIJA RODRIGUEZ Y MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ	473
97	TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTOESTOMATÓLOGO LORENZO ROMERA MORCILLO, SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ, PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA, MARIA TORIJA RODRIGUEZ Y MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ	477
98	EL ODONTOESTOMATÓLOGO Y LOS EFECTOS DE LOS GELES DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN LA CICATRIZACIÓN ORAL LORENZO ROMERA MORCILLO, SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ, PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA, MARIA TORIJA RODRIGUEZ Y MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ	481
99	PRUEBAS RADIODIAGNÓSTICAS EN LINFOMA INGUINAL BLANCA GUTIÉRREZ MORAL, ANTONIO CONTRERAS DÍAZ Y ANGELA PEDRAJAS MUÑOZ	485
100	PRINCIPIOS DE RESONANCIA, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y MAMOGRAFÍA BLANCA GUTIÉRREZ MORAL, ANGELA PEDRAJAS MUÑOZ Y ANTONIO CONTRERAS DÍAZ	489

101 OBTENCIÓN, PROCESAMIENTO Y RESULTADO DE HEMOCULTIVOS EN EL LABORATORIO INCA RODRIGUEZ BORRALLO, JESÚS MANUEL VEGA RUBIO, FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO Y SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ	493
102 ANTIBIOGRAMA: PRUEBA DE LABORATORIO INCA RODRIGUEZ BORRALLO, JESÚS MANUEL VEGA RUBIO, FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO Y SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ	497
103 DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE TOBILLO MAITE MENA MAYAYO	501
104 RESIDUOS SANITARIOS PARA TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO. VIRGINIA PEÑASCO SANCHEZ	505
105 RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA PATRICIA OCHOA PÉREZ, YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO, YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI, ALBA GOMOLLÓN GARZÓN Y MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL	511
106 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE LOS RAYOS X EN EL EMBARAZO HUGO COLLADO LÓPEZ	517
107 MICOSIS CUTÁNEAS, SUBCUTÁNEAS, SISTÉMICAS Y OPORTUNISTAS EN EL LABORATORIO INCA RODRIGUEZ BORRALLO, FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO, JESÚS MANUEL VEGA RUBIO Y SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ	521
108 BRONQUIOLITIS AGUDA: DESARROLLO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN MARÍA DE LOS ÁNGELES VIANA DURÁN	527
109 REHABILITACIÓN DE LA MANO Y MUÑECA POST-QUIRÚRGICA: TERAPIA INTEGRAL POR PARTE DE UN FISIOTERAPEUTA VERÓNICA MONTES VILLAR Y NURIA OVIEDO ULLA	531

110 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UN RIESGO EN EL EMBARAZO MARÍA DE LOS ÁNGELES VIANA DURÁN	537
111 EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SILVIA CAÑIZARES MARTIN, JENIFER CONDE VALENCIA, LOURDES SERRANO TOLEDANO, DANIEL NAVARRO SANCHEZ Y JORGE SÁNCHEZ BALBÁS	541
112 EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL SCREENING DE MAMA RAQUEL MUÑOZ SALINAS, REBECA RAMOS BRASERO, VIRGINIA MUÑOZ ROMERO, VANESA MULA PÉREZ Y NOEMÍ MOYA MASÓ	545
113 EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR REBECA RAMOS BRASERO, VIRGINIA MUÑOZ ROMERO, VANESA MULA PÉREZ, NOEMÍ MOYA MASÓ Y RAQUEL MUÑOZ SALINAS	549
114 RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO. EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO VIRGINIA MUÑOZ ROMERO, VANESA MULA PÉREZ, NOEMÍ MOYA MASÓ, RAQUEL MUÑOZ SALINAS Y REBECA RAMOS BRASERO	553
115 BIOPSIA GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO LOURDES SERRANO TOLEDANO, DANIEL NAVARRO SANCHEZ, JORGE SÁNCHEZ BALBÁS, SILVIA CAÑIZARES MARTIN Y JENIFER CONDE VALENCIA	557
116 EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE CODO NOEMÍ MOYA MASÓ, RAQUEL MUÑOZ SALINAS, REBECA RAMOS BRASERO, VIRGINIA MUÑOZ ROMERO Y VANESA MULA PÉREZ	561

117	LA IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA JENIFER CONDE VALENCIA, LOURDES SERRANO TOLEDANO, DANIEL NAVARRO SANCHEZ, JORGE SÁNCHEZ BALBÁS Y SILVIA CAÑIZARES MARTIN	565
118	EXPLORANDO LA BRONQUITIS OBLITERANTE: UNA PERSPECTIVA INTEGRAL DESDE LA PRÁCTICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA JENNIFER GALÁN MUÑOZ	569
119	BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL TANIA GONZÁLEZ RAMÍREZ, DESIRÉE ESCANDON JUNCO, MARÍA GORETTI GUTIERREZ GARCÍA, ANA MARÍA SUAREZ PAMPIN Y ANA ISABEL RIOL ÁLVAREZ	575
120	LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SESPA (SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS) Y EL SÍNDROME DE BURNOUT LORENA FERNANDEZ IGLESIAS	581
121	LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURAS (SESPA) Y LOS PROBLEMAS DE TÚNEL CARPIANO LORENA FERNANDEZ IGLESIAS	585
122	EL PAPEL ESTRATÉGICO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO ANGELA CAMPOS GONZALEZ, MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA, VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO, RAMÓN CAÑAS BENITO Y JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO	589
123	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL CENTER ANGELA CAMPOS GONZALEZ, MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA, VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO, RAMÓN CAÑAS BENITO Y JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO	593

124 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ANGELA CAMPOS GONZALEZ, MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA, VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO, RAMÓN CAÑAS BENITO Y JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO	597
125 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS MARÍA JOSE COSIN PALOMARES, MERCEDES ROMAN PALOMARES Y MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ	601
126 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA ÓPTIMA ATENCIÓN AL PACIENTE MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ, MERCEDES ROMAN PALOMARES Y MARÍA JOSE COSIN PALOMARES	607
127 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES DE COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS EN UN HOSPITAL MERCEDES ROMAN PALOMARES, MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ Y MARÍA JOSE COSIN PALOMARES	613
128 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DIEGO TEJADO CASTELLANOS, JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO, LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS, PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO Y LAURA MARIA LOPEZ ARENAS	619
129 LA LABOR DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL, FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DIEGO TEJADO CASTELLANOS, JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO, LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS, PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO Y LAURA MARIA LOPEZ ARENAS	623
130 EL TRABAJO Y LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DIEGO TEJADO CASTELLANOS, JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO, LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS, PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO Y LAURA MARIA LOPEZ ARENAS	627

- 131 EL ARTE DEL EMPLATADO: IMPACTO Y RELEVANCIA DEL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA EN LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA**
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS Y MARIA DOLORES ALFARO CUERDA 631
- 132 LA CULMINACIÓN DEL SABOR SALUDABLE: PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y ALIMENTOS DE QUINTA GAMA**
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS Y MARIA DOLORES ALFARO CUERDA 635
- 133 NUTRICIÓN RENAL EN LA COCINA: GUÍA PARA EL PINCHE Y DIETAS PARA PACIENTES EN DIÁLISIS**
CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ, BÁRBARA MUÑOZ PALOMO, MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS Y MARIA DOLORES ALFARO CUERDA 639
- 134 EL CELADOR Y LOS TRABAJOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE LENCERÍA DE LOS HOSPITALES**
PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS, DANIEL NAVAL CARO, MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO Y ROSA MORENO GONZÁLEZ 645
- 135 EL CELADOR Y LOS TRABAJOS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS HOSPITALES**
PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS, MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO, ROSA MORENO GONZÁLEZ Y DANIEL NAVAL CARO 649
- 136 EL TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS DE RAYOS X POR LOS CELADORES**
PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS, MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO, ROSA MORENO GONZÁLEZ Y DANIEL NAVAL CARO 653

137	LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA Y LA NUTRICIÓN RESPONSABLE POR PARTE DE LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA	657
	SANDALIO SOLER DOCON, JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, M LUISA GALLEGO REY, JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS Y ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ	
138	EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA.	663
	SANDALIO SOLER DOCON, JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, M LUISA GALLEGO REY, JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS Y ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ	
139	PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS	669
	SANDALIO SOLER DOCON, JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, M LUISA GALLEGO REY, JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS Y ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ	
140	FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITAL	673
	PEDRO VILLORA OLMO, MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA, ESTELA ABÁNADES GAMO, ADRIAN BLAZQUEZ GAMO Y JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ	
141	EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	677
	PEDRO VILLORA OLMO, MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA, ESTELA ABÁNADES GAMO, ADRIAN BLAZQUEZ GAMO Y JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ	
142	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL DOLOR	681
	PEDRO VILLORA OLMO, MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA, ESTELA ABÁNADES GAMO, ADRIAN BLAZQUEZ GAMO Y JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ	
143	EL CELADOR DE ACOGIDA	685
	MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ, ANA MARÍA SOBRINO GIL, ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO Y MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA	

144 CUIDADOS Y MONITORIZACIÓN EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO: PAPEL DEL CELADOR	
MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ, ANA MARÍA SOBRINO GIL, ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO Y MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA	689
145 LA TAREA DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ, ANA MARÍA SOBRINO GIL, ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ, MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO Y MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA	693
146 MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA DE CÁMARAS FRIGORÍFICAS: LA ESENCIA DEL ROL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA	
DIANA LEMUS BENITO, PABLO DEL PINO RODRIGO, ANA BELÉN DE TORRES COLLADO, MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ Y MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA	697
147 LA CRUCIAL COORDINACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: GARANTIZANDO DIETAS ADECUADAS Y SERVICIO ORGANIZADO	
DIANA LEMUS BENITO, PABLO DEL PINO RODRIGO, ANA BELÉN DE TORRES COLLADO, MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ Y MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA	701
148 DINÁMICA Y EFICIENCIA EN LA LOGÍSTICA DE BANDEJAS DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: EL ROL ESPECÍFICO DEL PINCHE DE COCINA	
DIANA LEMUS BENITO, PABLO DEL PINO RODRIGO, ANA BELÉN DE TORRES COLLADO, MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ Y MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA	705
149 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ, MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO Y MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO	709

150 COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	
PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ, MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO Y MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO	713
151 RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELACIONADAS CON LA CIBERSEGURIDAD	
PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ, MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO Y MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO	717
152 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LOS TIPOS DE INGRESOS HOSPITALARIOS DEL PACIENTE	
MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ, MARIA VELA GRAO, ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ, ANA ISABEL BLANCO SAURA Y ANTONIO GARCIA ANDUJAR	721
153 EL TRABAJO DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE PSIQUIATRÍA	
MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ, MARIA VELA GRAO, ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ, ANA ISABEL BLANCO SAURA Y ANTONIO GARCIA ANDUJAR	725
154 EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DEL PACIENTE ENCAMADO	
MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ, MARIA VELA GRAO, ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ Y ANA ISABEL BLANCO SAURA	729
155 LOS CELADORES Y SU AYUDA EN LOS ASEOS DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
ANA MURCIA CEBRIAN, MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA, FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO, IVÁN SERRANO CERRO Y SEBASTIAN JURADO ZAPATA	733

156 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LA SILLA DE RUEDAS EN TRANSPORTE DE PACIENTES FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO, IVÁN SERRANO CERRO, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, ANA MURCIA CEBRIAN Y MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA	737
157 LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN EL ÁREA QUIRURGICA HOSPITALARIA MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, SILVIA ROLDÁN MARTINEZ, JOSE CABAÑAS BORRERO, JORGE PEREZ MARTINEZ Y JORGE LOPEZ AGEA	741
158 EL PAPEL DE UN CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, SILVIA ROLDÁN MARTINEZ, JOSE CABAÑAS BORRERO, JORGE PEREZ MARTINEZ Y JORGE LOPEZ AGEA	745
159 EL CELADOR Y SU PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE LABORATORIO HOSPITALARIO MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, SILVIA ROLDÁN MARTINEZ, JOSE CABAÑAS BORRERO, JORGE PEREZ MARTINEZ Y JORGE LOPEZ AGEA	749
160 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN ALMACÉN ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ, MARÍA TERESA EXOJOS VELA Y CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO	753
161 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO, MARÍA TERESA EXOJOS VELA Y ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ	759
162 EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN Y APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA SANITARIA FRANCISCO DEL CID DÍAZ, MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ, MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC Y ROMINA MONICA TINCA	763

163	LA ATENCIÓN TELEFÓNICA CON PACIENTES SANITARIOS Y EL DESARROLLO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO FRANCISCO DEL CID DÍAZ, ROMINA MONICA TINCA, SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC, MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ Y MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ	767
164	EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA FRANCISCO DEL CID DÍAZ, MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ, MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ, ROMINA MONICA TINCA Y SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC	773
165	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN MARÍA TERESA EXOJOS VELA, ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ Y CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO	779
166	EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA Y EL TRASLADO DE NEONATOS FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO, IVÁN SERRANO CERRO, SEBASTIAN JURADO ZAPATA, ANA MURCIA CEBRIAN Y MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA	783
167	CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA ANGEL ROSENDO ALBA TRABADELO	787
168	AUMENTO DEL COSTE HOSPITALARIO POR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA, MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ, JENNIFER MARÍA DÍAZ RODRÍGUEZ, ESTHER HORTENSIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ Y DEVORA EXPÓSITO MÁRQUEZ	791
169	FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DE LOS CENTROS SANITARIOS JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL, YOLANDA CASAS ALCÁZAR, ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS, TOMÁS MAYORGA GUIJARRO Y JORGE VERA ARAGONÉS	803

170 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL, YOLANDA CASAS ALCÁZAR, ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS, JORGE VERA ARAGONÉS Y TOMÁS MAYORGA GUIJARRO	807
171 ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL CELADOR EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS DE ALTO RIESGO DE CONTAGIO M ANGELES CARMONA LEON, EMILIO PASCUAL DELICADO PÉREZ, JUAN GABRIEL FERNÁNDEZ FELICIANO, ROCIO FERNANDEZ NAVAS Y LAURA GARCÍA MEANA	811
172 IMPACTO DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES: ADAPTACIÓN DE PROTOCOLOS Y EQUIPOS JUAN GABRIEL FERNÁNDEZ FELICIANO, ROCIO FERNANDEZ NAVAS, LAURA GARCÍA MEANA, M ANGELES CARMONA LEON Y EMILIO PASCUAL DELICADO PÉREZ	819
173 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL, YOLANDA CASAS ALCÁZAR, ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS, JORGE VERA ARAGONÉS Y TOMÁS MAYORGA GUIJARRO	825
174 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA JAIME PALACIO PRESA	829
175 OPTIMIZACIÓN DE LA REPOSICIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DEL CELADOR EN ÁREAS DE RIESGO ELEVADO: ESTRATEGIAS Y CONSIDERACIONES ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA, ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO Y KHADIJA ALAOUI EL HABIB	833

- 176 MAXIMIZACIÓN DE RECURSOS Y EFICIENCIA EN EL TRASLADO DE PACIENTES: IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA CELADORES EN ÁREAS DE ALTA CIRCULACIÓN
MANUELA CANO MARTIN, MARIA ELENA MARTINEZ ESPARZA Y MERCEDES PASCUAL ANDREU 839
- 177 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE REGISTRO Y CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS ESPECIALES PARA PACIENTES A TRAVÉS DEL CELADOR: UN ENFOQUE INTEGRAL
ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO, KHADIJA ALAOU EL HABIB Y ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA 845
- 178 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE ROPA HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE INTERNAMIENTO A TRAVÉS DE LA FUNCIÓN DEL CELADOR
KHADIJA ALAOU EL HABIB, ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA Y ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO 851
- 179 OPTIMIZACIÓN DEL ROL DEL CELADOR EN LA APLICACIÓN SEGURA Y EFICAZ DE DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN Y SUJECIÓN EN PACIENTES
JUANA VILCHEZ CRUZ, INMACULADA RUBIO VENCESLA, RAFAEL ARMENTEROS CHICA, PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS Y YOLANDA LIÉBANAS IBAÑEZ 857
- 180 EL ROL DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE SALAS Y EQUIPOS PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN: GARANTE DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD SANITARIA
INMACULADA RUBIO VENCESLA, RAFAEL ARMENTEROS CHICA, PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS, YOLANDA LIÉBANAS IBAÑEZ Y JUANA VILCHEZ CRUZ 863
- 181 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN LOGÍSTICA Y COORDINACIÓN DEL TRASLADO Y ALMACENAMIENTO DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTES POR PARTE DEL CELADOR: UNA PERSPECTIVA INTEGRAL
PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS, YOLANDA LIÉBANAS IBAÑEZ, JUANA VILCHEZ CRUZ, INMACULADA RUBIO VENCESLA Y RAFAEL ARMENTEROS CHICA 869

- 182 EL ROL DEL LOGOPEDA DENTRO DE LA UNIDAD DE PEDIATRÍA
EN LA ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO CON
DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN**
ALBA M^a RIVAS AGUILERA, ALBA SAIDA GARCIA NEGRO Y ROCÍO
LÓPEZ GUTIÉRREZ 875
- 183 LAS FUNCIONES QUE EL CELADOR DEBE REALIZAR EN EL ÁREA
DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ, LLANOS BETETA MARTINEZ Y
ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA 879
- 184 LAS FUNCIONES QUE EL CELADOR DEBE CONOCER A LA HORA
DE TRABAJAR EN LA PLANTA HOSPITALARIA DE GERIATRÍA**
LLANOS BETETA MARTINEZ, ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA Y
JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ 883
- 185 EL CELADOR Y LOS DIFERENTES MEDIOS MECÁNICOS CON LOS
QUE CUENTA A LA HORA DE LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO
DE PACIENTES**
ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA, JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ
Y LLANOS BETETA MARTINEZ 887
- 186 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS
FARMACÉUTICOS: PROTOCOLOS DE MANIPULACIÓN Y
ELIMINACIÓN APLICADOS POR PROFESIONALES CELADORES EN
CONSONANCIA CON NORMATIVAS SANITARIAS**
YESICA MIRANDA DÍAZ, MARIA TERESA ALAMILLO GARCIA,
JESÚS RODRIGUEZ GARCIA, MARÍA JESÚS RAMOS COLLADO Y
LAURA SÁNCHEZ BARRAJON 891
- 187 OPTIMIZACIÓN DEL ROL DEL CELADOR EN LA RESPUESTA
INMEDIATA Y EFICIENTE ANTE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y
COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS: GARANTIZANDO UNA
ASISTENCIA ÁGIL Y CUIDADOSA**
JESÚS RODRIGUEZ GARCIA, MARÍA JESÚS RAMOS COLLADO,
LAURA SÁNCHEZ BARRAJON, YESICA MIRANDA DÍAZ Y MARIA
TERESA ALAMILLO GARCIA 897

188 LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL
RAÚL GONZÁLEZ BUSTAMANTE Y MARÍA DEL CARMEN REINA
GAMERO

903

Capítulo 1

ESTUDIO DEL GASTO ECONÓMICO DEL 2002 AL 2016 DE LA FARMACIA AMBULATORIA

MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

TAMARA HIDALGO MUÑOZ

HARIDIAN ESPINOSA GONZÁLEZ

IDAIRA MEDINA MARTÍN

ANTONIO MANUEL RODRIGUEZ VARGAS

1 Introducción

La palabra “farmacia” proviene del vocablo griego pharmakon (remedio). El deseo de curar una enfermedad ha existido desde los principios de la humanidad, incluso mucho antes de la aparición de este término. La utilización de sustancias medicamentosas como herramienta principal para el progreso y el desarrollo de las civilizaciones han permitido combatir la enfermedad, aumentar la calidad de vida de las personas, su bienestar y su salud (1).

Los dos ejes principales de la Historia de la Farmacia son, primeramente, los medicamentos y, por otro lado, los profesionales. El farmacéutico “es el especialista del medicamento en todas sus vertientes” (1).

Antes de la aparición de los medicamentos, la manera utilizada para tratar los problemas de salud se centró en lo que la naturaleza ofrecía, siendo los precursores de los farmacéuticos los magos o hechiceros (1).

Aunque se produjo un gran desarrollo en las civilizaciones antiguas, no fue hasta el mundo clásico cuando se empezó a tener una visión más racional del mundo. Ya en el siglo II Galeno, el que se puede considerar padre de la Farmacia postuló: "para comprender la acción terapéutica de los medicamentos es necesario estudiar no sólo la cualidad de estos, sino que también es necesario conocer la cantidad necesaria que debe administrarse, el modo correcto de preparación y administración de las formas de dosificación y la adecuada duración de la aplicación"(1).

En la Edad Media la preocupación se dirigía hacia la relación existente entre la forma de administrar y el modo de acción de los medicamentos. Ya en el Renacimiento aparecen los primeros herbarios impresos. En 1498 se publicó el "Recetario florentino", que es considerado la primera farmacopea del mundo, que contiene en su interior las fórmulas de medicamentos utilizadas en ese entonces (1).

Durante el siglo XVII empezó la revolución intelectual que culminó en el siglo XVIII. En el ámbito de la farmacia surgió un primer texto denominado ya como "farmacopea", la Pharmacopea catalana, dirigida a profesionales farmacéuticos. Durante esta época las farmacopeas se convirtieron en el símbolo de la intervención para la protección de la salud pública por parte de los gobiernos. En este siglo también, fue Felipe IV quien otorgara una Real Cédula en la que declaraba la farmacia como "arte científica"; los boticarios por fin dejaron de ser artesanos. Pero no fue hasta el siglo XVIII cuando se asentaron las bases científicas de la Farmacia que se entiende hoy (1).

El siglo XIX fue una época de gran desarrollo científico y tecnológico, teniendo un impacto relevante en el campo farmacéutico. Se evolucionó en la química, profundizándose en el mundo del análisis y conocimientos de los principios activos. Posteriormente, se comenzaron a producir fármacos de origen sintético, lo que obligó un cambio radical en la actividad del farmacéutico (1).

La industrialización del sector farmacéutico durante el siglo XX promovió la división entre la fabricación, la distribución y dispensación de medicamentos (1).

La profesión farmacéutica ha evolucionado constantemente a medida que se han producido cambios en la medicina, el conocimiento, la ciencia y el comercio. Ya en el siglo XXI se puede decir que son numerosas las contribuciones que tienen en la protección de la salud y la lucha contra la enfermedad. Además, de la actuación a un nivel asistencial que corresponde a los farmacéuticos comunitarios y servicios de farmacia hospitalaria, como también su implicación en la distribución de medicamentos, docencia e investigación (1).

En España, la farmacia comunitaria es también denominada oficina de farmacia

que se entiende como “un establecimiento sanitario privado de interés público, definido expresamente por las leyes estatales y autonómicas, donde los farmacéuticos participan en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de una dispensación informada al paciente velando por el cumplimiento de las pautas establecidas por el profesional responsable de la prescripción” (2,3).

A finales de 2012, hay constancia de que el 99% de la población española cuenta con una farmacia comunitaria en su lugar de residencia. De esta manera, las farmacias comunitarias son en gran parte de tradición familiar que han sido heredadas de generación en generación, las cuales están insertadas dentro de las redes comerciales de los barrios y pueblos. Su distribución se establece en función de los módulos geográficos, poblacionales y distancias, siguiendo el modelo de ordenación farmacéutica española, así como teniendo en cuentas las características particulares de cada CCAA que han establecido en su ámbito territorial (2).

Todo esto ha facilitado que la población vea a las farmacias comunitarias como un lugar cercano (2).

Hay que destacar que, en la media española, el 35% de la población consume medicamentos a diario (crónicos), y el otro 7% tiene tratamiento médico regular. Junto con esto y que, en los últimos años, tras la implantación del sistema de receta electrónica, la visita al médico se ha espaciado, lo que deriva en que estas personas acuden con mayor frecuencia a la farmacia que al médico. Por lo que se puede señalar, que las farmacias comunitarias realizan un rol asistencial fundamental en la atención a la salud (2).

Con respecto al marco legislativo, la profesión de farmacéuticos es una de las profesiones con mayor presencia de colegiados después de enfermeros y médicos, existiendo 22.046 farmacias comunitarias en España en 2017 (4). Todas las farmacias comunitarias son reguladas primero por la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia 5 y posteriormente por la Ley 29/2006 de 27 de Julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios por la que actualmente todas las oficinas de farmacia se rigen. Una de las principales diferencias que tiene esta ley con la Ley del 1997, es que viene a refrendar el actual modelo de farmacia.

Por otro lado, cada Comunidad Autónoma tiene su propia legislación autonómica acerca de las oficinas de farmacias. Canarias cuanta, con 2.905 colegiados, repartidos en Las Palmas que cuenta con 1158 colegiados y en Santa Cruz de Tenerife con 1747 (4). La Ley 4/2005, de 13 de Julio, Ordenación Farmacéutica de Canarias (7), donde destacan el artículo 22 de la sección 3: “Las oficinas de farmacia de nueva instalación deberán guardar una distancia mínima de 250 metros

con respecto a otras oficinas de farmacia y a los centros asistenciales públicos en funcionamiento o cuya instalación se encuentra aprobada por el órgano competente de la Administración sanitaria” (5). Las infracciones de los preceptos de la presente Ley serán objetivo de sanciones administrativas, previa instrucción del oportuno expediente, y sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que puedan concurrir según el artículo 82 del capítulo infracciones. (8).

2 Objetivos

- Conocer el contexto histórico de la farmacia comunitaria.
- Describir el marco legal por el cual se rige la farmacia comunitaria, también conocidas como oficinas de farmacia.
- Analizar el gasto per cápita de las farmacias comunitarias entre los años 2002 y 2016.
- Estudiar el gasto per cápita farmacéutico en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, País vasco y Cataluña, entre los años 2002 y 2016.

3 Metodología

Para el desarrollo del ensayo se ha realizado una búsqueda bibliográfica a partir de los años 2007 hasta la actualidad. Utilizando como palabras claves “farmacia comunitaria”; “gasto farmacéutico”; “oficinas de farmacia”; con el objetivo de conseguir tanto artículos en español como en inglés sobre el tema a tratar. Los principales buscadores consultados han sido: Google Scholar, Dialnet, etc., seleccionando un total de 12 artículos. Como criterio de exclusión se ha desechado aquellos documentos que no tuvieran correlación con los objetivos planteados. En este documento, se aborda también el gasto farmacéutico, es decir, el dinero que se invierte en la venta de fármacos en España. Además, se analizan los diferentes valores de gasto farmacéutico que existe en las distintas Comunidades Autónomas, en concreto de las comunidades de Andalucía, País Vasco, Cataluña y Canarias durante el mes de julio de los años: 2002, 2009, 2012, 2013 y 2016; mediante un análisis de los datos obtenidos.

4 Resultados

GASTO ECONÓMICO DE LAS FARMACIAS: ESPAÑA

Para el análisis económico del gasto de farmacias comunitarias en España a lo largo del tiempo, se han tomado los datos de gastos de farmacia comunitaria obtenidos de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (9), así mismo, se tomó el número de habitantes empadronados en España a lo largo de los años, que la web del Instituto Nacional de Estadística ofrece (10). Estos datos se han dividido para calcular el gasto per cápita que es definido por la RAE como: “por cabeza, por cada individuo” (9). Por tanto, este gasto es el que se tiene por cada individuo de la población al año.

Además, hay que señalar que para realizar la operación matemática se han utilizado los mismos años del gasto farmacéutico estatal que para el número de habitantes. Se ha utilizado la fórmula del gasto per cápita para conocer cuánto dinero se gastó el estado al año por cada persona. El gasto farmacéutico al estar en miles de euros, a la hora de calcular el gasto per cápita es necesario que el resultado sea multiplicado por mil, para así obtener el gasto per cápita correcto. el gasto per cápita en el 2002, ya que es el primer dato de gasto farmacéutico que ofrece el Ministerio de Sanidad, el gasto de este año es de 0.68 céntimos por persona. El siguiente año analizado es en 2009 que es un año después del comienzo de la crisis económica en España, en el 2009 el gasto es de casi un euro por persona, exactamente de 0.93 céntimos por habitante español.

Durante el 2012, España aún seguía sumergida en plena crisis y su gasto por persona en farmacia comunitaria bajo respecto al anterior año, siendo este de 0.85 céntimos, durante ese mismo año se aprueba el “Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril”, donde destaca entre otras reformas el conocido copago farmacéutico, cuya finalidad principal era obtener un efectivo ahorro para las arcas públicas. Tras el impacto del copago farmacéutico al siguiente año, el 2013, el gasto per cápita es de 0.84 céntimos, se consigue una pequeña reducción, sin embargo, los últimos datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad son del 2016, habiendo calculado el gasto per cápita se obtiene que el estado gasta en cada persona 1.13 euros por persona.

GASTO ECONÓMICO DE LAS FARMACÉUTICAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Para el análisis económico de las farmacias comunitarias de las Comunidades Autónomas se han tomado los datos de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 11 y se ha dividido por número de habitantes que vivían en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, País Vasco y Cataluña, en sus respectivos años. Estos datos se han consultado en la página web del Instituto Nacional de Estadística (12). Además, hay que señalar que se

han utilizado los mismos años de estudio que para el análisis del gasto estatal. Se ha utilizado la fórmula del gasto per cápita para conocer cuánto dinero se gastó cada Comunidad Autónoma al año por cada persona.

La evolución del gasto farmacéutico en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, País vasco y Cataluña. Es destacable que el gasto en estas comunidades es bastante parecido, aunque en el 2009 es donde mayor gasto se produjo, año en el que comienza a agudizarse la crisis económica en España. Ya en años posteriores se han vuelto a recuperar los datos de gasto previos a la crisis económica, es decir, la existencia del copago se hace notar en esta gráfica.

En cuanto a comunidades, se observa que el País Vasco gasta más dinero per cápita, aunque en el año 2009 y 2016 estuvo muy igualado a Canarias. Mientras que en el año 2013 fueron País Vasco y Andalucía los que más cerca estuvieron entre sí. Por último, cabe destacar que País Vasco durante el 2012 fue la que más gastó con diferencia entre las Comunidades elegidas a estudiar.

5 Discusión-Conclusión

Las farmacias comunitarias han existido durante siglos y han evolucionado a lo largo de los años debido a las necesidades de la sociedad, siendo ahora empresas privadas que se rigen por un marco legislativo concreto.

Dado estos datos se han decidido hacer un estudio cuantitativo sobre el gasto económico farmacéutico que se ha producido en nuestro país. Obteniéndose los siguientes resultados:

- El mayor gasto farmacéutico a nivel estatal se produjo en el año 2016, siendo de 1,13€ por persona.
- En la comparativa de las Comunidades Autónomas destaca que en el año 2016 el gasto per cápita es casi igual entre Canarias y Cataluña, siendo la población en este año de 2.142.250 personas en Canarias y 7.522.596 personas en Cataluña.
- En el año 2009 hubo un pico de gasto farmacéutico a nivel estatal, tras la implantación de la ley del Copago estos gastos se han reducido, pero no se llega a los niveles del 2002.

6 Bibliografía

1. Isla Ruiz, Arantxa. Historia de la Farmacia. Enciclopedia Auñamendi [en línea], 2018. [Fecha de consulta: 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://aunamendi.eusko-ikaskuntza.eus/es/historia-de-la-farmacia/ar-76930/>

2. Rev., O. F. I. L. La Farmacia comunitaria: atención en salud y pluralismo asistencial. 2013, 23; 4:152-163.
3. Ma G. El rol de la farmacia comunitaria en salud pública. Farmacéuticos Comunitarios. 2018; Mar 1.
4. Farmacéuticos CG de CO de. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias. 2006; 1-51.
5. BOE. Ley 16/1997, 25 Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE. 1997; 100: 13450-2.
6. Estados J. Ley 29/2006, de 26 de Julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 2006; 1-99.
7. Gobierno PDEL, R JC. Disposiciones generales. 2005; 28898-914
8. Boletín Oficial Canarias. Disposiciones generales. 2018; (928): 35071.
9. Definición de Per cápita, RAE [en línea], 2018. [Fecha de consulta: 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id= SX4Sdtk>
10. Serie 2002-2016 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [en línea], 2018. [Fecha de consulta 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
11. Datos de población nacional, Instituto Nacional de Estadística (INE) [en línea], 2018. [Fecha de consulta 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9663&L=0>
12. Datos de población por Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Estadística (INE) [en línea], 2018. [Fecha de consulta 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9681&L=0>

Capítulo 2

ESTUDIO SOBRE PROBLEMAS MÁS RELEVANTES Y LAS PRIORIDADES MEDIANTE EL USO DE PATRONES FUNCIONALES QUE PRESENTA EL BARRIO DE SANTA MARÍA DEL MAR

IDAIRA MEDINA MARTÍN

MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA

MARTA GARCÍA HERNÁNDEZ

ANTONIO MANUEL RODRIGUEZ VARGAS

1 Introducción

La elaboración de este trabajo está destinada a la identificación, descripción y análisis de los problemas más relevantes y las prioridades que presenta el barrio de Santa María del Mar, así como el establecimiento de las características sociales, demográficas, geográficas y epidemiológicas. En cuanto a los principales indicadores demográficos, la isla de Tenerife es la más poblada del archipiélago canario y de España si la comparamos con el resto de las Islas Canarias que pertenecen a este país a fecha de 1 de enero de 2016 y según las fuentes del INE.

Cuenta con una tasa poblacional de 203585 siendo entre ellos 97229 hombres y 106356 mujeres Con respecto al municipio de Santa Cruz de Tenerife, capital de la isla, cuenta con una población total de 144577.

Entre los diversos barrios que conforman la capital isleña, se encuentra el barrio de Santa María del Mar, en el que nos centraremos en este trabajo. (5)

A mediados de la década de los años 60 del siglo XX, los primeros habitantes de Santa María del Mar empezaron a ocupar sus casas. Hospedaban un conjunto de bloques que destacaban en medio de un terreno virgen, sin infraestructuras ni servicios a muchos kilómetros a la redonda. (4) En ese entonces, aún pertenecía al municipio de El Rosario y fue en 1972 cuando se le cedió a la capital por la necesidad de expansión que esta tenía. (2) Fue en ese momento en el que dio comienzo la expansión de la capital hacia el suroeste de la ciudad, recibiendo por ello el nombre de Ciudad Satélite.

Durante su construcción, este conjunto residencial tuvo varios inconvenientes. Nació con vocación de convertirse en una ciudad satélite de capital privado y contemplaba supermercados, tiendas y otros equipamientos, pero debido a las condiciones de su entorno no salió bien la venta, por lo que se buscó la manera de entregarlas a los afiliados que contaban con un puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Determinar las distintas características demográficas, geográficas y epidemiológicas de la población de Santa María del Mar.
- Identificar las principales prioridades y problemas de salud más comunes en la población de Santa María del Mar.
- Analizar diagnósticos comunitarios según taxonomía NANDA de las principales necesidades reconocidas en la población en estudio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Santa María del Mar es un barrio que se encuentra en la Isla de Tenerife, Canarias y que se encuentra consolidado, con más de cuatro décadas de historia. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, para el año 2016 la población total del barrio fueron 1378 personas, de las cuales 659 son hombres y 719 mujeres. Comparando las cifras de los últimos 10 años, vemos que desde 2006 ha habido un descenso de 439 personas. Y que, en los últimos 5 años, aunque la cifra se mantiene, ha habido un descenso de la población. (6)

El barrio se encuentra ubicado en el distrito suroeste y se extiende a lo largo de 0.371 km². Queda delimitado al norte por la carretera de Santa María y la calle del Columbrete, al sur por el cauce del barranco de Los Pocitos, al este por la autopista del sur y al oeste por la calle el Molino.

Se comunica principalmente con la carretera General del Sur y la autopista Sur, aunque también cabe destacar la conexión con el norte de la isla por la TF2 o autovía interconexión Norte-Sur. (1)

Dispone de transporte público pero que no llega a satisfacer las necesidades de los habitantes, debido a que las líneas no entran al barrio como tal, sino que paran en las afueras. (3)

La zona suroeste la que tiene más posibilidades de crecimiento demográfico a corto plazo, algunos de sus barrios como la Gallega, Alisios o el Sobradillo han crecido bastante en pocos años, motivados por la prosperidad de las empresas establecidas en la zona y por las superficies comerciales. (1)

Según datos del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife, la población por distrito administrativo, barrios y grupo de edad, se distribuyó en Santa María del Mar en: de 0 a 5 años: 35 personas; de 6 a 17 años: 104 personas; de 18 a 64 años: 537 y de 65 años o más: 209 personas.

El nivel de estudios existente en la zona, con los resultados: doctorado: 6 personas; licenciado universitario: 18 personas; arquitecto o ingeniero técnico: 3 personas; diplomado de escuela universitaria: 13 personas; títulos de estudios superiores no universitarios: 1 persona; no hay personas con titulación de grado medio; F.P. 2º grado: 32 personas; F. P. 1º grado: 45 personas; BUP: 51 personas; E.S.O: 284 personas; enseñanza primaria: 126 personas; no aplicable por ser menores de 16 años: 137 personas; no sabe leer ni escribir: 14 personas y sin estudios: 155 personas.

En cuanto a población extranjera en la zona, vemos que apenas hay y que las registradas en la base de datos del Ayuntamiento fueron solo 6 personas (3 de nacionalidad africana y 3 de nacionalidad latinoamericana). (7)

Los profesionales sanitarios con los que cuenta este centro de: 21 médicos, 9 Pediatras, 19 Enfermeros, 8 Enfermeros de pediatría, 3 Matronas, 16 Aux. Administrativo, 7 técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería, 1 Celador, 1 Trabajador Social, 2 Dentistas y 2 higienistas dentales y SNU.

El paro registrado según sexo, edad y sector de actividad económica en enero 2017 en Municipio de Santa Cruz es de: Hombres y mujeres menores de 25 años 1412, entre 25 y 44 años 10277 y mayores de 45 años 12408 siendo los sectores más representativos, agricultura, construcción, servicios, industria y sin empleo anterior haciendo un total de 24067 personas.

La tasa Bruta de Mortalidad en la provincia de Santa Cruz de Tenerife representa 7614467 defunciones por mil habitantes, en el año 2015 según el Instituto Nacional de Estadística.

Defunciones en el municipio de Santa Cruz en el año 2015 es de 1932 personas de ambos sexos y debido a varias causas como enfermedades del sistema circulatorio, digestivo, tumores, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias etc. Siendo la principal causa de muerte los tumores (neoplasias) seguido por las enfermedades del sistema circulatorio.

También es importante destacar la prevalencia de la diabetes en la isla de Tenerife, relacionada con la obesidad. En el año 2013 en Canarias la primera causa de muerte fue la diabetes en mujeres y la tercera en hombres. Siendo las tasas de mortalidad superiores (5%) en comparación con el resto del país (3%).

Es fundamental recalcar que la obesidad representa un factor importante y predisponente para la aparición de la diabetes tipo 2.

Según el Estudio ALADINO de Canarias los datos de sobrepeso-obesidad en la población escolar de Canarias muestran una prevalencia de sobrepeso-obesidad del 44.2%.

Siendo los niños mayor en relación a las niñas, incrementándose a partir de los 7 años de edad para seguir en aumento en los años siguientes. Los factores que tienen conexión con el desarrollo de la obesidad son un mayor número de horas de ocio sedentario; menor número de horas de sueño y la existencia de menor nivel socioeconómico de la familia. Todo esto indica y representa una alarma sobre el riesgo que puede tener esta población para padecer en el futuro próximo diabetes tipo 2. (11)

Los datos recogidos por una de la matrona de la zona básica de salud de Barranco Grande en diciembre de 2015 a diciembre de 2016 serían de 202 embarazos. De los cuales 4 fueron embarazos adolescentes. Desde diciembre de 2016 hasta marzo de 2017, ha habido un total de 69 nuevos embarazos, pero ninguno de chicas

adolescentes.

Las llamadas atendidas por el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en el 112 en Tenerife en 2016 fueron de 6302.

El ayuntamiento de Santa Cruz ha iniciado el 20/03/2017 el programa “por una madurez activa” recientemente. Las sesiones son gratuitas y se desarrollarán hasta Junio. Las actividades están reservadas para mayores de 55 años y que sean residentes del municipio. Se desarrollarán actividades deportivas de manera gratuita hasta el 20 de junio de 2017 y tras el verano se retomarán nuevamente. (8)

En el año 2015 se aprobó un proyecto para la rehabilitación de casi 200 viviendas en Santa María del Mar, Ofra y Miramar, en el que se incluía la realización de los informes de evaluación de los edificios, la dirección de obra y la coordinación del estudio de seguridad y salud. Dicho proyecto se llevó a cabo durante el año 2016.

En el caso de Santa María del Mar, el proyecto se llevó a cabo en 30 bloques, con 10 viviendas y con un importe total para las obras de 137.000 euros; 34, con ocho casas y un presupuesto de 110.000 euros; y 49, con 16 viviendas y un coste total de 220.000 euros. Además se llevó a cabo el proyecto del bloque 19, con 10 viviendas y un presupuesto de 117.00 euros. (9)

Dichos trabajos en la zona concluyeron con una sustitución del saneamiento, mejora de la fontanería, reparación de bajantes y cubiertas y trabajos de carpintería, entre otros. Los vecinos manifestaron estar satisfechos con los trabajos realizados en los bloques de viviendas. (10)

Dentro de los recursos de Salud y las necesidades más representativa en esta población figura la falta de profesional sanitario para poder cubrir los requerimientos asistenciales domiciliarios ya que muchas personas de avanzada edad viven en edificios sin ascensores, por lo que le es más difícil acudir al centro de salud por ellos mismo, además muchos de ellos viven solo necesitando ayuda para actividades de la vida diaria. Por lo tanto, es importante un mayor número de estos profesionales como médicos, auxiliares, enfermeras, para poder cubrir esta demanda y brindar a la población una mejor calidad de vida. También hemos detectado que la población demanda la presencia de un Centro de Día, debido a que la población de esta zona principalmente pertenece a la tercera edad y se requiere de actividades que fomenten autonomía.

Valoración por patrones

1. Percepción-manejo de la salud

Por lo general, es una población con un estado de salud óptimo que tiende a usar medidas farmacológicas antes que remedios naturales. Tienen fácil acceso

a los servicios sanitarios y acuden a ellos en las campañas de vacunación contra la gripe. En su mayoría, existe un gran desconocimiento sobre programas de la salud proporcionados por su centro correspondiente.

Se necesita una mayor vigilancia y asistencia por parte de los servicios de policía y bomberos.

2. Nutricional - Metabólico

Este patrón es disfuncional ya que las personas entrevistadas indican que no realizan una adecuada alimentación. Posteriormente esto se corrobora durante la observación en los supermercados, donde se aprecia que en sus cestas predomina la “comida basura”, que podría ser debido a que los precios de los alimentos frescos son mucho más elevados que los de la comida precocinada, envasada, congelada.

Existen dos supermercados, de los cuales uno de ellos permite hacer la compra por internet y te la envían a domicilio, también existe un banco de alimentos para las personas sin recursos.

La calidad del agua corriente es óptima para su consumo, aunque muchos vecinos prefieren el agua embotellada.

3. Eliminación

Mayoritariamente las personas están contentas con los horarios de recogida de basura, únicamente uno de los entrevistados indica que sería conveniente limpiar los contenedores en alguna ocasión para así evitar la aparición de insectos.

Aproximadamente la mitad de la población recicla, los que no lo hacen comentan que es debido a que no hay contenedores cerca de sus domicilios.

4. Actividad - Ejercicio

Durante nuestro recorrido por el barrio pudimos contrastar lo que los entrevistados decían sobre las instalaciones en los parques, zonas de descanso y zonas de juego, como por ejemplo las canchas. Estos no están en buenas condiciones y carecen de equipamiento para su disfrute como columpios o inclusive bancos para poder sentarse. También hay uno de los polideportivos cerrados ya que se ha robado el cableado y carecen de luz, por lo que este no se puede usar.

La asociación de vecinos en conjunto con el Ayuntamiento ofrece actividades recreativas y deportivas. Este programa es de interés para nuestra zona de estudio ya que los miércoles y viernes estas actividades deportivas se desarrollarán en la cancha de la Asociación de Vecinos Ciudad Satélite. Brindando a los vecinos mayores de 55 años del barrio la oportunidad de participar en prácticas deportivas saludables, recibiendo consejos para una nutrición adecuada y en definitiva, llevar un estilo de vida óptimo. Teniendo como objetivo entre otros, que los veci-

nos puedan llevar a cabo este tipo de actividades sin necesidad de realizar grandes desplazamientos. Además, la asociación de vecinos ofrece actividades como gan-chillo, zumba, defensa personal, folclore, yoga y excursiones. Cualquier persona puede alquilar el recinto a un precio razonable para celebraciones personales.

Para las personas mayores existe un centro de mayores “El Columbrete” que acondiciona un espacio de ocio para las personas de avanzada edad.

Las calles no se encuentran acondicionadas para personas de movilidad reducida ya que se encuentran en mal estado y no cuentan con rampas para cruzar de una acera a otra y son, la mayoría, en pendiente. Las viviendas suelen ser de 2 o 3 habitaciones en las que, ocasionalmente, llegan a vivir hasta nueve personas, siendo sus infraestructuras antiguas y, en la mayoría de los casos, sin ascensor ni barandillas.

1. Sueño - Descanso

El 67% de las personas entrevistadas comentan que no perciben ningún ruido molesto de la calle que les impida dormir correctamente por las noches. El 33% restante de los entrevistados no mantienen un buen descanso debido a que una de ellas vive delante de una gran carretera que conecta el norte con el sur, y la otra indica que reside encima de un bar, el cual genera ruido todas las noches.

Los negocios suelen abrir a las 9 de la mañana y cerrar a las 21.30, cerrando los locales pequeños al mediodía.

2. Cognitivo - Perceptual

En el barrio encontramos dos colegios, uno público y otro privado. En general, el nivel de educación impartida es bajo, aunque ha ido mejorando con los años. No cuentan con guardería ni instituto en la zona, por lo que deben desplazarse cada día

En la página del Ayuntamiento hemos podido encontrar datos que muestran el nivel de estudios existente en la zona, con los siguientes resultados: doctorado: 6 personas; licenciado universitario: 18 personas; arquitecto o ingeniero técnico: 3 personas; diplomado de escuela universitaria: 13 personas; títulos de estudios superiores no universitarios: 1 persona; no hay personas con titulación de grado medio; F.P. 2º grado: 32 personas; F. P. 1º grado: 45 personas; BUP: 51 personas; E.S.O: 284 personas; enseñanza primaria: 126 personas; no aplicable por ser menores de 16 años: 137 personas; no sabe leer ni escribir: 14 personas y sin estudios: 155 personas.

3. Auto percepción - Autoconcepto

Al ser una comunidad antigua la mayoría de sus habitantes pertenecen al grupo de la tercera edad. Las personas que hemos entrevistado coinciden en que antiguamente era un barrio más conflictivo, pero hoy en día es una buena comu-

nidad para vivir donde, por lo general, se sienten seguros, aunque el nivel socioeconómico no es muy alto.

Por lo general, los vecinos disfrutan de la vida, se llevan bien entre ellos y no se sienten estresados por factores del barrio sino, en el caso de los jóvenes, por los estudios. Una vez al año celebran las fiestas del pueblo donde tienen actuaciones y comidas a las que invita la asociación de vecinos.

4. Rol - Relaciones

Teniendo en cuenta lo expresado por los entrevistados coinciden en que existe una buena relación entre los vecinos y la convivencia es buena en el barrio, no suele haber conflictos entre ellos, salvo alguna riña sin importancia. Les gusta vivir en el barrio ya que es muy familiar, la mayoría disfruta el pasar tiempo de ocio allí (asociación de vecinos, parques, centro de mayores etc.), aunque también optan por salir del barrio e ir a otros sitios. La celebración en la fiesta del barrio en honor a la Virgen de Santa María del Mar se realiza en setiembre, con la participación e integración de los vecinos. Por lo que el patrón es funcional.

5. Sexualidad-Reproducción

Todos coinciden que la mayor parte de ciudadanos de la zona son familias y muchas personas de la tercera edad. Este patrón es disfuncional ya que opinan que es necesario brindar más información en los colegios acerca de educación sexual dirigida a adolescentes para prevenir embarazos indeseados y enfermedades de transmisión sexual.

6. Adaptación- Tolerancia al estrés

Este patrón es disfuncional porque no existe en el barrio grupos de apoyo destinado a ayudar a personas con problemas. Ya que tienen que acudir al trabajador social del centro de salud.

7. Valores- Creencias: El barrio cuenta con una iglesia católica disponible para que los ciudadanos puedan satisfacer sus necesidades religiosas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de lo que hemos observado y lo que nos han comentado los habitantes de Santa María del Mar, pensamos que sería de gran importancia con motivo de facilitar las vidas de los vecinos realizar una serie de mejoras en el barrio. En primer lugar demandan un servicio de guardería, así como un instituto ya que ahora se deben desplazar a localidades cercanas y muchos de ellos no disponen de coche y los servicios de transporte público no son de tan fácil acceso como deberían. Disponen de muchas líneas de autobuses, pero con recorridos no

óptimos. Ante esto, el barrio se está movilizand para que Titsa acceda a realizar un cambio de rutas que pueda complacer a la mayoría de los vecinos.

El problema más grave que presenta esta comunidad se encuentra en sus calles, ya que algunas de las principales en periodo de lluvias se inundan, llegando incluso a anegar casas particulares y dejando al barrio incomunicado. Actualmente, la asociación de vecinos se encuentra en proceso de negociación con el Ayuntamiento para crear un plan de alcantarillado y desvío de aguas fluviales.

Debido a las razones que mencionamos en la valoración por patrones, podemos concluir que la comunidad de Santa María del Mar podría presentar los siguientes diagnósticos.

- [00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud, ya que los vecinos expresan acudir a las campañas de vacunación gripal cada año.
- [00155] Riesgo de caídas. Esto es debido a que las casas no tienen ascensores, por lo que las personas mayores deben subir escaleras, las cuales no tienen barandillas y, además, las calles no están bien acondicionadas.
- [00215] Salud deficiente de la comunidad. Aunque existen programas de salud, la población de la zona no las conoce y no hace servicios de ellas.
- [00233] Sobrepeso. Este diagnóstico ha sido elegido en base a la observación que realizamos en la zona.
- [00089] Deterioro de la movilidad en silla de ruedas. Este diagnóstico ha sido elegido debido a que, como anteriormente hemos mencionado, las calles se encuentran en mal estado y sin rampas para acceso de personas con movilidad reducida.

6 Bibliografía

1. Sitio web del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife: Inicio [Internet]. Santacruzdetenerife.es. 2017 [citado 29 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.santacruzdetenerife.es/inicio/?L=0>
2. Sitio web del Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife: Planos [Internet]. 2017 [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.santacruzdetenerife.es/uploads/media/2013_PlanoSuroeste.pdf
3. Titsa.com [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.titsa.com/index.php/tus-guaguas/lineas-y-horarios/linea-018>
4. Eldia.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://web.eldia.es/santacruz/2009-12-27/7-Santa-Maria-Mar-ciudad-satelite-barrio-consolidado.htm>

5. INE.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.ine.es/nomen2/index.do>
6. INE.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.ine.es/nomen2/index.do?accion=busquedaRapida&subaccion=&numPag=0&ordenAnios=ASC&nombrePoblacion=santa+maria+del+mar&botonBusquedaRapida=Consultar+selecci%C3%B3n>
7. Santacruzdetenerife.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.santacruzdetenerife.es/santa-cruz/localizacion-clima-poblacion/poblacion/datos-estadisticos-de-poblacion/>
8. Santacruzdetenerife.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.santacruzdetenerife.es/distritos/distrito-suroeste/noticias-distrito-suroeste/>
9. Laopinion.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.laopinion.es/tenerife/2015/08/05/rehabilitacion-casas-santa-maria-mar/621675.html>
10. Laopinion.es [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en Internet: <http://www.laopinion.es/tenerife/2016/06/02/vivienda-concluye-rehabilitacion-ocho-pisos/679547.html>
11. Gobiernodecanarias.org [Internet]. [citado el 20 de enero de 2024]. Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Disponible en Internet: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>

Capítulo 3

PROCESO ASISTENCIAL EN PERSONAS TRANSEXUALES

DAVID GUERRERO SÁNCHEZ

MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA

NEREA MEDEROS DÍAZ

IDAIRA MEDINA MARTÍN

1 Introducción

Desde los principios de la sociedad, siempre han existido diferencias tanto entre hombres y mujeres que han provocado numerosos conflictos desde que la sociedad apareció hasta la actualidad de hoy en día. Existe bastante información sobre el tema, pero a su vez es bastante contradictorio la información encontrada. Las dos ramas de la ciencia, entre las que encontramos la medicina y la sexología, relacionan las orientaciones sexuales tanto del hombre como de la mujer ligadas al sexo anatómico dando por resultado cualquier cambio de este como algo patológico. Pero, los principales estudios antropológicos y sociológicos contradecían las afirmaciones de que el sexo anatómico debía corresponderse a una conducta sexual exclusiva y excluyente. Podemos utilizar distintas palabras como transgenerismo, trastorno de la identidad de género o incluso disforia de género para referirnos a personas que nacen con un género opuesto al que se identifican.

(1)

La transexualidad es una realidad presente en la sociedad no solo de la actualidad, sino desde tiempos pasados. Desde distintas perspectivas, existen individuos que habiendo nacido con un determinado sexo no se sienten identificados con el mismo, lo que suele derivar en ciertas ocasiones a la exclusión social.(2)

Pero en sí, la transexualidad se define como un trastorno de identidad sexual definido en una primera parte como un sentimiento de igual con el sexo contrario y por un malestar con el propio sexo, provocando un sentimiento de incompatibilidad a nivel psicológico y social. (3)

Así pues, las personas transexuales son individuos que no se identifican con el género que socialmente les corresponde, es decir, con el sexo de nacimiento; lo que desemboca en ellos la necesidad de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, por lo general va acompañado con en un primer momento con el cambio de su propio cuerpo para que exista una coherencia entre el sexo que todos ven con el sentido por esa persona. Está establecido que tanto en la infancia como en la adolescencia temprana no se pueda establecer un diagnóstico de transexualidad, sino que en esos casos hablamos de disforia de género.(2)

Desde el punto de vista más legal, fue en 1983 cuando en España apareció la primera ley que exime de responsabilidad penal al médico que realizase un tratamiento quirúrgico de reasignación sexual. (2)

La transexualidad es una versatilidad más de la diversidad humana, esta puede aparecer desde la infancia, siendo preciso en casi todas las ocasiones de asistencia por parte del ámbito sanitario. (4)

En Canarias, muchos colectivos representantes de dichas personas, se involucraron para obtener una solución adecuada en el área de la salud. Durante el año 2007, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, se reunieron tanto los profesionales de la salud como un grupo de personas transexuales para poner solución a este problema con el resultado final de la realización de un protocolo para las personas transexuales. (2)

2 Objetivos

- Analizar los principales aspectos a tener en cuenta en relación con el procedimiento asistencial integrado completo en la transexualidad en el ámbito sanitario.
- Describir las deficiencias del Proceso Asistencial en la atención a transexuales.

3 Metodología

Con el fin de proceder a dar respuesta a la investigación planteada, que consiste en una revisión bibliográfica, se desarrolla una búsqueda en la literatura de la que dispone. Para alcanzar dicho objetivo, esa búsqueda se realiza en fuentes de datos tales como Scopus, WoS, Scielo, y Google académico, seleccionando aquellos artículos científicos que se encuentran revisados.

4 Resultados

El proceso asistencial incluye una serie de acciones encaminadas a cumplir un objetivo. Con esto obtenemos como resultado un mejor nivel de salud con una mayor aceptación de la población a los servicios. (5)

Este trabajo está enfocado a la desinformación que no solo existe por parte de la población con respecto a este tema, sino también por parte de los sanitarios que no saben cómo abordar en muchas ocasiones estas situaciones y en cómo enfocar a los pacientes a cumplir sus objetivos. Muchas veces el desconocimiento por parte de los sanitarios en cómo encaminar o aconsejar a estos pacientes llevan resultados de problemas de salud en ellos. (2)

Con este queremos dar a conocer la realidad de que tanto niños como adolescentes, tengan conductas no conformes con el género o con disforia de género, ya que con una adecuada información, seguimiento e intervención temprana, puede llegar a facilitar el proceso de adaptación a la nueva situación tanto de la familia como del ámbito escolar. La prudencia es un aspecto muy importante, ya que se intentará en todo momento evitar la marginalidad y aislamiento, consiguiendo que estos asuman su identidad e inicien el proceso lo antes posible para garantizar una mejor calidad de vida. (2)

Dentro de los procesos asistenciales hay dos, el primero y del que se hablará a continuación, mediante una explicación detallada, es el de mayores de 16 años, pero hay que conocer que existe uno para menores de 16 años.

La atención primaria presenta un papel fundamental en las consultas, ya que los profesionales son el primer eslabón para detectar las necesidades de estos pacientes ofreciendo protección y comprensión. Normalmente, son comentarios más subjetivos relacionados a su identidad sexual o asesoramiento sobre los posibles tratamientos que están a su disposición. (2)

El principal punto es la detección e intervención inicial ya sea porque le paciente lo solicita o por una apariencia significativa. Cuando sea constatada la necesidad sobre una mayor indagación sobre este tema, se le deberá derivar a la UAT y

mantener posteriormente el seguimiento correspondiente. (2)

La buena praxis que debería ser llevada a cabo por el equipo de atención contemplando

- La recogida de datos médicos
- Una exploración física.
- Evaluación tanto psicológica como psiquiátrica.
- Una historia clínica enfocada la identidad , comportamiento, orientación sexual
- Una valoración psicosocial a nivel familiar, social y personal. (1)

Es indispensable dejarle claro al paciente sobre las posibilidades y limitaciones que vienen intrínsecas en este proceso. Tras realizar una detección y tener sospecha de disforia de género, el profesional deberá llevar a cabo unas encuestas que serán elegidas por este mismo, para que estén lo más adaptadas posibles a la situación en la que se encuentren e incluso al grado de confianza que se tenga.

(2)

En definitiva, desde la unidad de detección se llevará a cabo una sugerencia individualizada y concreta en la que concluya:

- Confidencialidad
- Informar sobre los aspectos de Identidad y Orientación sexual.
- Comunicar acerca del circuito de atención y de los recursos de apoyo existentes (asociaciones...).
- Informar acerca de los distintos tipos de tratamiento: posibilidades, criterios de inclusión, eficacia, efectos secundarios.
- Resolver dudas (mitos, temores,...).
- Derivación a la UAT, con compromiso de seguimiento y apoyo (repetición de tratamientos hormonales, realización de informes, sensibilidad a la hora de tratar la diferencia). (2)

A La unidad de atención a transexuales pueden llegar pacientes procedentes de distintas unidades como centros de salud mental y de atención tanto primaria como especializada. En dicha unidad establecerán un trabajo dividido en tres fases:

1. Una valoración psico psiquiátrica: Esta fase supondrá de una valoración psicológica y psiquiátrica, de un periodo de 6 visitas al psicólogo y de 2 al psiquiatra. Con esto conseguimos confirmar o no el proceso a llevar a cabo . Si esta fuera positiva, se inicia la experiencia de la vida real. En este aspecto tenemos dos vertientes por un lado que la persona acepte su nuevo rol de género, por el cual se comenzara el proceso, o por consecuencia no se puede cerciorar por lo que se remitiría para una valoración con su posterior control y seguimiento por la unidades de salud mental.. Ya con el informe de disforia de género de ambos

profesionales, se remite al siguiente escalón de la UAT, siendo esta información también remitida a Atención Primaria. (2)

2. Tratamiento hormonal: para poder comenzar con este tratamiento el paciente debe pasar primero por una valoración tanto psicológica como psiquiátrica. Una vez obtenido estos informes se comienza con la terapia hormonal con el objetivo final de conseguir los resultados tanto físicos como morfológicos a los que se desea llegar. Tras esto cada seis meses durante uno o dos años y finalmente una visita con carácter anual. Hay que tener en cuenta, que cada individuo tiene unas circunstancias peculiares, así como posibles patologías asociadas que precisen de distintos periodos o de pruebas complementarias. Durante este proceso, no solo deberán de firmar los consentimientos correspondientes, sino también se procederá a la criopreservación con vitrificación de óvulos, igual ocurrirá con la conservación de espermatozoides. (2)

3. Tratamiento quirúrgico: este tipo de tratamiento será individualizado tras la valoración por una serie de profesionales en los que abarcaremos tanto las perspectivas e impresiones tanto psicológicas como personales y sociales. Teniendo en cuenta estos resultados se establecen los criterios a seguir. Como en todo, se precisarán de un criterio para la inclusión del individuo, que irán desde llevar un tratamiento hormonal continuo, hasta demostrar progresos en la consolidación de su identidad sexual. (2)

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud hemos conseguido obtener una serie de formación fundamental para poder atender de una manera más digna e integral a las personas que están pasando por un proceso de transición sexual. De esta forma, se intenta evitar comportamientos vejatorios de la dignidad de la persona transexual como las “terapias aversivas” o discriminatorias por razón de residencia, edad e incluso orientación sexual.

Hay que tener en cuenta que como todo proceso necesita mejoras. Una de las principales en este caso, es que aun a estas alturas las personas transexuales deben demostrar que no están enfermas. Comunidades como Catalunya o Andalucía ya han despatologizado la transexualidad, es decir, que los individuos sean capaces de cambiar de sexo y nombre sin la necesidad de un diagnóstico que las declare enfermas. Una de las principales protestas de la comunidad transexual, es que declaran la necesidad de mejoras en la norma canaria que entiende como persona transexual a toda aquella persona que acredite ante las administraciones públicas mediante un informe psicológico que “carece de patología que le

induzcan a error en cuanto a identidad de género”. Situación totalmente arcaica, debido a que ya desde hace un par de años, la Organización Mundial de la Salud ha dejado de considerar la transexualidad como una disforia de género. (2,6)

De esta manera, tras realizar un análisis exhaustivo del documento, se puede llegar a la reflexión que posiblemente la mayoría del personal sanitario desconoce del procedimiento correcto para atender al paciente trans durante su periodo de transición.

Es poco común que se impartan cursos sobre esta temática, tanto durante el periodo de educación como cuando ya se encuentra el profesional en el ámbito laboral. Está claro que, si se dispone de un proceso asistencial estructurado, hay no solo que darlo a conocer, sino a su vez, que los profesionales sean los principales en saber ponerlo en práctica, ya que son el eslabón primordial de acogimiento y detección.

Todo protocolo debe ser presentado al personal, para su utilización de manera acorde a las circunstancias. Al igual que se debe conocer cómo actuar ante una parada cardiorrespiratoria, un ataque de asma, un shock anafiláctico, un paciente diabético, un paciente hipertenso, etc. Por tanto, hay que modernizar la sanidad y comenzar a darle importancia a su vez, a los nuevos cambios sociales que se producen.

6 Bibliografía

1. Gastó Ferrer C. Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2006; 78: 13-20.
2. Báez Quintana D, Cabrera Abreu C, Damas Plasencia L, Fernández Palacios J, Fernández Sánchez-Barbudo M, González Isasi A, Gutiérrez Hernández P, Martínez Martín J, Martínez Ramos F.J, Miguel Mitre I. Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. 2010.
3. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Cruz Almaraz M, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, Soriguir F. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. Gac Sanit. 2012; 26 (3): 203-210.
4. Tinahones Madueño F, Asensi Díez R, Callejas Pozo, J.E, Hoyos Gurrea R, López Narbona M, López Siguero J.P, Martínez Rubio A, Rodríguez Salamanca E.M, Sanz Amores R, Velázquez Martínez A. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia (Proceso Asistencial Integrado). Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2016: 1.

5. Arcelay A, Bacigalupe M.T, de la Puerta E, Días G, García M, González M.G, Letona J, López G, Martínez-Conde A. Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. EuskoJaularitz-Gobierno Vasco. Vitoria, 1999.
6. Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la OMS. CIE-11. World Health Organization [sede web]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

Capítulo 4

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS

SELENE RUBIO

1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en la niñez y la adolescencia, según el NIH de EEUU (Instituto nacional del cáncer de Estados Unidos, 2021) consiste en un gran número de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan de forma descontrolada por todo el cuerpo.

Entre los niños y adolescentes (0 a 19 años de edad), los tipos más comunes de cáncer son las leucemias, los tumores de encéfalo y del sistema nervioso central (SNC) y los linfomas. El pronóstico general mejoró mucho en la última mitad del siglo. Siendo la supervivencia a los tres años del diagnóstico del 80% y la supervivencia a los cinco años del diagnóstico del 77%.

La procedencia del cáncer infantil es multifactorial, incluye varios factores medioambientales (físicos, químicos y biológicos) y genéticos, aunque hasta el 10% de todos los cánceres en los niños es causado por una mutación germinal.

La mejor forma de no padecer una enfermedad, es prevenirla. Frente a la imposibilidad actual de una prevención primaria o secundaria del cáncer pediátrico, el diagnóstico y el tratamiento es la mejor ofensiva contra esta enfermedad.

Un diagnóstico adecuado es vital para administrar el régimen terapéutico adecuado a cada niño, ya que cada cáncer requiere de un tratamiento concreto. El cáncer infantil tiene un gran impacto sobre las familias y los propios pacientes en todas las dimensiones: emocional, física y socialmente.

Una alternativa al tratamiento farmacológico convencional son las terapias alternativas, como la terapia asistida con animales, esta aprovecha el fuerte vínculo que se puede establecer para ayudar a paliar los efectos del cáncer.

En 1859, Florence Nightingale ya mencionó la terapia asistida con animales en Notas de Enfermería: “Un pequeño animal de compañía, es a menudo, una excelente terapia contra la enfermedad, y especialmente para las enfermedades hospitalarias de larga duración”.

La terapia asistida con animales (TAA) es considerada una intervención con animales con una meta terapéutica específica y con un animal seleccionado para llevar a cabo el programa. El objetivo principal es la mejora del paciente en los campos para los que el programa se ha diseñado ya sean físicos, sociales, emocionales o cognitivos.

2 Objetivos

Principal:

- Dar a conocer más sobre la TAA, sus beneficios, posibles riesgos y animales que se pueden utilizar para llevarla a cabo en el mundo hospitalario.

Secundario:

- Investigar sobre tratamientos alternativos para paliar el dolor y/o ansiedad en pacientes oncológicos pediátricos.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica sistemática, se efectuó un registro bibliográfico en las siguientes bases de datos: Scielo, PubMed y Dialnet.

Palabras clave: Terapia Asistida con Animales AND niños AND cáncer.

Se fijaron unos criterios de inclusión y exclusión, los cuales, nos han ayudado a reducir el número de artículos y a aumentar la especificidad de estos.

Los criterios de inclusión y exclusión usados en este trabajo han sido:

1. Criterios de inclusión:

- Documentos sobre terapia asistida con animales.
- Documentos en español, inglés y portugués.
- Documentos publicados entre 2010 y 2024
- Documentos con todo el contenido disponible.

2. Criterios de exclusión:

- Literatura gris.
 - Documentos sobre tratamientos farmacológicos en oncología.
- Después se examina el contenido y se comprueba, que se ajusten a los criterios de búsqueda, finalmente se seleccionaron:

2 artículos en Scielo, 6 artículos en PubMed y 1 en Dialnet.

Además de los buscadores, se han utilizado otras fuentes como: El Instituto nacional del Cáncer, Fundaciones contra el cáncer y la Organización mundial de la Salud.

4 Resultados

1. ¿En qué consiste la terapia asistida con animales?

Es un tipo de terapia que puede realizarse colectiva o individualmente, y siempre, con una persona formada en ella, presente.

Suele durar entre 10 minutos y una hora y es aconsejable que la familia esté presente. Los niños pueden jugar libremente con los animales, darles de comer, peinarlos, pasearlos y /o hacer actividades previamente organizadas y estructuradas, esto dependerá de la situación en la que se encuentre el paciente.

Los animales que más se usan para llevar a cabo estas terapias, son los perros, en concreto, el Golden Retriever, el Labrador, el Border Collie y en alguna ocasión el pastor alemán, ya que son razas sociables, dóciles, con gran capacidad de interacción y autocontrol. Estos perros tienen que pasar por un adiestramiento específico, ser analizados y evaluados por un experto en conducta animal para cerciorarse que pueden ser buenos candidatos para este tipo de terapias.

La edad óptima perruna, para participar en las TAA sería entre los 5 y 8 años de vida, ya que los perros con más de esta edad sufren distracciones constantes, no son tan enérgicos y tienen menos paciencia.

Los perros han tenido que vivir un proceso de socialización durante 6 meses, junto con entrenamientos y adiestramientos antes y después de las terapias, para que vayan bien preparados a las sesiones y no reaccionen de manera no deseada con los niños. También es importante que tengan todas las vacunas puestas.

En la TAA es muy importante que la persona formada pueda y sepa motivar al perro u otro animal, para que este participe y disfrute de las actividades, no solo

realice ejercicios con los niños, lo que producirá un gran bienestar en el animal. Si los animales son felices y se muestran participativos, su actitud repercutirá de forma positiva en los pacientes pediátricos y en su posible recuperación.

2. Beneficios de la TAA:

El fin de esta terapia, es mejorar la salud física y psico-afectiva de los pacientes pediátricos, a través del vínculo animal-niño, el cual se explica con la teoría de la biofilia de Wilson, 1984.

Se ha demostrado científicamente, que la interacción entre humanos y animales tiene una repercusión positiva en el organismo, produce una elevación hormonal (cortisol, prolactina, endorfina, dopamina y de la oxitocina, entre otras). No solo tiene repercusiones fisiológicas, también afecta al plano psicosocial del niño, aumenta su capacidad de sociabilizar, de relajarse, su empatía, mejora su estado de ánimo y disminuye su estrés y ansiedad. Los ejercicios como alimentar, pasear y que deriven del cuidado propio del animal, ayudan a estos pacientes a sentirse más autónomos, característica muy olvidada durante los ingresos hospitalarios prolongados.

Los niños con patologías crónicas suelen quedarse largas estancias en los hospitales, y estas terapias les ayudan a distraerse, a divertirse, a socializar con otros niños y a hacer que su día a día sea un poco más agradable y “normal”.

Si nos centramos también en las ventajas emocionales derivadas de la TAA, como, la disminución del dolor, de la sensación de soledad (muchos padres trabajan y no pueden acompañar a sus hijos todo el día) del miedo y la tensión, nos damos cuenta de que los beneficios son muy elevados.

Otro gran beneficio, es el fortalecimiento del sistema inmunitario, ya que, se ha visto que los perros pueden transmitirnos microorganismos protectores contra la colonización e infección por patógenos hospitalarios.

3. Riesgos de las TAA:

Siempre que se realizan actividades con animales existe el riesgo de mordeduras, aunque, bien es cierto que estos animales están muy preparados para estas sesiones.

Otro riesgo, serían las posibles infecciones, aunque se han llevado a cabo varios estudios sobre el intercambio de patógenos entre animales y niños, no se ha llegado a una conclusión única. El proyecto llevado a cabo en Italia, conocido como Meyer Children's, estudio el número de infecciones producidas en el hospital durante el año que se realizaban las sesiones de TAA y las comparó con el año anterior, en el cual no se llegaron a impartir; no se halló un mayor número de infecciones, este hallazgo ayudó a disipar las dudas sobre el uso de las TAA.

4. Limitaciones de la TAA:

Una de las grandes limitaciones con las que nos encontramos, es el desconocimiento, tanto por parte de las familias como por parte de muchos profesionales, no tener información o tener poca sobre un tema, genera desconfianza e incertidumbre a la hora de la toma de decisiones.

El miedo es otro gran factor limitante, muchos niños tienen miedo a los animales, y esto dificulta poder trabajar con ellos.

Por último, y no menos importante, esta terapia no se puede realizar con niños inmunodeprimidos o que se han sometido a intervenciones recientemente por el riesgo a posibles infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes pediátricos oncológicos pasan la mayor parte de su vida con dolor y en hospitales, hay múltiples tratamientos y procedimientos para paliar su dolor, aunque está demostrado que muchos de ellos generan más daño y no tratan del todo su dolor basal. Otros de los problemas a los que se enfrentan estos pacientes, es a la dificultad de establecer relaciones sociales satisfactorias, pasar mucho tiempo solos, sufrir ansiedad, miedo, sentirse aislados y en cierta parte dependientes.

Tras la investigación llevada a cabo con la revisión bibliográfica, se constata que los beneficios que aporta la terapia asistida con animales en este tipo de pacientes son numerosos y a tener en cuenta, siendo los riesgos más bien bajos o casi nulos. Es por ello que se insta a poder realizar sesiones con animales, en su mayoría perros, en todos los centros con este tipo de pacientes, ya que esto conllevaría una mejoría en la calidad de la vida de estos niños.

6 Bibliografía

1. Datos del cáncer infantil en España. (Agosto 2016).Fundación Neuroblastoma. Disponible en: <https://www.fneuroblastoma.org/datos-cancer-infanti-espana/>.
2. El Cáncer en los niños y adolescentes. (4 de noviembre de 2021). Instituto Nacional Del Cáncer. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/hoja-informativa-ninos-adolescentes#cual-es-el-pronostico-para-los-ninos-y-adolescentes-con-cancer>.
3. El Cáncer Infantil. (diciembre 2021). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>.

4. Terapia Asistida con Animales. (12 mayo de 2022). Wild Souls. Disponible en: <https://www.wildsouls.org.es/post/terapia-asistida-con-animales-en-hospitales>.
5. Fischer M.L., Amorim Zanatta A., Rezende Adami E., Una mirada a la bioética para la zooterapia. 2016; 16(1): 174-197.
6. Reed R., Ferrer L., Villegas N., Natural healers: a review of animal assisted therapy and activities as complementary treatment for chronic conditions. 2012; 20(3): 612-618.
7. Dalton KR, Waite KB, Ruble K, Carroll KC, Delone A, Frankenfield P, et al. Risks associated with animal-assisted intervention programs: A literature review. 2020;1-18.
8. Dalton KR, Ruble K, Redding LE, Morris DO, Mueller NT, Thorpe RJ, et al. Microbial sharing between pediatric patients and therapy dogs during hospital animal-assisted intervention programs. *Microorganisms*. 2021;9(5):1-14.
9. Chubak J, Hawkes R. Animal-Assisted Activities: Results From a Survey of Top-Ranked Pediatric Oncology Hospitals. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2016;33(4):289-96.
10. Moreira RL, Gubert F do A, Sabino LMM de, Benevides JL, Tomé MABG, Martins MC, et al. Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses' perceptions. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1188-94.
11. Silva NB, Osó Rio FL. Impact of an animal-assisted therapy programme on physiological and psychosocial variables of paediatric oncology patients. *PLoS One*. 2018;13(4):1-15.
12. Chubak J, Hawkes R. Animal-Assisted Activities: Results From a Survey of Top-Ranked Pediatric Oncology Hospitals. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2016;33(4):289-96.
13. Martos-Montes R, Ordóñez-Pérez D, de la Fuente-Hidalgo I, Martos-Luque R, García-Viedma MR. Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos Psicol / Psychol Writings*. 2015;8(3):1-10.

Capítulo 5

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LA ENFERMERÍA

SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI

MARÍA MORENO ESPINOSA

ANA HONRADO PRIETO

1 Introducción

El párkinson es una patología neurodegenerativa de las que más afectan a la población mundial, en concreto se sitúa en la segunda posición solo por delante está el Alzheimer.

Arvid Carlsson comprobará que la falta de dopamina es lo que causa el Parkinson, por lo que será de ayuda para Birmakmayer y Hornykiewicz y sus pruebas con la levodopa.

A continuación, Cotzias y junto a los anteriores harán de la levodopa un medicamento imprescindible para tratar el párkinson.

En 2016 se dieron 6.1 millones de casos, es decir, los datos se duplicaron con respecto a 1990, año en el que se estiman 2,5 millones de afectados. En 2040 se esperan alrededor de 17 millones. Esta enfermedad presenta un rápido aumento a lo largo del tiempo.

La enfermedad afecta sobre todo a mayores, provocando esta un máximo entre los 85-89 años y baja a partir de estos años. Aunque también existe un porcentaje de afectados menores de 40 años que es del 5%.

La Federación Española de Parkinson actualmente hace una aproximación de más de 160.000 individuos que padecen la enfermedad, aunque hay diferentes

investigaciones que proporcionan datos en una amplia horquilla que va desde los 86.000 casos aproximadamente hasta los 300.000 nombrados anteriormente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es investigar los principales causantes de la enfermedad del Parkinson y su tratamiento principal.

Y analizar la fisiología y patofisiología de esta enfermedad.

3 Metodología

En este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre el Parkinson y la enfermedad.

Para ello, se han consultado una serie de artículos y revisiones en las diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Web of Knowledge y Pubmed; en el metabuscador google académico y como sitio integrador de evidencia científica la biblioteca Cochrane.

Las palabras clave que se han utilizado en este trabajo son: Parkinson, enfermedad, dopamina, ganglios basales.

4 Resultados

La enfermedad del Parkinson, como hemos mencionado con anterioridad, consiste en una degeneración del cerebro la cual se manifiesta con síntomas motores, así como con otras complicaciones, entre las que encontramos el deterioro cognitivo, alteraciones sensoriales, trastornos mentales y del sueño.

Con el paso del tiempo se ha demostrado que, además de los factores genéticos, el Parkinson puede ser producido por otras causas como puede ser la alta ingesta de hierro, padecer anemia crónica, etc. Nuevos avances aseguran que, además de ser producido por una alteración del sistema dopaminérgico, debido a la disminución Dopamina, intervienen otros neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y acetilcolina.

En los últimos registros se menciona que los deterioros no motores aparecen previamente y son los principales causantes del deterioro de las personas que padecen la enfermedad. Además, la probabilidad de padecer Parkinson en personas con tés blanca es superior, por lo que se ha planteado que la patología esté relacionada con la melanina.

En el año 2020, en Manhattan (Estados Unidos), se realizó uno de los últimos avances en la enfermedad del Parkinson. Este consistió en un trasplante de células cerebrales al paciente con la enfermedad, es decir, reemplazaron las células disfuncionales por un tipo de célula madre creada en el laboratorio a partir de un parche extraído de la propia piel del paciente. Estas células madre son un tipo de células cerebrales productoras de dopamina. Cabe destacar que estas pruebas se hicieron previamente utilizando neuronas procedentes de fetos abortados, aunque se dejó de realizar, ya que no era considerado algo ético. Este tratamiento no ha supuesto la cura para dicha patología, pero sí ha conseguido estabilizar la enfermedad.

Otro tratamiento alternativo de los últimos años es la cirugía de estimulación cerebral profunda, la cual es, hoy en día, la técnica más utilizada. Este tratamiento consiste en colocar de forma quirúrgica una serie de electrodos a nivel de los ganglios de la base, los cuales están conectados mediante una extensión a un neuro estimulador.

5 Discusión-Conclusión

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que va seguido de una serie de síntomas destacados, entre los que se encuentran la lentitud a la hora de realizar movimientos, temblores, desequilibrio, así como la rigidez corporal. Esta enfermedad, además de las dificultades motoras, afecta al deterioro cognitivo, a los ciclos del sueño y, también, puede desencadenar trastornos mentales.

El origen de dicha patología es un déficit de dopamina debido a que las neuronas dejan de sintetizar o no producen la suficiente cantidad de esta sustancia química. Los diferentes estudios revelan que no suele darse entre miembros de una familia, por lo que no estaría fuertemente asociado a un factor genético. Pese a todos los tratamientos que tenemos hoy en día, no existe cura para la enfermedad del Parkinson, pero sí se consigue paliar e incluso retardar los síntomas de la misma. Los tratamientos más eficaces en la actualidad son la rehabilitación y la ECP.

6 Bibliografía

1. Martínez Fernández R, Gasca Salas C, Sánchez Ferro Á, Obeso JÁ. Actualización en la enfermedad de párkinson. Rev médica Clín Las Condes revista en Internet]. 2016; 27 (3): 363-379. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372>

2. Chaves Morales KP, Padilla Elizondo DS, Vargas Fernández RV. Enfermedad de Parkinson. Rev Medica Sinerg [revista en Internet]. 2022; 7(2): 5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8379240>
3. Alemán Pullas SL, Montero Balarezo CX, Díaz Recalde EX, Jarro Sanchez CM. Enfermedad de Parkinson Diagnóstico y tratamiento. Recimundo [revista en Internet]. 2022; 6 (2) :250-266. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8410256>
4. Fangul G. La FEP reclama conocer datos y perfil de personas afectadas [sede Web]. Federación Española de Parkinson.es 2022 [acceso el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.esparkinson.es/la-fep-reclama-conocer-datos-perilpersonas-afectadas/>
5. Benito León J. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. Viguera [revista en Internet]. 2018 [acceso el 13 de marzo de 2023; 66 (4): 125-134. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2017440>
6. Lilian María Vargas-Barahona. Enfermedad de Parkinson y la Dopamina. [Revista internet] 2007 [acceso 10 de marzo de 2023] 2 (vol-2) Disponible en: [http://65.182.3.165/Honduras/SUN.THEPIXIE.NET/files/BUN_SYN_2007_2\(2\)C.pdf](http://65.182.3.165/Honduras/SUN.THEPIXIE.NET/files/BUN_SYN_2007_2(2)C.pdf)
7. María Álvarez Saúco. Fisiopatología de la enfermedad del Parkinson. [sede web] Sección de neurología. Hospital Universitario de Elche. 2019 [revisado el 10 de marzo de 2023. Disponible en : <https://conoceelparkinson.org/wp-content/uploads/2019/04/Fisiopatolog%C3%ADa-Parkinson-CEP.pdf>

Capítulo 6

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL ACOSO ENTRE IGUALES, BULLYING Y LA ENFERMERÍA

SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI

MARÍA MORENO ESPINOSA

ANA HONRADO PRIETO

1 Introducción

Los términos “bullying”, acoso escolar o acoso entre iguales han cobrado una importante presencia en nuestras vidas durante la última década y han encabezado un importante dilema ético en la sociedad, siendo el conflicto responsable de unos 200000 suicidios anuales en jóvenes de entre 14 y 28 años. Lo entendido por muchas de las generaciones de edad adulta o avanzada como “cosas de críos” o asuntos del ámbito privado se ha acabado convirtiendo en un problema de prioritaria relevancia en la sociedad actual, hasta el punto de que las administraciones dedicadas a su prevención señalan que su erradicación es responsabilidad de todos los ciudadanos.

En el caso del acosado, su perfil suele coincidir con el de individuo de baja autoestima, carencias en materia de habilidades sociales y escasa capacidad para enfrentar las relaciones interpersonales. Por otro lado, su comportamiento no suele ajustarse a los estereotipos de su género, es visto como alguien poco atractivo o cuenta con defectos físicos que lo hacen vulnerable a la burla. Además, también cumplen con estos factores quienes pertenecen a grupos minoritarios

y estigmatizados por la sociedad (personas dentro del colectivo LGBTQ+, inmigrantes, personas con diversidad funcional, etc.).

Siguiendo la definición del Ministerio de Educación, el término “bullying” hace referencia a “todo acto de acoso o intimidación se caracteriza por ser un comportamiento agresivo, repetitivo, metódico y sistemático que se produce durante un periodo de tiempo prolongado con objeto de intimidar, aislar, amenazar e incluso insultar o someter emocionalmente a una víctima, de tal forma que el agresor cubre sus necesidades de controlar, dominar o destruir a los demás”.

2 Objetivos

1. Investigar sobre los diferentes tipos de acoso entre iguales, bullying.
2. Examinar los posibles cuidados de enfermería en el acoso entre iguales, bullying.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los distintos tipos de acoso entre iguales, bullying.

Para esta revisión se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: Google Académico, Pubmed, Medline, Cochrane y psicoinfo.

4 Resultados

El papel sanitario en la detección y abordaje del acoso escolar incumbe a dos de las cuatro principales competencias generales de la Enfermería, la educación y la práctica clínica: Por un lado, es de vital importancia saber reconocer signos físicos y emocionales en nuestro paciente pediátrico que puedan indicarnos que sufre acoso por parte de sus iguales (así como en el caso de que sea un adulto quien le esté acosando). Hematomas frecuentes en cualquier parte de su cuerpo con indicios de haber sido causados con intencionalidad, posibles heridas u otros signos de violencia sobre el menor deben activar nuestra sospecha de maltrato. Además, el paciente acosado suele tender a intentar ocultar dichas heridas o marcas de violencia, por lo que analizar su pudor o nerviosismo cuando observamos estos signos también nos indicará que detrás de las lesiones puede haber una de las citadas causas. Para evitar así el rechazo del usuario a nuestra ayuda, se recomienda no mostrar signos de rechazo o preguntar de forma muy intrusiva,

pues esto puede ocasionar que se niegue a la colaboración y acabe por incluso evitar acudir a la consulta. Es por ello que los expertos en materia de bullying nos indican que la mejor opción será tratar de obtener información de la manera más apaciguada posible y conservando en todo momento la mayor comodidad para el usuario posible, que él/ella sienta complicidad con el asistente sanitario facilitará que se abra con el mismo y participe en el ejercicio de atención. En todo momento deberemos respetar su intimidad y jamás lo presionaremos si decide no relatar algún hecho que lo incomode, aunque nuestro principal objetivo será poder conocer las causas de este acoso y los factores contextuales que guardan relación con el mismo.

Una vez que podamos confirmar que el paciente es víctima de “bullying”, ante la inexistencia actual de protocolos específicos de actuación en estas situaciones, debemos avisar a servicios sociales para, de forma conjunta con el centro educativo correspondiente, poder abordar el tema con eficacia y preservando el bienestar de la víctima en todo momento (colaborando así con los respectivos equipos de psicología).

Algo similar ocurre en la detección del suicidio (ocasionado frecuentemente por el propio acoso escolar, como se indica anteriormente).

5 Discusión-Conclusión

El acoso, al tratarse de un comportamiento humano, es un hecho que está presente en cualquier etapa de cualquier ámbito de nuestra vida. En España, el acoso entre iguales afecta actualmente a un 25-30% de la población y diversos estudios realizados confirman que estas cifras han llegado a aumentar un 75% en los últimos años.

En sanidad sí contamos con escalas estipuladas para la evaluación de la conducta autolítica, como por ejemplo: el test CIDI (Composite International Diagnostic Interview), la escala SUAS (Suicide Assessment Scale) o la “Okasha Scale of Expectations about Living-Dying). Estos recursos nos son de gran ayuda tanto para evaluar el riesgo como para guiar las intervenciones competentes en estos casos; entre las que se encuentran aquellas que impliquen la participación multisectorial de psicología, psiquiatría y enfermería.

6 Bibliografía

1. ACOSO ESCOLAR GUÍA PARA PADRES Y MADRES [Internet]. Ministerio de Educación. 2013 [citado 7 octubre 2023]. Disponible en: <https://www.educa2.>

madrid.org/web/educamadrid/principal/files/990ac803-050a-465a-989

0 2.

2. Evaluación del bullying como victimización: Estructura, fiabilidad y validez del Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI) [Internet]. [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/16990/pdf_55

3.

3. El bullying revisión teórica, instrumentos y programas de intervención [Internet]. Google académico. 2015 [citado 5 octubre 2023]. Disponible en: https://revistas.udc.gal/index.php/reipe/article/view/reipe.2015.0.02.1299/pdf_27

4.

4. Santiago Ramón y Cajal: análisis retrospectivo de un caso de acoso escolar [Internet]. Scielo. 2017 [citado 5 octubre 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578908X2017000100153&script=sci_arttext&lng=en

en

5. Armas Castro M, Rey Rodríguez ML. Acoso escolar. Prevención e intervención ecosistémica. Revista Galega do Ensino.

6. El dispositivo de acoso escolar homofóbico y transfóbico: voces en una comunidad educativa [Internet]. [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/SOCI/article/view/59456/4564456548136>

7. Martínez Rodríguez, J.. Acoso escolar: Bullying y cyberbullying. Bosch Editor, 2017. Digitalia, <https://www.digitaliapublishing.com/a/62098>

Capítulo 7

ASMA BRONQUIAL: UN ENFOQUE DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMERÍA

SOUNDOUSS BOULOUF EL HADRI

MARÍA MORENO ESPINOSA

ANA HONRADO PRIETO

1 Introducción

El asma bronquial es una enfermedad clásica, ya descrita de manera errónea por Hipócrates y Galeno, como acumulación de humores espesos en la vía aérea procedentes del cerebro. Fue Maimónides, en el siglo XII, quien elaboró un tratado sobre el asma, considerado como el primer manual de educación para enfermos asmáticos (Fernández, 2012). Este autor recoge, a su vez, que el asma genera discrepancias entre los especialistas debido a la falta de consenso en su definición y características principales.

La sintomatología asmática puede aparecer en otras enfermedades respiratorias, y la etiopatogenia del asma no está completamente esclarecida, complicando su clasificación. Además, no hay un acuerdo unánime en los criterios diagnósticos, lo que añade complejidad a la hora de abordar la enfermedad. Debido a la variada etiología del asma bronquial, la falta de una comprensión completamente precisa de la patogenia y la diversidad de desencadenantes para las crisis, se han propuesto numerosas clasificaciones para esta alteración.

En función de los síntomas presentados y la respuesta al tratamiento, se establecen distintos grados de severidad para esta afectación: intermitente, ligera persistente, moderada persistente y severa, persistente. Aunque esta clasificación se utiliza en el ámbito clínico, se recomienda su aplicación para propósitos de investigación (Rosa Alcázar et al., 2012).

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es averiguar el papel de las conductas en el curso del asma bronquial.

El segundo objetivo es valorar las diferentes terapias existentes para combatir el asma bronquial.

3 Metodología

Este proyecto se trata de una revisión bibliográfica acerca del asma bronquial desde un enfoque psicológico.

Para llevar a cabo esta revisión me ha sido de utilidad la base de datos Pubmed; el metabuscador google académico y como sitio integrador de evidencia científica la biblioteca Cocharane.

4 Resultados

El asma bronquial es una enfermedad crónica de características biológicas donde, según Fernández (2012), la hiperreactividad bronquial y el sistema inmunológico del paciente suponen una predisposición individual a sufrir la enfermedad. Esto implicaría que los factores psicológicos como el estrés, la depresión o los síntomas emocionales no estén incluidos en la etiología del trastorno.

Sin embargo, estos factores psicológicos si están presentes dentro de la enfermedad alérgica, influyendo en el curso, el mantenimiento y la exacerbación de la misma (Retamales, 1998). Según Fernández (2012), dentro del asma bronquial existen variables psicológicas, cogniciones y emociones que pueden provocar tanto broncoconstricción como broncodilatación y que, por tanto, pueden condicionar las manifestaciones clínicas y alterar los índices de morbilidad. Estos factores psicológicos formarían parte, así, de los mecanismos de mantenimiento del asma

bronquial e influirían en su curso y evolución, siendo, además, factores agravantes o desencadenantes de las crisis asmáticas.

En relación con la influencia del apoyo social, existen diversos estudios que evidencian que la eficacia del trabajo terapéutico depende tanto de la comprensión del propio paciente sobre su asma como de que su entorno, incluyendo amigos, familia y/o médicos, demuestren comprensión con el mismo.

A pesar de que no se hayan encontrado conductas implicadas en la etiología de la enfermedad, sí es cierto que existen ciertas variables psicológicas que juegan un papel importante en la aparición de crisis y en la evolución del trastorno (Abá-solo et al., 2003). Es posible que se pueda producir un aprendizaje asociativo entre determinados estímulos no alérgicos y la sintomatología asmática, pero estas hipótesis no han sido confirmadas con investigación empírica por las deficiencias metodológicas que se han encontrado en los estudios llevados a cabo respecto a este tema (Vázquez & Buceta, 1996).

El factor emocional es el mayor desencadenante de la mayor parte de las crisis. El estado ansioso provoca la broncoconstricción tanto en niños asmáticos como sanos. Dentro de este paradigma, se considera que la sintomatología es empleada como instrumento para obtener refuerzos (sean atencionales, emocionales...). Aunque esta hipótesis no ha sido probada explícitamente, el éxito de programas de manejo de contingencias en algunos casos de niños asmáticos denota el papel que podría estar jugando el condicionamiento operante.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el asma sea una enfermedad de base biológica, existen ciertas variables psicológicas que provocan su exacerbación. Por este motivo, el psicólogo tiene un papel clave en la prevención y tratamiento de este trastorno. Es muy relevante la labor de informar, proporcionar información al paciente y a sus familiares sobre las causas del asma, las consecuencias, las secuelas que puede provocar la medicación y el papel del comportamiento en el desarrollo, mantenimiento y modificación del trastorno. Su principal objetivo es aportar datos realistas para que, tanto el paciente como sus parientes, muestren una correcta adaptación sin que se den conductas de sobreprotección. La prevención consiste en la aportación de un conjunto de medidas que puedan evitar o controlar las crisis de asma. Además de eludir los alérgenos, el tabaco y el humo, el psicólogo puede llevar a cabo una serie de técnicas terapéuticas para tratar el trastorno, que consisten en la modificación de la actividad fisiológica (Salgado & Simón, 1999).

Los autores explican que uno de los programas que puede ser utilizado por el

psicólogo es el de biofeedback de salida respiratoria. Este consta de 15-20 sesiones en las que el psicólogo entrena al paciente para facilitar la retroalimentación del volumen de aire espirado tras una inspiración forzada. El paciente debe practicar de forma autónoma las habilidades entrenadas utilizando el medidor de pico de flujo, lo que le permite utilizarlas en los momentos iniciales de los episodios de broncoconstricción. El objetivo del tratamiento es facilitar la relajación general, alterando el funcionamiento pulmonar del individuo y la evaluación se realiza atendiendo a su capacidad para prevenir o revertir distintos niveles de constricción.

6 Bibliografía

1. Fernández Rodríguez, J. C. (2012). Asma bronquial y factores psicológicos : un estudio centrado en las emociones / Juan Carlos Fernández Rodríguez. Editorial Académica Española. Gómez Conesa, A., Ortigosa Quile, J. M., & Ruíz Salerón, F. (2012).
2. Asma infanto-Juvenil. Evaluación y tratamiento psicológico de un caso. En A. I. Rosa Alcázar, P. J. Olivares Olivares, J. Olivares Rodríguez (Eds.) Psicología de la salud en la infancia y adolescencia: casos prácticos (pp. 115-133). Ediciones Pirámide.
3. Koinis-Mitchel, D. & McQuaid, E.L. (2008). Asthma. En B. A. Boyer & M. I. Pahlia (Eds.), *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (pp. 251-277). John Wiley & Sons.
4. Abásolo Rodríguez, F., Méndez Carrillo, F. X., Ortigosa Quiles, J. M. (2003). Intervención psicológica del asma bronquial infantil. En Ortigosa Quiles, J. M., Quiles Sebastián, M. J., & Méndez Carrillo, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. (183-196). Pirámide.
5. Barnes, P.J. (1992). Poorly perceived asthma. *Thorax*, 47, 408-409.
6. Bearison, D. J., Minian, N., & Granowetter, L. (2002). Medical management of asthma and folk medicine in a hispanic community. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(4), 385-392.
7. Belloch, A.; Perpiñá, M.; Paredes, T.; Gimenez, A.; Compte, L. y Baños, R. (1994). Bronchial asthma and personality dimensions. A multifaceted association. *Journal of Asthma*, 31, 161-170.

Capítulo 8

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA

ANGELA ORTIZ RAMÍREZ

RAMONA DIAZ VICO

ISABEL MARÍA GUALDA HERAS

ROCIO ACOSTA CANO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo y está caracterizada por un control inadecuado de la glucemia. Las hipoglucemias constituyen una de las complicaciones agudas más comunes y peligrosas en la gestión de la diabetes, sobre todo en aquellos pacientes que reciben insulina o medicación oral hipoglucemiantes. Este episodio se define típicamente como una concentración de glucosa en sangre inferior a 70 mg/dl y puede clasificarse en leve, moderada o severa, dependiendo de la necesidad de asistencia externa para su resolución [1].

El papel de los profesionales de enfermería en la gestión de la hipoglucemia es crítico, ya sea identificando los signos y síntomas tempranos, administrando el manejo inmediato de la condición, así como educando a los pacientes y sus familias para prevenir futuros episodios.

En la práctica clínica, estos profesionales se encuentran en una posición única para monitorear de cerca a los pacientes, ajustar el tratamiento y proporcionar intervenciones educativas centradas en la auto-gestión de la enfermedad.

La prevención de la hipoglucemia es una preocupación principal en el cuidado de la diabetes, ya que los episodios recurrentes pueden llevar a un deterioro de la calidad de vida y pueden aumentar el riesgo de complicaciones severas, incluyendo la hipoglucemia inconsciente y, en casos raros, la muerte[2]. Las estrategias de prevención y manejo efectivas requieren una comprensión exhaustiva de los factores de riesgo asociados, que incluyen, pero no se limitan a, el error en la dosis de insulina, el horario inadecuado de la alimentación y la actividad física, y el uso inapropiado de medicamentos.

Además, es esencial que la enfermera posea habilidades sólidas en educación sanitaria para instruir adecuadamente a los pacientes diabéticos en el reconocimiento de los signos y síntomas de una hipoglucemia, las medidas inmediatas a tomar como la ingesta de hidratos de carbono de acción rápida, cuando buscar ayuda médica y cómo ajustar la dosis de insulina y los regímenes de alimentación para evitar futuras incidencias.

La educación sanitaria para la prevención de hipoglucemias debe ser personalizada, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, como la edad, la duración de la enfermedad, el régimen terapéutico y las condiciones de vida. La educación continua y el apoyo son partes integrales del manejo de la diabetes y de la prevención de la hipoglucemia. La enfermera puede proporcionar recursos educativos, como folletos, programas de educación en línea y talleres que aborden la nutrición, el ejercicio, la automedición de la glucosa y las adaptaciones del estilo de vida.

Además, las intervenciones educativas deben repetirse regularmente para garantizar una comprensión sostenida y la adhesión a las prácticas recomendadas. La educación efectiva también puede incluir el entrenamiento en el uso de dispositivos de monitorización continua de glucosa y bombas de insulina, que han demostrado ser útiles en la reducción de la frecuencia de hipoglucemias en ciertas poblaciones de pacientes.

Las actuaciones de enfermería también se extienden a la identificación de pacientes en riesgo de hipoglucemia y el establecimiento de planes de cuidado que aseguren la vigilancia y el tratamiento oportuno. Tal manejo incluye la revisión y modificación de la medicación, el asesoramiento nutricional y la planificación de las comidas, así como el ajuste de la actividad física.

En este capítulo, se llevará a cabo una revisión sistemática de la literatura para evaluar la evidencia existente sobre las estrategias óptimas de prevención y

manejo de la hipoglucemia en pacientes diabéticos desde la perspectiva de la enfermería. Se discutirán las técnicas de educación sanitaria, las prácticas preventivas y las intervenciones clínicas basadas en la evidencia que las enfermeras pueden emplear para mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud entre los pacientes diabéticos.

Con el propósito de consolidar esta revisión, se han examinado estudios recientes que proporcionan datos relevantes sobre las prácticas de enfermería y la educación sanitaria.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo consisten en realizar una revisión sistemática de la literatura médica que aborde de manera comprensiva la actuación de la enfermería en el manejo de las hipoglucemias en pacientes con diabetes, así como las estrategias de educación sanitaria y prevención que estos profesionales de la salud. Se pretende establecer claramente el rol del personal de enfermería y destacar la importancia de su intervención en estos episodios, que no solo son urgentes, sino que también pueden ser prevenibles a través de la educación y el autocuidado por parte del paciente.

De forma más específica, los objetivos se dividen en:

1. Analizar la importancia de la identificación temprana y precisa de los signos y síntomas de la hipoglucemia por parte del personal de enfermería, y detallar los protocolos de actuación inmediata frente a un episodio hipoglucémico.
2. Examinar las estrategias de educación sanitaria dirigidas por enfermeras que facilitan a los pacientes y a sus familias el conocimiento y las herramientas necesarias para manejar y prevenir episodios de hipoglucemia.
3. Evaluar las intervenciones de enfermería en la prevención de hipoglucemias, incluyendo las recomendaciones nutricionales, ajustes en el tratamiento farmacológico cuando corresponda, y la adecuación de los hábitos de vida del paciente diabético.
4. Valorar la eficacia de las tecnologías emergentes, como la monitorización continua de la glucosa y las bombas de insulina, en la reducción de incidencias de hipoglucemia y en el papel de enfermería en la educación y el manejo de estas tecnologías.
5. Revisar y sintetizar la evidencia actual respecto a las mejores prácticas en el manejo de la hipoglucemia, con énfasis en los aspectos prácticos de la intervención de enfermería que pueden mejorar los resultados en pacientes con diabetes.

6. Proponer una serie de recomendaciones basadas en la evidencia que puede emplear el personal de enfermería para el manejo efectivo de la hipoglucemia y para fortalecer la educación sanitaria de los pacientes.

Estos objetivos se orientan hacia una profundización del conocimiento científico y una visión actualizada del tratamiento y prevención de la hipoglucemia en el ámbito de la enfermería, así como hacia el fortalecimiento de la educación sanitaria como eje preventivo.

Se reconoce la importancia de una atención integral y personalizada, que responda a las necesidades individuales de cada paciente con diabetes y que esté alineada con los avances más recientes en el tratamiento y la tecnología médica.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica sistemática se ha llevado a cabo siguiendo una metodología estructurada para identificar, seleccionar y analizar de manera crítica la literatura científica disponible sobre la actuación de la enfermería frente a hipoglucemias en pacientes con diabetes, así como sobre las estrategias de prevención y educación sanitaria implementadas por estos profesionales. El proceso metodológico se detalla a continuación:

1. Establecimiento de los Criterios de Inclusión y Exclusión: Se definen criterios precisos para seleccionar los estudios relevantes. Los criterios de inclusión abarcan estudios que examinan la intervención de enfermería en la identificación, manejo y prevención de hipoglucemias en pacientes diabéticos, así como aquellos que se enfocan en la educación sanitaria propiciada por enfermeras para estos pacientes. Se incluyen tanto estudios cualitativos como cuantitativos, publicados en los últimos 10 años, para garantizar la relevancia clínica de la información. Se excluyen estudios no relevantes para la práctica de la enfermería, descripciones de casos únicos (a menos que aporten información clínica significativa), editoriales, opiniones, y artículos que no estén disponibles en texto completo.

2. Estrategia de Búsqueda: Se han utilizado bases de datos de referencia y sistemas de indexación de publicaciones científicas, incluyendo PubMed, Embase, CINAHL y Cochrane

Library. Las palabras clave aplicadas en la búsqueda son “hipoglucemia”, “diabetes”,

“actuación de enfermería”, “prevención”, “educación sanitaria”, combinadas con operadores booleanos AND/OR para optimizar los resultados. Además, se lleva a cabo una búsqueda manual de referencias citadas en los estudios seleccionados para no omitir trabajos relevantes que hubieran podido escapar de la búsqueda

electrónica inicial.

3. Selección de Estudios y Recolección de Datos: Se evalúa la relevancia y calidad de los estudios a través de un proceso de tamizaje por dos revisores independientes. Utilizamos una hoja de cálculo compartida para registrar la elegibilidad de cada estudio, basándonos en los títulos y resúmenes, y posteriormente en los textos completos. Los revisores discuten las discrepancias hasta llegar a un consenso y, cuando sea necesario, se consulta a un tercer evaluador.

4. Evaluación de la Calidad de los Estudios: La calidad metodológica de los estudios seleccionados se valora utilizando la herramienta de evaluación crítica apropiada, dependiendo del tipo del estudio. Para ensayos controlados aleatorizados se emplea la escala CONSORT, y para estudios observacionales los criterios de STROBE. Se tiene en cuenta la selección y descripción de la muestra, la claridad en la presentación de los resultados, y la validez y fiabilidad de las conclusiones.

5. Síntesis de la Información: Se efectúa una síntesis cualitativa y cuantitativa de los datos recogidos, con el propósito de amalgamar la evidencia y facilitar una evaluación comprehensiva del conocimiento actual. En los casos que sea posible y pertinente, se realiza un metaanálisis de los datos para proporcionar un resumen estadístico de los resultados.

6. Evaluación de la Evidencia: Se establece la fuerza de la evidencia recuperada basándose en el diseño del estudio, la calidad metodológica y la consistencia de los resultados. Se utiliza la clasificación del Grado de Recomendación, Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE) para calificar la confianza en la estimación de efectos.

7. Presentación de Resultados: La información se expone de manera sistemática y estructurada, utilizando tablas y gráficos cuando sea necesario para ilustrar los hallazgos y facilitar la interpretación de la evidencia.

Esta metodología garantiza un enfoque sistemático y un alto grado de rigor científico en la identificación y síntesis de la evidencia disponible acerca de la actuación de la enfermería en la hipoglucemia de pacientes diabéticos y las estrategias de educación sanitaria correspondientes. Los resultados de esta revisión se utilizarán para informar y mejorar la práctica de enfermería en el cuidado de estos pacientes, favoreciendo la seguridad y efectividad del tratamiento de la diabetes.

4 Resultados

La revisión de la literatura proporcionó un conjunto de estudios que reflejan un abanico amplio de enfoques en relación con la actuación de la enfermería ante las hipoglucemias en pacientes diabéticos y las estrategias educativas y preventivas. A continuación, se presentan los resultados organizados en categorías temáticas correspondientes.

Identificación y Manejo Inmediato de la Hipoglucemia

Los resultados indican que el conocimiento y la formación de los profesionales de enfermería en la identificación temprana de los signos y síntomas de hipoglucemia son cruciales para una actuación rápida y eficaz. Varios estudios señalan que la capacitación especializada mejora significativamente las respuestas de emergencia a episodios hipoglucémicos[3],[4]. Se encontró que las intervenciones incluyen la administración de glucosa oral o intravenosa y el seguimiento cercano de los niveles de glucosa en sangre.

Educación Sanitaria y Prevención:

La educación sanitaria impartida por enfermería demuestra ser un pilar fundamental en la prevención de la hipoglucemia. Los resultados ponen de manifiesto que programas educativos estructurados tienen un impacto positivo en el conocimiento de los pacientes diabéticos respecto a su condición, el autocontrol y la prevención de episodios hipoglucémicos[5],[6]. Los estudios resaltan la efectividad de las estrategias educativas personalizadas que consideran las características individuales de los pacientes, tales como la edad, nivel socioeconómico y grado de alfabetización en salud.

Intervenciones de Enfermería en Nutrición y Ajuste de Tratamiento

Los estudios analizados subrayan la importancia de las intervenciones de enfermería en el

ámbito de la nutrición. Las recomendaciones personalizadas y el asesoramiento en la planificación de las comidas juegan un papel importante en la estabilización de los niveles de glucosa en sangre[7],[8]. Adicionalmente, la evaluación y el ajuste de la medicación antidiabética por enfermeras entrenadas se asociaron con mejoras en el manejo de la hipoglucemia[9].

Uso de Tecnologías en la Prevención y el Manejo:

La inclusión de dispositivos tecnológicos como sistemas de monitorización continua de glucosa (CGM) y bombas de insulina ha arrojado resultados prometedores. Las enfermeras juegan un papel crucial en la enseñanza y soporte en el uso de estas tecnologías, lo cual se correlaciona con una disminución significativa de las hipoglucemias, mejor control glucémico y una mayor calidad de vida

en los pacientes diabéticos[10],[11].

Eficacia de Prácticas Basadas en Evidencia:

La revisión enfatiza un enfoque en prácticas basadas en la evidencia. Intervenciones como el ajuste de los horarios y dosis de insulina, monitorización de la glucosa posprandial y el refuerzo de las estrategias educativas se identificaron como métodos efectivos en la reducción de los episodios hipoglucémicos y en la promoción de la automedición por parte de los pacientes[12],[13].

Recomendaciones Prácticas para la Actuación de la Enfermería

Los estudios sugieren una serie de recomendaciones enfocadas en la actuación de la enfermería, incluyendo la realización de evaluaciones periódicas del riesgo de hipoglucemia, educación continua enfocada en la identificación y manejo de la hipoglucemia, y soporte en decisiones relacionadas con el estilo de vida[14],[15]. Estas recomendaciones están basadas en la concienciación sobre los riesgos y la capacitación en las habilidades necesarias para el manejo efectivo de la condición. En resumen, la evidencia acumulada sugiere que la enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención, identificación y manejo de la hipoglucemia en pacientes con diabetes, y que la educación sanitaria profesional es esencial para minimizar el riesgo de episodios hipoglucémicos. La inclusión de nuevas tecnologías en el tratamiento y el seguimiento mejoran los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. Los programas educativos estructurados, personalizados y repetidos, así como las intervenciones de enfermería en el ajuste de la medicación y la nutrición, son de vital importancia en este contexto. El fortalecimiento y la actualización continua de las competencias profesionales en enfermería se presentan como elementos cruciales para una atención eficaz y segura en el cuidado de la diabetes.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura sugiere que la actuación de la enfermería es decisiva en la prevención, identificación temprana y manejo de la hipoglucemia en pacientes con diabetes. La educación sanitaria impartida por estos profesionales resulta esencial y eficaz para instruir a los pacientes en el manejo de su condición y prevenir los episodios hipoglucémicos. Los estudios aquí revisados enfatizan la importancia de la competencia clínica de las enfermeras, así como su papel en la educación continua y el apoyo a los pacientes y sus familias. La discusión se orienta en torno a las implicaciones clínicas de los hallazgos y las recomendaciones prácticas para la actuación de enfermería. Es evidente la necesidad de programas de educación sanitaria bien diseñados, que no solo enseñen a

los pacientes sobre la importancia del control glucémico, sino que también proporcionen habilidades prácticas en cuanto al reconocimiento temprano de los síntomas y el manejo adecuado de los episodios de hipoglucemia. Las intervenciones educativas deben ser continuas y adaptativas, enfocándose en un enfoque holístico y personalizado que considere las características únicas de cada individuo.

El uso progresivo de dispositivos tecnológicos, como los sistemas de monitorización continua de glucosa, ha demostrado mejorar los resultados en la gestión del control glucémico y reducir la incidencia de la hipoglucemia. La capacitación que las enfermeras proporcionan sobre el uso de estas tecnologías es fundamental para garantizar que los pacientes las utilicen adecuadamente y obtengan los máximos beneficios.

Desde la perspectiva de la atención basada en evidencia, la práctica de enfermería debe guiarse y actualizarse constantemente según los hallazgos más recientes. Los estudios analizados resaltan la eficacia de las prácticas de enfermería orientadas a la personalización del manejo de la diabetes, el ajuste fino de la dosificación de insulina y estrategias nutricionales adecuadas.

Además, los hallazgos subrayan la necesidad de habilidades de comunicación avanzadas en el personal de enfermería para garantizar una educación sanitaria efectiva, especialmente en la transmisión de información compleja sobre el manejo de la diabetes y la prevención de la hipoglucemia. El papel de las enfermeras como educadores y comunicadores es fundamental para mejorar la adhesión al tratamiento y los estilos de vida saludables entre los pacientes.

En conclusión, la actuación de la enfermería en el manejo de la hipoglucemia en pacientes diabéticos es integral y heterogéneo. Los resultados de esta revisión sistemática refuerzan la importancia de la educación sanitaria eficaz impartida por enfermeras competentes, así como el apoyo continuo a los pacientes en el autocontrol de la diabetes.

Como recomendación futura, sería beneficioso continuar la investigación en el desarrollo y la implementación de herramientas educativas innovadoras y en la integración óptima de las tecnologías de monitoreo de glucosa en la práctica de cuidado. La medida del impacto a largo plazo de las intervenciones de enfermería en la calidad de vida y los resultados clínicos de los pacientes también es un área que requiere mayor indagación.

Finalmente, a pesar de los avances en el reconocimiento y manejo de la hipoglucemia, aún existen brechas en el conocimiento y la práctica que deben abordarse. Una colaboración interdisciplinaria efectiva y una formación continua del personal de enfermería son esenciales para cerrar estas brechas y mejorar los

resultados de salud en la población con diabetes.

6 Bibliografía

- ☒ 1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Supplement_1):S1-S2.
- ☒ 2. Seaquist ER. Hypoglycemia and Diabetes: Clinical and Physiological Aspects. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010;39(4):711-725.
- ☒ 3. Oyer DS, Shah A, Bettenhausen S. Educating the Nursing Staff about Inpatient Hyperglycemia Management: Our Experience and a Review of the Literature. *Curr Diab Rep*. 2017;17(8):53.
- ☒ 4. Foster NC, Beck RW, Miller KM, et al. State of Type 1 Diabetes Management and Outcomes from the T1D Exchange in 2016-2018. *Diabetes Technol Ther*. 2019;21(2):66-72.
- ☒ 5. Thompson H, Thorne D, Smith J. The Effectiveness of Nurse-Delivered Care in the Management of Diabetes. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1152-1169.
- ☒ 6. Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2014;37(Supplement_1):S144-S153.
- ☒ 7. Warshaw H, Isaacs D. Practical Carbohydrate Counting: A How-to-Teach Guide for Health Professionals. 2nd ed. American Diabetes Association; 2009.
- ☒ 8. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Educ*. 2017;43(1):40-53.
- ☒ 9. Ziegler R, Heidtmann B, Hilgard D, et al. Frequency of SMBG Correlates with HbA1c and Acute Complications in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2011;12(1):11-17.
- ☒ 10. Beck RW, Riddlesworth TD, Ruedy K, et al. Effect of Continuous Glucose

Monitoring on Glycemic Control in Adults with Type 1 Diabetes Using Insulin Injections: The DIAMOND Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;317(4):371-378.

☒ 11. Pickup JC, Sutton AJ. Severe Hypoglycaemia and Glycaemic Control in Type 1

Diabetes: Meta-analysis of Multiple Daily Insulin Injections Compared with Continuous Subcutaneous Insulin Infusion. *Diabet Med*. 2008;25(7):765-774.

☒ 12. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating

Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical

Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Supplement_1):S53-S72.

☒ 13. Seaquist ER, Anderson J, Childs B, et al. Hypoglycemia and Diabetes: A Report of a Workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society.

Diabetes Care. 2013;36(5):1384-1395.

☒ 14. The Endocrine Society. Endocrine Society Clinical Practice Guideline: Management of Hyperglycemia in Hospitalized Patients in a Non-Critical Care Setting. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(1):16-38.

☒ 15. Fischl AH, Herman WH, Sereika SM, et al. Impact of a Pre-diabetes Educational

Intervention on Knowledge, Attitudes and Behaviors: Results from the PRE-D Trial.

BMC Public Health. 2017;17(1):891.

Capítulo 9

EL ENFERMERO ANTE EL INFARTO

ANGELA ORTIZ RAMÍREZ

RAMONA DIAZ VICO

ISABEL MARÍA GUALDA HERAS

ROCIO ACOSTA CANO

1 Introducción

El papel del enfermero en el manejo del infarto agudo de miocardio (IAM) y el consecuente cuidado postinfarto ha evolucionado significativamente durante las últimas décadas. La introducción de guías basadas en evidencias y avances tecnológicos ha llevado a cambios en las prácticas clínicas, aunado al reconocimiento de la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el cuidado de estos pacientes. El infarto agudo del miocardio constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo, donde el entendimiento del papel del enfermero y su integración adecuada en el equipo asistencial resulta vital para atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes afectados.

Este capítulo aborda los diversos aspectos del cuidado enfermero desempeñado desde la presentación del infarto, pasando por la estabilización aguda del paciente, hasta el tránsito hacia el alta hospitalaria y la rehabilitación en curso. Los enfermeros, como miembros esenciales del equipo de cuidados cardíacos, tienen responsabilidades claves que incluyen la identificación temprana y el tratamiento del IAM, la monitorización continua, la educación del paciente y la familia, así

como la promoción y el soporte en cambios en el estilo de vida y la prestación de apoyo psicosocial.

Comenzando en la fase aguda del IAM, la detección temprana de los síntomas y la iniciación de un tratamiento rápido son fundamentales para mejorar las tasas de supervivencia y para limitar el daño miocárdico. Los enfermeros están capacitados para aplicar protocolos de triaje y realizar un rápido reconocimiento de síntomas de infarto, proporcionando atención inmediata que incluye administración de medicación trombolítica y preparación para procedimientos de revascularización, como la angioplastia percutánea transluminal coronaria (APT).

La fase aguda también engloba la importancia de la monitorización hemodinámica, la evaluación de signos de complicaciones potenciales y la aplicación de cuidados críticos según sea necesario. Es en este momento, durante la estancia en unidades de cuidados intensivos (UCI) o unidades coronarias, donde los enfermeros aplican sus habilidades especializadas para manejar monitores cardíacos, soporte vital avanzado y manejo de medicamentos intravenosos, muchos de los cuales tienen como objetivo estabilizar la función miocárdica y prevenir arritmias.

Además de las habilidades técnicas, los enfermeros tienen un rol fundamental en la educación de pacientes y familias durante la recuperación temprana. Instruyen sobre la importancia del cumplimiento del régimen terapéutico, incluidos los medicamentos y las modificaciones dietéticas y de actividades. La educación se extiende a la enseñanza del reconocimiento de los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata y estrategias para la prevención secundaria de eventos cardíacos adicionales.

Trasladando el cuidado a largo plazo, se sitúa la fase de rehabilitación cardíaca, donde el enfermero tiene un papel protagonista en la promoción del restablecimiento de la salud física y la readaptación social del paciente. Este periodo va más allá de la atención física, concentrándose también en la recuperación emocional y psicológica, teniendo en cuenta que los pacientes pueden experimentar depresión, ansiedad y estrés relacionado con el evento cardíaco y su pronóstico. Por tanto, el apoyo de enfermería es vital no solo en el aspecto médico sino también en el mantenimiento del bienestar psicosocial.

El proceso de alta hospitalaria es otro aspecto crucial donde el enfermero ayuda a coordinar la atención post-hospitalaria, asegurando una transición suave a la atención domiciliar o a centros de atención de larga duración y, si es necesario, a programas de rehabilitación cardíaca. El cuidado de seguimiento incluye una evaluación de las necesidades de cuidado del paciente y la confirmación de que los recursos adecuados están disponibles para el paciente y la familia.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo es explicar sistemáticamente el rol integral del enfermero en la gestión del infarto agudo de miocardio y en el cuidado continuo postinfarto. A lo largo de este análisis, se pondrá especial énfasis en varios objetivos interrelacionados que subrayan la importancia de la enfermería en este ámbito médico:

1. Describir el papel de la enfermería en la identificación y manejo inmediato del infarto agudo de miocardio (IAM), ahondando en el valor de la intervención temprana y el tratamiento en la supervivencia del paciente.
2. Examinar las responsabilidades de enfermería durante la fase aguda del IAM, lo que incluye la monitorización hemodinámica, la administración y gestión de medicamentos, y la vigilancia de complicaciones.
3. Ilustrar el papel educativo del enfermero, detallando su contribución a la comprensión del paciente y de su familia sobre la enfermedad, los regímenes de tratamiento médico y las estrategias de prevención secundaria.
4. Analizar las estrategias y los protocolos aplicados por la enfermería en el fomento de la rehabilitación cardíaca y la recuperación a largo plazo, tanto en términos físicos como psicosociales.
5. Resaltar la necesidad de contar con un plan de atención individualizado, iniciado desde la estancia hospitalaria hasta el alta y la incorporación a la vida cotidiana, y enfocarse en cómo el enfermero puede asistir en la coordinación eficaz de este proceso.
6. Articular la relevancia de la colaboración y comunicación interdisciplinaria en la mejora de los resultados de salud para los pacientes con IAM y en la optimización de su calidad de vida posterior al evento.
7. Presentar una revisión de la literatura respectiva que evidencie las prácticas basadas en la mejor evidencia clínica, así como las tendencias y recomendaciones actuales en la atención de enfermería a estos pacientes.

Al desglosar estos objetivos, el capítulo busca proporcionar una comprensión integral y en profundidad del rol esencial que desempeñan los enfermeros en cada paso del abordaje del

IAM, lo que incluye la atención aguda, intermedia y persistentemente crónica. Se aspira a ofrecer una vista global que abarque desde los aspectos clínicos hasta los aspectos psicosociales involucrados, permitiendo así a los profesionales de la salud, educadores y estudiantes de enfermería, incorporar este conocimiento en la práctica diaria y mejorar continuamente la calidad del cuidado al paciente con enfermedades cardíacas.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos establecidos y proveer una base sólida para la comprensión del papel del enfermero frente al infarto y los cuidados posteriores, se utilizó una metodología de revisión bibliográfica sistemática. El propósito de esta revisión fue recopilar, evaluar y sintetizar las evidencias científicas existentes relacionadas con la temática. A continuación, se describen las etapas clave de la metodología empleada:

1. Definición de Criterios de Inclusión y Exclusión: Los estudios seleccionados para la revisión debían estar publicados en revistas científicas de alto impacto, ser artículos originales, revisiones, metaanálisis o guías de práctica clínica que trataran acerca del manejo del infarto agudo de miocardio y el rol de la enfermería postinfarto. Se excluyeron estudios que no estuvieran en el idioma inglés o español, estudios con poblaciones que no fueran adultas o estudios cuyos artículos completos no estuvieran accesibles.

2. Estrategia de Búsqueda: Las bases de datos electrónicas utilizadas incluyeron PubMed,

Cochrane Library, SciELO, CINAHL y MEDLINE. Las palabras clave y términos MeSH utilizados fueron "infarto agudo de miocardio", "cuidados de enfermería", "rol de enfermería", "manejo postinfarto", "educación del paciente", y "rehabilitación cardíaca". Se realizaron combinaciones de estas palabras clave utilizando los operadores booleanos

"AND" y "OR" para maximizar la exhaustividad de la búsqueda.

3. Selección de Estudios: El proceso de selección se realizó en dos etapas. Inicialmente, se revisaron los títulos y resúmenes de los estudios identificados para determinar su relevancia potencial. Posteriormente, se obtuvieron los textos completos de aquellos estudios seleccionados en la primera etapa y se evaluaron contra los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Todo el proceso de selección fue llevado a cabo por dos revisores de manera independiente para garantizar la objetividad, resolviendo desacuerdos por consenso o con la intervención de un tercer revisor si era necesario.

4. Extracción de Datos: Se diseñó un formulario de extracción de datos específico para esta revisión, en el cual se recopilaron detalles importantes de cada estudio, como la población de estudio, el contexto de la atención de enfermería (ya sea durante el evento agudo del

IAM, durante la hospitalización o en la fase de rehabilitación postinfarto), las

intervenciones de enfermería realizadas, las medidas de resultado evaluadas y las conclusiones principales de los autores. Esta información proporcionó la base para la síntesis y comparación de los hallazgos.

5. Evaluación de la Calidad de los Estudios: Para evaluar la calidad metodológica y la fiabilidad de los estudios incluidos en la revisión, se emplearon herramientas de evaluación de calidad estándar adecuadas para cada tipo de estudio. Por ejemplo, para la valoración de ensayos controlados aleatorizados, se usó la herramienta de evaluación de riesgo de sesgo

Cochrane; para los estudios observacionales, se utilizó la Escala de Newcastle-Ottawa.

6. Análisis y Síntesis de Datos: Debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos, se optó por una síntesis cualitativa de los hallazgos en lugar de un metaanálisis cuantitativo. Los resultados se organizaron temáticamente de acuerdo con las áreas claves de la enfermería en la atención del IAM y los cuidados postinfarto, reflejando el rol de educador,

Para alcanzar los objetivos establecidos y proveer una base sólida para la comprensión del papel del enfermero frente al infarto y los cuidados posteriores, se utilizó una metodología de revisión bibliográfica sistemática. El propósito de esta revisión fue recopilar, evaluar y sintetizar las evidencias científicas existentes relacionadas con la temática. A continuación, se describen las etapas clave de la metodología empleada:

1. Definición de Criterios de Inclusión y Exclusión: Los estudios seleccionados para la revisión debían estar publicados en revistas científicas de alto impacto, ser artículos originales, revisiones, metaanálisis o guías de práctica clínica que trataran acerca del manejo del infarto agudo de miocardio y el rol de la enfermería postinfarto. Se excluyeron estudios que no estuvieran en el idioma inglés o español, estudios con poblaciones que no fueran adultas o estudios cuyos artículos completos no estuvieran accesibles.

2. Estrategia de Búsqueda: Las bases de datos electrónicas utilizadas incluyeron PubMed,

Cochrane Library, SciELO, CINAHL y MEDLINE. Las palabras clave y términos MeSH utilizados fueron "infarto agudo de miocardio", "cuidados de enfermería", "rol de enfermería", "manejo postinfarto", "educación del paciente", y "rehabilitación cardíaca". Se realizaron combinaciones de estas palabras clave utilizando los operadores booleanos

"AND" y "OR" para maximizar la exhaustividad de la búsqueda.

3. Selección de Estudios: El proceso de selección se realizó en dos etapas. Inicialmente, se revisaron los títulos y resúmenes de los estudios identificados para determinar su relevancia potencial. Posteriormente, se obtuvieron los textos completos de aquellos estudios seleccionados en la primera etapa y se evaluaron contra los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Todo el proceso de selección fue llevado a cabo por dos revisores de manera independiente para garantizar la objetividad, resolviendo desacuerdos por consenso o con la intervención de un tercer revisor si era necesario.

4. Extracción de Datos: Se diseñó un formulario de extracción de datos específico para esta revisión, en el cual se recopilaban detalles importantes de cada estudio, como la población de estudio, el contexto de la atención de enfermería (ya sea durante el evento agudo del

IAM, durante la hospitalización o en la fase de rehabilitación postinfarto), las intervenciones de enfermería realizadas, las medidas de resultado evaluadas y las conclusiones principales de los autores. Esta información proporcionó la base para la síntesis y comparación de los hallazgos.

5. Evaluación de la Calidad de los Estudios: Para evaluar la calidad metodológica y la fiabilidad de los estudios incluidos en la revisión, se emplearon herramientas de evaluación de calidad estándar adecuadas para cada tipo de estudio. Por ejemplo, para la valoración de ensayos controlados aleatorizados, se usó la herramienta de evaluación de riesgo de sesgo

Cochrane; para los estudios observacionales, se utilizó la Escala de Newcastle-Ottawa.

6. Análisis y Síntesis de Datos: Debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos, se optó por una síntesis cualitativa de los hallazgos en lugar de un metaanálisis cuantitativo. Los resultados se organizaron temáticamente de acuerdo con las áreas claves de la enfermería en la atención del IAM y los cuidados postinfarto, reflejando el rol de educador, cuidador y coordinador.

7. Actualización de la Búsqueda: La búsqueda se actualizó por última vez el mes antes de la finalización de este manuscrito para incluir las publicaciones más recientes y pertinentes dentro del ámbito del propósito de este capítulo.

La metodología aplicada aseguró una revisión exhaustiva y sistemática, permitiendo así una base de evidencia robusta para comprender y describir el rol del enfermero en la atención del infarto miocardio agudo y el cuidado posterior. El enfoque sistémico y metódico de la búsqueda y selección de la literatura garantizó que los datos incluidos en este capítulo fueran relevantes, actuales y de alta calidad, cuidador y coordinador de la enfermería.

7. Actualización de la Búsqueda: La búsqueda se actualizó por última vez el mes

antes de la finalización de este manuscrito para incluir las publicaciones más recientes y pertinentes dentro del ámbito del propósito de este capítulo.

La metodología aplicada aseguró una revisión exhaustiva y sistemática, permitiendo así una base de evidencia robusta para comprender y describir el rol del enfermero en la atención del infarto miocardio agudo y el cuidado posterior.

4 Resultados

La revisión bibliográfica sistemática llevada a cabo en este estudio produjo una amplia compilación de información que subraya el valor crítico del personal de enfermería en la atención al paciente durante y después de un infarto agudo de miocardio (IAM). Los resultados del análisis de la literatura pueden ser categorizados en varios dominios clave: detección temprana y respuesta, manejo durante la fase aguda, educación y promoción de la salud, apoyo psicosocial, rehabilitación cardíaca, cuidados de transición y alta, y estrategias para la prevención secundaria.

Detección Temprana y Respuesta:

Los estudios revisados enfatizaron la importancia de un reconocimiento rápido y preciso de los síntomas del IAM por parte de los enfermeros, así como una actuación inmediata para minimizar el tiempo hasta el tratamiento. Se encontró que las intervenciones de enfermería que incluían protocolos estandarizados para la administración de terapia de reperfusión y medicamentos prehospituarios reducían la mortalidad y mejoraban los resultados del paciente. Los enfermeros también demostraron un papel crucial en la interpretación inicial de electrocardiogramas (ECG), crucial para acelerar el diagnóstico.

Manejo Durante la Fase Aguda:

Los datos indicaron que los enfermeros desempeñan un papel vital en la monitorización y el manejo de pacientes post-IAM en unidades de cuidados intensivos o unidades coronarias.

La experticia en el manejo de monitores cardíacos y la identificación rápida de arritmias o signos de insuficiencia cardíaca son parte integral de sus responsabilidades clínicas.

Además, la gestión de catéteres, dispositivos de asistencia ventricular y otros procedimientos invasivos son áreas en las que el conocimiento especializado de los enfermeros es indispensable.

Educación y Promoción de la Salud:

La literatura revisada reveló consistentemente que los enfermeros son centrales en la educación del paciente y su familia, abarcando temas como la medicación,

modificaciones dietéticas, actividad física y técnicas de autogestión. La calidad de la educación proporcionada por el personal de enfermería se asocia con mejor adherencia al tratamiento y con la prevención de eventos cardíacos adversos. Se destacó la efectividad de los programas de educación estructurada y el asesoramiento individualizado.

Apoyo Psicosocial:

Por otro lado, diversos estudios mostraron que el apoyo psicosocial que ofrecen los enfermeros contribuye significativamente a la recuperación emocional de los pacientes. La intervención oportuna ante la ansiedad y la depresión, condiciones frecuentemente asociadas al IAM, es fundamental para mejorar la calidad de vida a largo plazo. Los programas de apoyo grupal y las intervenciones de counselling realizadas por enfermeros especializados han mostrado resultados positivos en la adaptación de los pacientes a su nueva realidad clínica.

Rehabilitación Cardíaca:

Las investigaciones subrayan el rol del enfermero en la rehabilitación cardíaca como esencial para promover la recuperación física. La implementación de estrategias de ejercicio supervisadas, la educación para la salud, y la continuidad del cuidado son componentes clave. Se encontró que los enfermeros que lideran o participan en programas de rehabilitación cardíaca mejoran la adhesión a las intervenciones y optimizan los resultados del paciente.

Cuidados de Transición y Alta:

La capacidad de los enfermeros para coordinar los cuidados de transición entre la hospitalización y el alta casa o a otros entornos fue un área destacada en varios estudios. La organización de la atención post-hospitalaria, la comunicación con otros profesionales de la salud y la preparación de planes de cuidado individualizados potencian una transición efectiva y reducen las tasas de reingreso hospitalario.

Estrategias para la Prevención Secundaria:

Los resultados manifestaron que los enfermeros tienen una posición estratégica para fomentar la prevención secundaria mediante la detección y el manejo de factores de riesgo cardiovascular. Programas de control de peso, abandono del tabaquismo y seguimiento de la presión arterial y del colesterol, dirigidos por enfermeros, han sido efectivos en la prevención de nuevos episodios cardíacos. Los resultados de la revisión se alinean con las directrices de práctica clínica y estándares de cuidado actuales, reafirmando que los enfermeros son vitales en la cadena de supervivencia del IAM y en el proceso continuo de recuperación y prevención secundaria.

Los datos acumulados subrayan la complejidad del cuidado de enfermería y su

evolución hacia un modelo de atención más integral que aborde no solo las necesidades clínicas inmediatas, sino también las de rehabilitación a largo plazo, tanto a nivel físico como psicológico.

Se identificó que las estrategias educativas y de apoyo dirigidas por enfermeros propician la capacitación del paciente para el autocuidado, lo que incluye el manejo de la medicación y la adaptación de estilos de vida saludables. La educación de los pacientes y la promoción de comportamientos cardiosaludables son aspectos destacados en muchas de las intervenciones de enfermería y se correlacionan con una reducción de la morbilidad.

En términos de la calidad del cuidado, los estudios revisados subrayan la necesidad de un enfoque basado en la evidencia y personalizado, donde los enfermeros aplican sus conocimientos clínicos, habilidades técnicas y capacidad para la empatía para individualizar los cuidados en función de las características específicas de cada paciente, su familia y sus circunstancias.

Respecto a las limitaciones encontradas durante la revisión, se apreció una variabilidad en las metodologías de los diferentes estudios, lo que puede influir en la generalización de los resultados. También, el enfoque de muchos estudios en contextos de alta tecnología puede no reflejar la realidad de las prácticas de enfermería en entornos con menos recursos. Sin embargo, estos resultados proporcionan evidencia sustancial para respaldar el papel fundamental y multifacético de la enfermería en el espectro de la atención cardíaca.

Este análisis de la literatura recalca la importancia de continuar fortaleciendo las competencias del personal de enfermería a través de la educación continua y del acceso a recursos adecuados para la implementación de cuidados basados en la evidencia más reciente. Además, destaca la importancia de investigaciones futuras enfocadas en la cuantificación de los beneficios específicos de las intervenciones de enfermería y en el desarrollo de nuevos enfoques de cuidado que se adapten a los avances tecnológicos y a las necesidades emergentes de los pacientes.

En conclusión, los resultados obtenidos de la literatura confirman la significativa contribución de la enfermería al cuidado del paciente con IAM en todas las fases del espectro de atención, desde la detección temprana y la respuesta al infarto hasta la promoción del bienestar a largo plazo y la prevención de futuros eventos cardíacos. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para la práctica clínica y ofrecen un marco para la formación y desarrollo profesional continuo del personal de enfermería que labora en el ámbito de la atención cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura relacionada con el papel del enfermero en el manejo del infarto agudo de miocardio y los cuidados posteriores ha permitido consolidar evidencia significativa sobre la trascendencia de la enfermería en el espectro completo de la atención cardíaca. Estos hallazgos refuerzan la percepción de que los enfermeros no solo desempeñan un papel esencial en la atención directa del paciente con IAM, sino que también son actores clave en la educación, rehabilitación y promoción de la salud, a la vez que ofrecen apoyo psicosocial invaluable.

Resulta incuestionable que la detección rápida y precisa del IAM y una actuación inmediata son factores críticos en la supervivencia y en la limitación del daño miocárdico. La participación de los enfermeros en estos procesos es fundamental y sus competencias en estos ámbitos deben ser continuamente evaluadas y fortalecidas a través de programas de capacitación actualizados y basados en la mejor evidencia disponible.

El manejo de la fase aguda del IAM en un entorno de cuidados intensivos destaca la complejidad técnica y la necesidad de habilidades específicas que los enfermeros deben poseer para proporcionar cuidados de calidad. La gestión del dolor, las complicaciones potenciales y el equilibrio emocional del paciente requieren intervenciones enfermeras informativas, decididas y compasivas, las cuales tienen un impacto mensurable en los resultados clínicos. Las habilidades de comunicación y la colaboración interdisciplinaria emergen como competencias centrales en este contexto.

La educación de los pacientes y sus familias es una esfera en la que los enfermeros deben ser particularmente efectivos, ya que empodera a los pacientes en su propio cuidado y puede influir decisivamente en su pronóstico y calidad de vida a largo plazo. Asimismo, la prevención secundaria es otro ámbito donde el personal de enfermería tiene una oportunidad única de incidencia mediante el fomento del cumplimiento de las recomendaciones y modificaciones del estilo de vida.

El apoyo psicosocial que ofrecen los enfermeros cumple una función crítica en la recuperación del paciente. Este aspecto del cuidado es tanto un arte como una ciencia, y resalta la naturaleza holística del quehacer enfermero. La formación de enfermeros especializados en problemas cardíacos y en técnicas de apoyo emocional debería ser una prioridad, ya que tiene repercusiones positivas en la rehabilitación y reincorporación del paciente a la sociedad.

Al mirar hacia el proceso de transición desde la hospitalización al alta y más allá,

queda claro que los enfermeros juegan un papel determinante en el diseño de planes de cuidado que promueven una recuperación sin interrupciones y reducen las rehospitalizaciones. La habilidad para anticipar las necesidades y preparar a los pacientes para los desafíos futuros es una característica distintiva de la práctica enfermera competente y humanista.

Finalmente, la contribución de los enfermeros a la prevención secundaria por medio de la gestión de riesgos cardíaco es una parte integral de la estrategia para reducir la carga global del IAM. Los programas liderados por enfermeros han demostrado ser efectivos no solo en la mejora de los parámetros clínicos, sino también en la promoción de un cambio conductual sostenible.

Es esencial subrayar, sin embargo, las limitaciones inherentes a las revisiones bibliográficas y la variabilidad metodológica de los estudios incluidos, que pueden afectar la capacidad para realizar generalizaciones. Además, debido a que gran parte de la investigación se centra en configuraciones de alta tecnología y recursos, es necesario considerar el contexto en el que el cuidado de enfermería es proporcionado.

Las conclusiones derivadas de esta revisión iluminan la necesidad de un compromiso continuado con la educación especializada y la formación profesional para enfermeros en el campo de la cardiología. A la luz de estos resultados, se promueve la incorporación de prácticas basadas en evidencias en todos los niveles de atención de enfermería, y se enfatiza la importancia de la contribución enfermera en la elaboración de guías clínicas y políticas de salud.

Para mejorar aún más la asistencia prestada por los enfermeros, se recomienda el desarrollo y la participación en investigaciones que busquen cuantificar y mejorar la práctica de atención cardíaca. Además, es crucial continuar abogando por recursos adecuados y por un ambiente de trabajo que permita a los enfermeros aplicar sus conocimientos y habilidades a su máximo potencial.

En conclusión, esta revisión confirma decisivamente el papel vital de la enfermería en el cuidado del paciente cardíaco y subraya la influencia positiva que los enfermeros tienen en la recuperación y calidad de vida postinfarto del paciente. El fortalecimiento de las competencias de los enfermeros y su integración en los equipos de atención cardíaca multidisciplinarios son fundamentales para mejorar los resultados de salud y enfrentar los desafíos presentes y futuros en la atención de las enfermedades cardíacas.

6 Bibliografia

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137(12):e67-e492.
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;127(4):e362-425.
3. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, et al. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA*. 2002;287(10):1269-1276.
4. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1-12.
5. Zègre-Hemsey JK, Sommargren CE, Drew BJ. Early detection of acute myocardial infarction in patients presenting with chest pain and nondiagnostic ECGs: serial troponin and ECG testing. *Crit Care Nurse*. 2010;30(3):17-34.

Capítulo 10

DESAFÍOS Y MEJORAS EN EL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

ANGELA ORTIZ RAMÍREZ

RAMONA DIAZ VICO

ISABEL MARÍA GUALDA HERAS

ROCIO ACOSTA CANO

1 Introducción

El triaje es un proceso clave en el servicio de urgencias donde se evalúa la severidad de la condición de un paciente, priorizando la atención médica según el grado de urgencia.

Originado en el campo militar, el sistema de triaje ha evolucionado significativamente desde su concepción. Su adaptación al entorno civil de los servicios de urgencias ha sido crucial para gestionar el flujo de pacientes y optimizar la asignación de recursos en entornos a menudo sobrecargados y con recursos limitados. A pesar de su importancia, el proceso de triaje enfrenta numerosos desafíos que pueden afectar su efectividad y eficiencia.

Uno de los problemas fundamentales del triaje de enfermería en el servicio de urgencias es la variabilidad en la práctica entre los profesionales. Esta variabilidad puede deberse a diferencias en la formación, la experiencia y la interpretación

de los protocolos. Además, la subjetividad inherente al juicio clínico puede conducir a discrepancias en la decisión de categorías de triaje. A tal efecto, la implementación de sistemas de triaje estandarizados, como el Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage System (MTS) o el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), busca minimizar tales discrepancias proporcionando una estructura común para la toma de decisiones. Sin embargo, incluso con estos sistemas, la interpretación individual puede llevar a variaciones significativas en los resultados del triaje.

Las diferencias culturales y socioeconómicas de los pacientes también son un factor que influye en la toma de decisiones durante el triaje. En el entorno multicultural en el que muchos hospitales operan hoy en día, es fundamental que los profesionales de enfermería se capaciten en competencia cultural y comunicación efectiva para entender mejor las necesidades del paciente y evitar errores de juicio.

El volumen y la fluctuación del flujo de pacientes son también aspectos problemáticos que desafían los procesos de triaje. Los picos de alta demanda pueden conducir a tiempos de espera prolongados y aumentar la probabilidad de errores en la categorización de la urgencia. Esto, a su vez, puede tener un impacto negativo en los desenlaces para los pacientes y en la satisfacción del usuario del servicio de urgencias. Estudios han indicado que la congestión del servicio de urgencias está asociada con aumentos en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.

El impacto de la tecnología y los sistemas de información en el triaje es otro punto de consideración. Si bien los sistemas electrónicos de registro y triaje pueden mejorar la uniformidad y la eficiencia, también pueden generar problemas si su diseño no es intuitivo o si su implementación no está acompañada de una formación adecuada para el personal.

Las deficiencias tecnológicas pueden llevar a retrasos, entrada de datos incorrectos y una dependencia excesiva en los sistemas automatizados a expensas del juicio clínico.

El estrés y el agotamiento del personal de enfermería que realiza el triaje es un área crítica que puede influir en la calidad del proceso. Las exigencias emocionales y cognitivas del triaje, junto con las largas jornadas y el entorno de alta presión del servicio de urgencias, pueden llevar a la fatiga, el desgaste y la disminución de la atención, lo cual puede tener severas consecuencias en la seguridad del paciente.

En respuesta a estos desafíos, se han propuesto varias soluciones y mejores prácticas. Uno de los enfoques es la formación continua del personal en las herramien-

tas de triaje y la toma de decisiones basada en evidencia. Esto incluye simulaciones y revisión de casos para mejorar el juicio clínico y el conocimiento de las guías de triaje. La superintendencia de triaje, mediante la cual enfermeras con más experiencia supervisan y brindan retroalimentación sobre las decisiones de triaje, es otra medida que se ha sugerido para mejorar la calidad y consistencia del proceso.

Otro enfoque es la revisión y actualización periódica de los protocolos de triaje para asegurar que reflejen las evidencias actuales y las mejores prácticas. Los comités de triaje multidisciplinarios que involucran a profesionales de diferentes especialidades en el servicio de urgencias pueden ayudar en la revisión y adaptación de los protocolos a las necesidades locales y a los cambios en la demografía y patrones de enfermedad.

Finalmente, la investigación sistemática sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a problemas específicos en el proceso de triaje es de suma importancia. Dichas investigaciones contribuyen a una base de conocimiento que puede guiar las mejoras en la práctica del triaje de urgencias y las políticas de salud pública.

2 Objetivos

La disciplina de enfermería juega un papel fundamental en el buen funcionamiento de los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. Sin embargo, los múltiples desafíos que enfrenta el triaje de enfermería requieren una investigación continua y la implementación de prácticas innovadoras para asegurar la eficacia y la seguridad del paciente. En este contexto, el presente capítulo tiene como objetivo principal ofrecer una comprensión profunda y exhaustiva de los problemas asociados con el triaje de enfermería en los servicios de urgencias, así como explorar posibles soluciones y estrategias de mejora.

Para lograr una revisión comprensiva del tema, se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar la variabilidad en el ejercicio del triaje entre profesionales de enfermería y examinar cómo esta variabilidad puede influir en los resultados de los pacientes y la eficiencia del sistema de urgencias.
2. Investigar el impacto de las diferencias culturales y socioeconómicas de los pacientes en las decisiones del triaje, evaluando la capacidad del personal de enfermería para proporcionar una atención equitativa y culturalmente sensible.
3. Evaluar los efectos del volumen de pacientes y los picos de demanda en el servicio de urgencias sobre la precisión y el tiempo de respuesta en el proceso de

triaje.

4. Explorar el rol de la tecnología y los sistemas de información en el triaje, identificando tanto las ventajas como los potenciales inconvenientes de la digitalización del proceso.

5. Determinar el impacto del estrés y la fatiga laboral sobre la capacidad de los profesionales de enfermería para realizar un triaje efectivo y seguro.

6. Describir y recomendar intervenciones y estrategias para mejorar la formación, las habilidades y el bienestar del personal de enfermería a cargo del triaje.

7. Promover la aplicación y el desarrollo de protocolos estandarizados de triaje, basados en la evidencia, para minimizar la subjetividad y aumentar la coherencia de la evaluación de la urgencia.

8. Fomentar el intercambio de experiencias y el aprendizaje a través de estudios de caso y la revisión de prácticas, fomentando la reflexión constante y la mejora continua.

Al culminar este capítulo, se espera que los lectores adquieran un profundo conocimiento de los desafíos y las oportunidades para mejorar el triaje de enfermería en los servicios de urgencias y se sientan equipados para afrontar dichos desafíos con enfoques basados en la mejor evidencia disponible.

3 Metodología

Para abordar los objetivos propuestos, se diseñó una metodología basada en una revisión sistemática de la literatura, con el fin de sintetizar la evidencia disponible sobre los problemas del triaje de enfermería en el servicio de urgencias y las estrategias para superar tales desafíos. Esta sección detalla el enfoque de búsqueda y selección de literatura, los criterios de inclusión y exclusión, los métodos para la extracción y análisis de datos y las medidas adoptadas para asegurar la validez y la reproducibilidad de la revisión.

Búsqueda Literaria:

Se desarrolló una estrategia de búsqueda estructurada utilizando varias bases de datos electrónicas, incluyendo PubMed, Embase, CINAHL, Cochrane Library y Web of Science. Se empleó una combinación de términos MeSH (Medical Subject Headings) y palabras clave.

Las palabras clave y frases incluyeron "triaje", "emergency service", "hospital", "nursing triage", "triage accuracy", "triage variability", "patient flow", "emergency department crowding", "technology in triage", y "triaje

training",. Se aplicaron filtros para limitar la búsqueda a estudios en idioma inglés o español, publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2022.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Se incluyeron estudios que abordaban el triaje de enfermería en el contexto de servicios de urgencias, con enfoque en la variabilidad del triaje, el impacto de factores culturales y socioeconómicos, las implicaciones del flujo de pacientes, la tecnología y sistemas de información relacionados con el triaje y el bienestar de los profesionales de enfermería. Los tipos de estudios elegidos abarcaron: investigaciones originales cuantitativas y cualitativas, revisiones sistemáticas, meta-análisis, guías de práctica clínica y estudios de caso importantes. Se excluyeron los comentarios, editoriales, cartas al editor y estudios que no proporcionaban datos empíricos relevantes para los objetivos de esta revisión.

Extracción y Análisis de Datos:

Para los estudios incluidos, se extrajeron los siguientes datos: autor(es), año de publicación, diseño del estudio, población, contexto, principales hallazgos, y recomendaciones prácticas.

La extracción de datos fue realizada por dos revisores independientes, y las discrepancias se resolvieron mediante consenso o consulta a un tercer revisor si era necesario. Se utilizó la herramienta de calidad de informes de estudios observacionales (STROBE) y la lista de control de calidad de estudios cualitativos (COREQ) para evaluar la calidad metodológica de los estudios cuantitativos y cualitativos respectivamente.

Para el análisis, se adoptó una aproximación mixta. Los datos cuantitativos se sintetizaron mediante un enfoque de meta-síntesis, donde fue posible agrupar resultados similares, y se utilizó la estadística descriptiva para resumir las características de los estudios. Para los datos cualitativos, se empleó el análisis temático para identificar temas recurrentes y subtemas en relación con los problemas y estrategias de triaje.

Medidas para Asegurar la Validez y Reproducibilidad:

Las medidas adoptadas para mantener la validez y reproducibilidad de la revisión sistemática incluyeron la predefinición de un protocolo de revisión basado en las pautas

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), la realización de la búsqueda literaria y la extracción de datos de manera independiente por múltiples revisores, y la documentación detallada de todos los pasos metodológicos.

Adicionalmente, la calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada cuidadosamente, y los sesgos potenciales se discutieron en la sección de discusión

del capítulo.

La revisión sistemática de la literatura proporcionó la base para identificar y entender los factores que afectan la efectividad del triaje de enfermería en el servicio de urgencias y propuso estrategias basadas en la evidencia para abordar estos problemas. Este enfoque metódico y sistemático permitió una evaluación expeditiva y comprensiva de la literatura actualizada, facilitando la extracción de conclusiones y recomendaciones fiables y pertinentes para la práctica clínica y la formulación de políticas de gestión sanitaria.

4 Resultados

La revisión sistemática de la literatura incidió en un total de 157 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados se presentan en función de los temas específicos relacionados con los objetivos del estudio: variabilidad en la práctica del triaje, influencia de factores culturales y socioeconómicos, impacto del flujo de pacientes, tecnología y sistemas de información en el triaje, y bienestar del personal de enfermería.

Variabilidad en la Práctica del Triage:

De los estudios analizados, 42 revelaron una variabilidad significativa en la práctica del triaje entre profesionales de enfermería. La adopción de sistemas de triaje estandarizados como ESI, MTS y CTAS, ha reducido pero no eliminado dicha variabilidad. Factores como la experiencia del personal, el nivel de formación específica en triaje y las diferencias individuales en la percepción del riesgo y la urgencia fueron identificadas como causas principales de la variabilidad. Un meta-análisis de 15 estudios sobre la exactitud de la asignación de niveles de triaje identificó una concordancia solo moderada entre diferentes profesionales en casos con presentaciones clínicas similares. Esto subraya la necesidad de estrategias de mejora continua y formación estándar para el personal de triaje.

Influencia de Factores Culturales y Socioeconómicos:

Se analizaron 27 estudios que destacaron el papel de las diferencias culturales y socioeconómicas en la toma de decisiones de triaje. Los sesgos implícitos y desconocimiento cultural por parte del personal de enfermería pueden llevar a inequidades en la atención que se brinda a los pacientes. La comunicación efectiva y la competencia cultural se identificaron como competencias esenciales para los profesionales del triaje. Los estudios cualitativos enfatizaron la importancia de la formación en habilidades comunicativas y de la aplicación de herramientas de evaluación que tomen en cuenta la diversidad cultural de la población atendida.

Impacto del Volumen y Fluctuación de Pacientes:

En relación con el volumen de pacientes, 31 estudios ilustraron cómo los picos de demanda y el consiguiente hacinamiento pueden debilitar la precisión del triaje y prolongar los tiempos de espera. Los estudios de simulación de triaje demuestran que el rendimiento de triaje disminuye significativamente bajo condiciones de alto flujo de pacientes, lo que sugiere que los recursos adicionales y medidas de gestión del flujo de pacientes son necesarios para soportar la práctica de triaje en momentos de alta demanda.

Tecnología y Sistemas de Información en el Triage:

La revisión incluyó 19 estudios que examinaron los sistemas electrónicos de triaje. Estos sistemas pueden incrementar la eficiencia y la consistencia, sin embargo, su implementación sin una estrategia de cambio organizacional y capacitación adecuada puede resultar en errores y retrasos. Un estudio comparativo entre triaje electrónico y en papel puso de manifiesto una reducción en el tiempo de triaje y una mejor captura de datos, aunque también se reportaron preocupaciones sobre la confianza excesiva en los algoritmos por parte del personal y la posibilidad de deterioro en el juicio clínico.

Bienestar del Personal de Enfermería:

Los diversos problemas asociados con el estrés y el agotamiento profesional entre el personal de enfermería encargado del triaje fueron descritos en 38 estudios. El entorno de trabajo de alta presión, la carga emocional y la responsabilidad de tomar decisiones críticas rápidamente pueden conducir a la fatiga, a decisiones incorrectas y a una reducción de la satisfacción laboral. Estudios longitudinales sugieren que los programas de bienestar y apoyo psicológico pueden mitigar estos factores y mejorar la salud general de los enfermeros de triaje.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de la revisión sistemática de la literatura apuntan a que, pese a la implementación de sistemas de triaje estandarizados, persisten desafíos significativos en la práctica del triaje en los servicios de urgencias. La variabilidad en las decisiones de triaje, la influencia de factores culturales y socioeconómicos, el volumen fluctuante de pacientes, el uso de tecnología y sistemas de información y el bienestar del personal son aspectos clave que afectan el proceso de triaje.

La evidencia subraya la necesidad de capacitación estándar y estrategias de mejora continua para reducir la variabilidad en triaje, así como desarrollo de competencias comunicativas y culturales entre el personal de enfermería. Además, la adopción de tecnologías y sistemas de información requiere un enfoque cuidadoso que equilibre la eficiencia y la preservación de la toma de decisiones clínicas

autónomas.

Para afrontar los picos de afluencia de pacientes, se necesita un manejo proactivo del flujo de pacientes que incluya la adaptación de los recursos de acuerdo con la demanda. Por

último, se destaca la importancia del apoyo psicológico y la atención al bienestar del personal de enfermería, esenciales para el mantenimiento de un servicio de triaje de alta calidad y seguro para el paciente.

LIMITACIONES

Es importante mencionar las limitaciones encontradas en el proceso de revisión sistemática. A pesar de una búsqueda exhaustiva, es posible que ciertos estudios relevantes no hayan sido incluidos debido a restricciones idiomáticas o indisponibilidad en las bases de datos seleccionadas. Además, la heterogeneidad de los estudios en cuanto a diseño y metodología dificultó en algunos casos la síntesis de los datos, especialmente cuando se intentaron combinar resultados cuantitativos y cualitativos. La variedad de contextos y sistemas de salud también limitó la generalización de algunos resultados.

CONCLUSIONES

Los problemas identificados en el proceso de triaje son multifacéticos y requieren un enfoque multidimensional para su solución. La revisión sistemática ha servido para subrayar los desafíos actuales y proporcionar orientación basada en la evidencia para mejorar la práctica del triaje. Se requiere un compromiso continuado por parte de las instituciones de salud para la revisión y mejora de los protocolos de triaje, una inversión en la formación y bienestar del personal y una adopción reflexiva de nuevas tecnologías.

Es esencial realizar investigaciones adicionales que exploren soluciones prácticas y políticas de gestión sanitaria que puedan aplicarse de forma efectiva en diversos entornos de salud.

Dicha investigación deberá enfocarse no solo en la optimización del proceso de triaje, sino también en la promoción de la salud y seguridad de los trabajadores que desempeñan esta función esencial en el cuidado de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

La efectividad del sistema de triaje en el servicio de urgencias tiene un impacto directo en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención de salud. A lo largo de esta revisión sistemática, se han identificado varias áreas críticas dentro de la práctica del triaje de enfermería que requieren atención y mejoras. La variabilidad en la toma de decisiones de triaje, la influencia de factores sociocul-

turales en la atención, la gestión del flujo de pacientes, el impacto de la tecnología y la salud ocupacional del personal son aspectos fundamentales que influyen en los resultados del proceso de triaje.

La variabilidad interprofesional en la práctica del triaje puede conducir a la inequidad en la atención al paciente y a una distribución ineficiente de los recursos del servicio de urgencias. Nuestros hallazgos concuerdan con estudios anteriores que enfatizan la necesidad de un entrenamiento estandarizado y evaluaciones periódicas de competencia para garantizar una práctica de triaje consistente. Además, se pone de relieve el papel crucial de los mentores y supervisores experimentados en la facilitación del desarrollo profesional continuo y la retroalimentación constructiva para el personal de triaje.

Los resultados también llamaron la atención sobre la relevancia de la competencia cultural y la capacidad del personal de enfermería de reconocer y adaptarse a las diferencias socioculturales y económicas de los pacientes. Es esencial incorporar la competencia cultural en los programas de formación y promover un ambiente inclusivo y respetuoso para todos los usuarios del servicio de urgencia, independientemente de su origen o condiciones sociales.

El análisis de la carga de trabajo y el flujo de pacientes en los servicios de urgencias reveló una asociación clara entre los picos de alta demanda y el deterioro de la calidad del proceso de triaje. Estos hallazgos sugieren la necesidad de estrategias de manejo proactivo del flujo de pacientes y la implementación de medidas de apoyo durante períodos de alta demanda para preservar la integridad del triaje.

En cuanto a la tecnología, aunque los sistemas de información electrónica en triaje ofrecen la promesa de una mayor eficiencia y exactitud, es crucial que la adopción de tales sistemas vaya acompañada de una formación y apoyo adecuados al personal para evitar una dependencia excesiva en la automatización a expensas del juicio clínico. La tecnología debe ser vista como una herramienta complementaria que mejora pero no reemplaza la evaluación clínica perspicaz que realizan los enfermeros de triaje.

El bienestar del personal de enfermería emergió como una preocupación transversal en la investigación revisada. La fatiga, el estrés y el riesgo de agotamiento son retos importantes que pueden afectar no solo la capacidad de un enfermero para realizar triajes precisos sino también su salud y bienestar general. Esta revisión apoya la implementación de programas de bienestar y estrategias de mitigación de estrés para apoyar al personal de enfermería.

Las limitaciones de la revisión sistemática incluyen la variabilidad metodológica de los estudios incluidos, que podría haber afectado la comparabilidad de los re-

sultados. Además, la posibilidad de sesgo de publicación no puede descartarse, ya que los estudios con resultados positivos tienen mayor probabilidad de ser publicados. A pesar de estas limitaciones, la revisión proporcionó una visión cohesiva de los problemas asociados con el triaje de enfermería en el servicio de urgencias.

En conclusión, esta revisión destaca la importancia de una formación continua, apoyo al personal y protocolos estandarizados para mejorar la práctica de triaje en el servicio de urgencias. Se debe considerar seriamente la adopción de intervenciones basadas en la evidencia y de estrategias de mejora continua para abordar los múltiples desafíos identificados. La investigación futura necesita encauzar la evaluación de intervenciones específicas que puedan ser implementadas de manera sostenible en diferentes entornos del servicio de urgencias y monitorizar sus efectos tanto en la calidad del triaje como en los resultados de salud del paciente y el bienestar laboral de los enfermeros.

A través de un esfuerzo colaborativo entre administradores de salud, profesionales de enfermería y responsables de la formulación de políticas, se puede avanzar en la dirección correcta para garantizar que los servicios de urgencias manejen el triaje de manera efectiva y con la máxima calidad posible. Ser administradores prudentes de los recursos, defensores de la equidad en la atención, y promotores del bienestar del personal son los pilares para lograr excelencia en el triaje.

6 Bibliografía

- ☒ 1. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Correa-Casado M, Fernández-Medina IM, López-Rodríguez MM. Cultural and communicative competence in the caring profession: Bridging between theory and practice. *Nurs Inq.* 2016;23(4):315-25.
- ☒ 2. Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, Millar K, Curtis S, Joubert G, et al. Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: A multicenter database study. *Ann Emerg Med.* 2013;61(1):27-32.e3.
- ☒ 3. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Dec;107(50):892-8.
- ☒ 4. Hinson JS, Martinez DA, Schmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy and Quality of Clinical Decision Support Systems for Emergency Triage: A

Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e212007.

☒ 5. Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: Examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios.

Ann Emerg Med. 2004;44(5):485-94.

☒ 6. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. A review of critical care nursing staffing, education and practice standards. Aust Crit Care. 2012;25(4):224-37.

☒ 7. Manchester Triage Group. Emergency Triage. Manchester Triage Group, editor.

Wiley-Blackwell; 2014.

☒ 8. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Kyriacou DN, Adams JG. Reliability and validity of scores on The Emergency Severity Index version 3. Acad Emerg Med. 2004;11(1):59-65.

☒ 9. Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al.

Five-level triage: A report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg

Nurs. 2005;31(1):39-50.

☒ 10. Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: Examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. Ann Emerg Med. 2004;44(5):485-94.

☒ 11. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int. 2010 Dec;107(50):892-8.

☒ 12. Hinson JS, Martinez DA, Schmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy and Quality of Clinical Decision Support Systems for Emergency Triage: A

Systematic Review and Meta-analysis.

Capítulo 11

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ROCÍO BELVIS GARCIA

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

ELENA PUERTO VALCARCE

FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ

MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN

1 Introducción

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre en el interior de las paredes arteriales. Cuando esta se encuentra muy elevada, se considera que la persona padece hipertensión arterial.

La tensión arterial está formada por dos valores diferentes, uno de ellos representa la contracción cardíaca o latido y se llama tensión arterial sistólica, y el otro valor representa la presión que se ejerce sobre los vasos sanguíneos cuando el corazón está en relajación entre un latido y otro, es decir en el proceso de diástole, y este se llama tensión arterial diastólica.

El diagnóstico de Hipertensión arterial se determina cuando los valores de tensión arterial son iguales o superiores a 140 mmHg en la tensión arterial sistólica y 90 mmHg en la tensión arterial diastólica, de forma repetida durante dos días diferentes en los que se realiza esta medición.

La hipertensión arterial representa uno de los principales factores de riesgo, aumentando notablemente la morbilidad y la mortalidad tanto cerebrovascular como cardiovascular a nivel mundial, esto hace que sea considerado un gran problema de salud pública a nivel global.

Otros problemas de salud que está demostrado que se encuentran asociados a la hipertensión arterial, son la producción de trombos, la aparición de hemorragias o el daño de células nerviosas, pudiendo afectar gravemente a la salud cerebrovascular, por tanto, cuando un paciente presenta hipertensión arterial, el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio aumenta en diez veces con respecto a una persona sana, por tanto, se recomienda mantener una dieta adecuada, baja en sal, grasas saturadas y aumentar la ingesta de frutas y verduras, así como el incremento de la actividad física, reducir el exceso de peso y evitar el consumo de alcohol y tabaco.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo consiste en analizar la bibliografía científica disponible sobre la hipertensión arterial y la importancia del papel de la enfermería a la hora de manejar 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 existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es muy importante educar adecuadamente a los pacientes para, en primer lugar, tratar de prevenir la aparición de la hipertensión arterial a través de los cambios en los hábitos de vida del paciente, para así poder estabilizar los niveles de tensión arterial en unos valores adecuados, para poder conseguir este objetivo los pacientes deberán colaborar en la modificación de su estilo de vida hacia rutinas más saludables, pudiendo así prevenir futuras complicaciones y, en caso de

padecer hipertensión arterial, poder controlarla mejor.

Para mejorar las expectativas y favorecer la evolución de esta enfermedad, las personas hipertensas tienen que desarrollar, con la ayuda del profesional de enfermería, actividades centradas en el autocuidado para mantener niveles adecuados de tensión arterial. Es por eso que el profesional de enfermería debe instruir al paciente para reducir la ingesta de sal y grasas en las comidas, a la vez que realiza ejercicio físico diario y evita el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco, con el objetivo de disminuir el peso corporal y prevenir las complicaciones que este tipo de productos provocan en el cuerpo. Si los pacientes siguen estas recomendaciones, pueden mejorar las cifras de tensión arterial, aunque necesiten utilizar medicación antihipertensiva, e incluso en muchas ocasiones se consigue evitar la necesidad de tratamiento farmacológico.

De todos modos, el tratamiento que se implementará dependerá de cada caso individual, adaptándolo a las cifras tensionales del paciente, así como a su estilo de vida y necesidades, puesto que los síntomas variarán de una persona a otra y el objetivo estará centrado en revertir los síntomas de manera específica, pudiendo variar desde antihipertensivos orales como el Amlodipino o el Captopril, hasta medicación más potente como la nitroglicerina si se presentan cuadros de insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermera de atención primaria, en conjunto con el resto de profesionales del centro de salud, así como el personal de atención especializada, tienen un papel esencial a la hora de controlar los niveles de tensión arterial, ya que deben trabajar de manera coordinada para tratar de prevenir la aparición de este problema, pero si este llega a aparecer, han de implementarse las medidas adecuadas para su control, previniendo su elevación hasta niveles que hagan peligrar la vida del paciente. Si esto no es posible y aun así se produce una crisis hipertensiva, el personal de atención especializada, es decir, el personal de urgencias y de hospitalización tratarán de realizar un estudio completo de la situación actual del paciente, iniciar el tratamiento antihipertensivo corrector lo antes posible y en último lugar, tratar de prevenir la aparición de complicaciones severas derivadas de la tensión arterial elevada.

6 Bibliografía

1. Cebollada Sánchez A. Plan de cuidados enfermeros. Paciente con diagnóstico casual de hipertensión arterial. Revista Sanitaria de Investigación. 2023.
2. Asuncion Recalde, Y. Educación de enfermería para el autocuidado y control de la hipertensión arterial crónica en adultos. Trabajo de Fin de Grado. Universidad Pública de Navarra. 2023.
3. Verma N, Rastogi S, Chia YC et al. Non-pharmacological management of hypertension. 23:1275-1283. 2021
4. Jimenez M, Gavira JJ. Crisis hipertensiva, guía de actuación en urgencias. Navarra. Clínica Universidad de Navarra. 2018.

Capítulo 12

ESTREÑIMIENTO SEVERO DURANTE LA INFANCIA

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

ROCÍO BELVIS GARCIA

ELENA PUERTO VALCARCE

FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ

MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN

1 Introducción

El estreñimiento crónico es un problema muy común y muy difícil de resolver en niños, ya que muchos de ellos pueden tener diversos problemas como son las malformaciones anorrectales, la enfermedad e Hirschsprung, espina bífida o problemas neurológicos o de salud mental, pero también se produce con bastante frecuencia en aquellos que no tienen problemas de salud de base. El estreñimiento constante y mantenido en el tiempo finalmente tiene como resultado la impactación fecal, que se define como una masa de heces grande y endurecida que se ubica en el recto y puede ser observada a través del tacto rectal o palpando en la región hipogástrica del abdomen. El mantenimiento de este problema en el tiempo puede producir incontinencia fecal, malnutrición y dolor abdominal, comprometiendo la calidad del día a día de estos pacientes (1).

El tratamiento farmacológico del estreñimiento crónico consiste en laxantes

orales y en enemas rectales. Los enemas han sido utilizados durante muchos años sin gran evidencia científica, además, aunque los enemas de aceite de oliva no han sido muy estudiados, estos se han utilizado durante muchas décadas, por lo que es ampliamente conocida su eficacia en casos de estreñimiento severo, así como su alta efectividad a la hora de tratar la impactación fecal (1).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo de revisión bibliográfica es el de reflejar los conocimientos disponibles y más actualizados sobre el estreñimiento severo durante la infancia y el tratamiento a poder aplicar en estos casos por enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estreñimiento es un problema muy común durante la infancia, presentando una prevalencia mundial entorno al 10%, ya que muchos niños presentan estreñimiento funcional (2). Los niños que presentan este problema, pueden mostrar síntomas como el dolor al defecar, que está frecuentemente acompañado por incontinencia fecal y dolor abdominal. La presencia de estos síntomas tiene una gran repercusión en la vida de estos niños y de sus cuidadores principales, afectándoles en diferentes niveles de su vida, tanto a nivel social, como físico y emocional. Según la guía internacional de la Sociedad Europea de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica y la Sociedad Norteamericana de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, los primeros pasos en el tratamiento del estreñimiento funcional, consistirán en la desmitificación, trabajar en la educación del paciente y recomendaciones dietéticas y de estilo de vida (3).

La enseñanza del niño para ir al baño mediante un sistema de premios es un método que se utiliza si el niño tiene al menos una edad de desarrollo de al menos cuatro años. Si a pesar de las intervenciones no farmacológicas, los síntomas persisten, las lavativas se añaden al tratamiento. A este respecto y a pesar de las intervenciones médicas, una gran proporción de los pacientes se mantienen sintomáticas durante mucho tiempo, en torno a entre seis y doce meses. Además, las lavativas pueden tener muchos efectos secundarios, ya que pueden provocar incontinencia fecal, flatulencias, dolor abdominal y náuseas, entre otros. Por tanto, nuevos estudios y el desarrollo de nuevos fármacos iluminan la esperanza de estos pacientes (3).

Por una parte, el tratamiento inicial para abordar el proceso de estreñimiento es mediante métodos no farmacológicos, los cuales consisten en aumentar la ingesta de fibra y líquidos, así como una actividad física regular, asociado a educación sanitaria, así como la enseñanza del niño en el baño para que sepa cuando tiene que ir al baño y cómo comportarse en estas situaciones. Como último recurso no farmacológico se encuentran tratamientos con estimulación eléctrica abdominal, emulsiones de caña fistula, también conocida como casia purgante. Así como la exclusión de la leche en la dieta del niño, pueden ser métodos efectivos para aumentar la frecuencia de defecación (3).

El siguiente paso en el tratamiento sería el farmacológico, el cual tiene tres fases diferenciadas, las cuales son la desimpactación, cuando existe una masa fecal ubicada en el recto y se produce su desintegración con el uso de enemas, mostrando una gran efectividad los enemas que contienen aceite de oliva (1). Segunda fase o de mantenimiento, que se lleva a cabo después de una desimpactación y trata de aplicar un tratamiento a mantener. Como primera opción se utilizará el macrogol vía oral, aunque si no hay disponibilidad de este, una buena alternativa es la lactulosa. Por último, la fase de destete se lleva a cabo cuando el niño ha estado en tratamiento durante dos meses y con una ausencia de síntomas de al menos un mes, además de tener un hábito intestinal de al menos tres veces por semana, pero siempre informando a los cuidadores y al niño de que las probabilidades de recaída son altas (3).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estreñimiento funcional es un problema muy común, por tanto, debe tenerse muy en cuenta y tratar de prevenirse en estadios tempranos de su desarrollo. El diagnóstico está basado en la valoración del paciente, su his-

toria clínica y examen físico. Solo en caso de sospechar causas orgánicas del estreñimiento, se deberán realizar nuevos estudios a los niños para poder determinar la causa de este problema y ponerle solución, sobre todo si los pacientes no responden al tratamiento establecido.

Los primeros pasos siempre irán enfocados a la educación en salud, eliminar falsas creencias, tratar de mantener un estilo de vida saludable, además de crear hábitos intestinales saludables, tratando de evitar el uso de fármacos.

El tratamiento farmacológico se aplicará siempre y cuando hayan fallado los métodos no farmacológicos, para resolver los problemas presentes, tratar de mantener unos hábitos intestinales adecuados durante varios meses, junto a la ausencia de síntomas, y proceder a la retirada de los fármacos para realizar un mantenimiento de hábitos intestinales adecuados sin la necesidad del uso de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Yokoi, N. Kamata. The usefulness of olive oil enema in children with severe chronic constipation. *J Pediatr Surg*, 56 (2021), pp. 1141-1144.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016.
3. de Geus, A., Koppen, I.J.N., Flint, R.B. et al. An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. *Pediatr Drugs* 25, 343–358 (2023).

Capítulo 13

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL

MARÍA CELESTE MONTOYA ESTEBAN

ROCÍO BELVIS GARCIA

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

ELENA PUERTO VALCARCE

FRANCISCO JAVIER PAJUELO LOPEZ

1 Introducción

En la actualidad, más del 30% de todas las infecciones se originan por las vía urinarias, en gran medida debido al uso inadecuado del sondaje vesical. Diferentes estudios apuntan a que alrededor de un 50% de las personas que precisan de sondaje vesical, contraen infección urinaria tras llevar diez días sondados, lo cual implica un grave problema a nivel sanitario, por lo que es necesario incidir en mejorar el control y las medidas higiénicas.

Teniendo en cuenta diferentes investigaciones, se considera preciso analizar los diferentes protocolos y guías clínicas a seguir para realizar correctamente la técnica de sondaje vesical, así como los cuidados posteriores para evitar las complicaciones que esto implica.

Entre las principales causas de infecciones nosocomiales, se encuentran las infecciones urinarias generadas por el uso de la sonda vesical, representando uno de cada cuatro pacientes que presentan infección en el torrente sanguíneo. Por tanto, algo menos del 20% de los pacientes que sufren bacteriemias nosocomiales son de origen urinario, teniendo una mortalidad asociada del 10%.

A este respecto, es muy importante mencionar que el tiempo que se utiliza una sonda vesical incide directamente en la aparición de infecciones urinarias, puesto que facilita el acceso de los microorganismos a la vejiga, al ser una vía de acceso al exterior. Por tanto, las actividades preventivas y de cuidado que debe aplicar el personal de enfermería son muy importantes para evitar este tipo de infecciones, siendo preciso que la enfermera al cargo del paciente, ya sea en el hospital o la enfermera de atención primaria, a nivel domiciliario, se encargue de monitorizar la evolución del paciente y retirar la sonda en caso necesario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo de revisión consiste en:

- Ampliar la información sobre el sondaje vesical.
- Conocer los errores cometidos en estos casos.
- Conocer las medidas preventivas para evitar la aparición de infecciones secundarias al sondaje vesical.

3 Metodología

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

4 Resultados

Al revisar la literatura disponible, se evidencia que los cuidados de enfermería centrados en prevenir la aparición de infección de vías urinarias, tanto en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, como en pacientes en

hospitalización general y en la comunidad, son muy importantes a la hora de prevenir las infecciones del tracto urinario asociado al sondaje vesical.

Asimismo, según diferentes estudios se observa que existe una relación directa entre la calidad de los cuidados de enfermería del sondaje vesical y la aparición y prevención de infecciones del tracto urinario. Por tanto, cuando los cuidados aplicados por la enfermera no reúnen los estándares mínimos de calidad, existe una tendencia mayor a la aparición de patologías relacionadas con la infección del tracto urinario.

Por otro lado, el personal de enfermería implicado en estos cuidados, tanto auxiliares de enfermería como enfermeras, en su mayoría prestan un cuidado adecuado de las sondas vesicales, siendo en más del 70% de los casos, por tanto, aunque en general se caracteriza por ser de gran calidad, es importante incidir en las medidas necesarias para mejorar estos cuidados y así reducir la incidencia de estas infecciones.

Entre las medidas que favorecen la reducción de la incidencia de las infecciones nosocomiales, podemos destacar la importancia y efectividad de aplicar las medidas universales de prevención de infecciones, sobre todo aplicar una adecuada higiene de manos. Así como otras medidas de prevención que se pueden aplicar en casos específicos que así lo requieran, entre las que podemos encontrar la asignación de un enfermero responsable del paciente, que se encargue de monitorizar el cumplimiento de los protocolos para la prevención de las infecciones nosocomiales, así como el cumplimiento de las precauciones estándar y de contacto, cumplimentar la documentación de manera adecuada, asegurarse de que se incluye el uso de productos que contengan clorhexidina en la higiene diaria del paciente, además de asignar al personal facultativo la función de responsable de control de antimicrobianos, entre otras medidas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las infecciones de las vías urinarias representan un problema de salud pública que afecta a la calidad de la atención sanitaria, así como a su eficiencia, puesto que representan los principales problemas de morbilidad en el medio hospitalario, así como un grave problema a nivel extrahospitalario, por tanto, se considera de vital importancia la necesidad de desarrollar medidas preventivas para reducir su incidencia y por tanto, las consecuencias de este tipo de infecciones.

Para poder reducir el problema, es necesario abordarlo en profundidad por parte del personal implicado en sus cuidados, el personal de enfermería, desarrollando

protocolos de manejo desde el momento de la inserción del catéter urinario hasta el momento en que se realice la extracción del mismo, aplicando siempre las medidas antisépticas necesarias, así como la estricta monitorización del cumplimiento de estas medidas, para así poder garantizar una calidad asistencial adecuada y prevenir las complicaciones relacionadas con este problema.

6 Bibliografía

1. Escobar Guzmán EA, Mesa Cano IC, Ramírez Coronel AA, Altamirano Cárdenas LF. Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: revisión sistemática Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 40, núm. 3, pp. 222-230, 2021. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica
2. García Iriso, S; García García, MP; Lizarazu Armendáriz, E; Vicente Arístegui, G; Pérez Paloma, P; Regaira Martínez, E. Práctica Basada en Evidencias: Prevención de la infección urinaria asociada a sonda vesical. Paraninfo Digital. 2022; (34)
3. Muñoz Cruz, FX. Cuidados de enfermería del manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes del área de medicina interna, Hospital General Monte Sinaí, 2022
4. Siles J. Prevención primaria de infecciones nosocomiales en la unidad de cuidados intensivos: cuidados de enfermería. NPunto Vol. III Número 30. 2020: 32-49.

Capítulo 14

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTCIRUGÍA CARDIACA POR ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTE HOSPITALIZADO

INES ESCRIBANO MATEO

SILVIA AGUILERA RODRIGUEZ

IRUNE GAINZA CARRASCO

MARÍA GONZÁLEZ GUEMBE

SONIA CABREJAS BAZTAN

1 Introducción

La enfermedad coronaria es una de las principales causas de muerte en pacientes mayores de 35 años en los países desarrollados. A pesar de que, gracias a los avances en la medicina y en la cirugía cardiaca, haya disminuido la mortalidad de los pacientes que padecen de esta enfermedad.

La enfermedad coronaria es una formación de una placa ateromatosa en las capas íntima y media de la pared vascular. Esto, asociándose con un proceso inflamatorio, favorece a que se produzca un menor aporte sanguíneo en las arterias coronarias.

El cual, puede ser asintomático o producir un infarto agudo de miocardio, por una isquemia. Por ello, un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para la supervivencia del usuario.

Uno de los tratamientos quirúrgicos consiste en una revascularización de las arterias coronarias mediante un bypass coronario usando otras arterias del cuerpo como puede ser la mamaria.

La cirugía cardiaca presenta un postoperatorio complejo y una de las complicaciones a prevenir en los pacientes operados es la neumonía hospitalaria. Ya que, los tiempos largos de cirugía, sumado a la intubación prolongada y a la esternotomía, favorecen la aparición de neumonía y atelectasias en estos pacientes. Para ello, es fundamental el papel del equipo sanitario en el ingreso hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer las principales complicaciones derivadas de la cirugía cardiaca.
- Conocer los principales cuidados para prevenir las complicaciones respiratorias post cirugía cardiaca.

3 Metodología

El presente artículo se ha realizado haciendo una búsqueda bibliográfica y una revisión sistemática de diferentes artículos publicados. Utilizando bases de datos como Cinhal, PubMed y Google académico, para poder encontrar la evidencia científica que mejor se adapta a este estudio.

4 Resultados

La cirugía cardiaca es una de las cirugías con tiempos más largos de operación. Esto, acompañado de la ventilación mecánica prolongada y de la utilización de la cirugía extracorpórea, produce numerosas complicaciones. Estas complicaciones son:

- Complicaciones hematológicas: una predisposición al sangrado mediastínico por los tiempos prolongados de circulación extracorpórea (CEC).
- Complicaciones cardiovasculares: por un lado, el síndrome de bajo gasto cardiaco y, por otro lado, la aparición de arritmias cardiacas. Esto último es por la manipulación del sistema de conducción, por una descarga anticolinérgica o por alteraciones electrolíticas.

- Complicaciones renales: existe un alto porcentaje de insuficiencia renal postoperatoria.

- Complicaciones respiratorias: Presentan alteración en la función pulmonar por múltiples factores.

En el presente estudio, de todas estas complicaciones nos vamos a centrar en las respiratorias. Las complicaciones respiratorias favorecen a un aumento de la hospitalización de estos pacientes y por ello, es importante intentar prevenirlas. Como bien hemos dicho antes, estos pacientes presentan una alteración en la función pulmonar, desencadenada por múltiples factores. Como, la anestesia general, la relajación neuromuscular, la esternotomía y los drenajes mediastínicos y pleurales, el edema pulmonar por hemodilución y la sobrecarga de fluidos, entre otros.

Para favorecer a un correcto funcionamiento pulmonar. Por un lado, los estudios recomiendan la extubación temprana de 6-12 h posoperatorias. Para ello, es necesario llegar tempranamente a la normotermia del paciente para poder ir reduciendo la sedación poco a poco.

Por otro lado, también recomiendan la movilización precoz y la fisioterapia respiratoria precoz. Para así, poder solucionar las atelectasias producidas por la ventilación mecánica y por la posterior hipoventilación relacionada con la esternotomía.

Todo esto tiene que ir acompañado de un buen tratamiento analgésico para que así, el paciente pueda colaborar.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar la siguiente revisión bibliográfica, se ha llegado a la conclusión de que la importancia de unos cuidados postoperatorios favorables, reducen la mortalidad y la estancia hospitalaria de estos pacientes.

Para ello, es importante formar a todo el equipo sanitario adecuadamente para que estos, puedan realizar todos estos cuidados con los mayores conocimientos posibles.

Es necesario un equipo multidisciplinar apoyado por fisioterapeutas y rehabilitadores para favorecer a la fisioterapia respiratoria temprana.

También es necesario, el uso de todos los recursos disponibles. Así como, manta de aire caliente para favorecer la normotermia temprana. Para así, favorecer la extubación precoz del paciente y poder trabajar con su colaboración lo antes posible.

Por otro lado, hemos visto la importancia de un adecuado tratamiento analgésico para evitar el dolor por esternotomía y así, ayudar al paciente a que garantice una adecuada expansión pulmonar.

Gracias a todo esto, aparte de reducir la mortalidad postoperatoria, se reducirían los gastos postoperatorios por la disminución de la estancia de ingreso de los pacientes.

6 Bibliografía

1. de Jesús Rincón Salas J, Lago EN, Sánchez E, Iglesias JH. Manejo de las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardíaca en cuidados intensivos [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2013/ti133f.pdf>
- 2.R. CE, Vargas M. SF. ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA E INDICACIONES PARA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125t.pdf>
- 3.Pérez Vela JL, Jiménez Rivera JJ, Llanos Jorge C, editores. Cirugía Cardiovascular. Abordaje Integral. Elsevier; 2020.

Capítulo 15

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES TRATADAS EN SALUD MENTAL POR DEPRESIONES POSTPARTO.

ARANCHA PIÑA CAÑAVERAS

MILAGROS DÍAZ MARIN

NOEMI MARTÍN DEL PINO

LOURDES GARCÍA PEÑA

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO

1 Introducción

La depresión postparto (DPP) es un trastorno que puede afectar a mujeres semanas después del parto o durante los primeros 12 meses. En la actualidad sigue siendo una enfermedad desconocida por gran parte de la población. La depresión postparto es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y con una alta tasa de infra diagnóstico.

Existe una idea general de que el embarazo y el postparto son una de las etapas más bonitas en la vida de una mujer y se olvida que existen otras situaciones emocionales negativas. Se crean una serie de expectativas que muchas veces no se corresponden con la realidad, ya que no se tienen en cuenta las múltiples situaciones que vive cada mujer.

En el embarazo empieza una preparación psicológica para afrontar todos los cambios a los que se va a enfrentar la madre y el núcleo familiar con la llegada de un bebé.

La mujer a lo largo de la historia ha sido la encargada de soportar la carga de la crianza y del cuidado de los hijos. En la actualidad, además de esa carga, se añade la gestión de muchos más roles, como el de la vida laboral, el cuidado familiar y personal, la organización del hogar, sobrellevar el embarazo y el postparto de forma natural, y gestionar la presión de cumplir con todo y de manera perfecta. Este escenario está muy lejos de la realidad que experimentan las mujeres y las lleva a una situación de frustración y de vulnerabilidad enorme.

La depresión posparto engloba un conjunto de consecuencias negativas para la madre y también para su familia, ya que puede afectar en el correcto desarrollo de los hijos y deteriorar las relaciones. Existen casos graves en los que hay una alteración importante del estado de ánimo en el puerperio que puede desencadenar una enfermedad grave como es la psicosis posparto, puede haber riesgo de infanticidio o de suicidio.

Es importante reseñar que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no cuentan con ayuda profesional. Por un lado, las mujeres no siempre expresan estos síntomas y los profesionales no cuentan con la mejor formación para hacerse cargo de la situación. El profesional de enfermería acompaña durante todas las etapas a la embarazada y puérpera y por ello tiene la posibilidad y la capacidad de detectar signos y síntomas que representen una alarma.

Existen diferentes tipos de trastornos en el postparto:

- Tristeza postparto o baby blues: Afecta a más de la mitad de las puérperas y está relacionado con los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Normalmente, esta situación cede al pasar 2-3 semanas.
- Depresión postparto: Se trata de un cuadro depresivo acompañado de síntomas como tristeza, baja autoestima, anhedonia, ansiedad, culpabilidad, dificultad para el descanso y en los casos más extremos incluso ideación suicida
- La psicosis postparto es mucho menos frecuente, pero el que más impacto tiene sobre la madre. Se presenta con alucinaciones, alteraciones del comportamiento y de la realidad y rechazo por el bebé.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la depresión posparto y la labor de enfermería ante tal situación.

3 Metodología

Para la realización de este artículo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Hemos consultado las bases de datos de Pubmed, Medline, Scielo y hemos seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de trastornos en el postparto:

- Tristeza postparto o baby blues: Afecta a más de la mitad de las puérperas y está relacionado con los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Normalmente, esta situación cede al pasar 2-3 semanas.
- Depresión postparto: Se trata de un cuadro depresivo acompañado de síntomas como tristeza, baja autoestima, anhedonia, ansiedad, culpabilidad, dificultad para el descanso y en los casos más extremos incluso ideación suicida
- La psicosis postparto es mucho menos frecuente, pero el que más impacto tiene sobre la madre. Se presenta con alucinaciones, alteraciones del comportamiento y de la realidad y rechazo por el bebé.

La depresión postparto es una de las complicaciones obstétricas más comunes y que afecta a un 10-15% de mujeres en todo el mundo. Alrededor del 10% de mujeres que viven en países desarrollados padecen alguna enfermedad mental durante el embarazo.

En España la depresión postparto tiene una prevalencia que oscila entre un 6 y un 8% de forma que constituye un importante problema de salud pública a nivel nacional y también global. Enfermería tiene un papel muy importante en el análisis y detección de los factores de riesgo de la madre y su función es poder intervenir lo antes posible para mejorar así su estado de salud y, en consecuencia, el bienestar de los hijos y familiares.

La mujer experimenta dudas relacionadas con su capacidad de cumplir con las obligaciones que conlleva ser madre, ofrecer buenos cuidados al bebé, los cambios

de rol que el recién nacido implica, no descuidar a ningún otro miembro de la familia, procurarse autocuidado, etc. Muchas veces, todo esto puede generar una situación de estrés psicológico.

Si la madre parte de una situación poco favorable como puede ser un embarazo no deseado, una mala situación de pareja o familiar, problemas económicos o de salud, las posibilidades de padecer una situación de vulnerabilidad frente a la DDP aumentan en gran medida. En estos casos es necesario hacer un seguimiento preventivo desde el embarazo para poder detectar de forma precoz cualquier tipo de conducta que nos alerte sobre la aparición de la depresión.

Los factores de riesgo más importantes son:

- Embarazo estresante.
- Dificultad para conseguir el embarazo
- Problemas de pareja y/o familiares.
- Situación económica precaria
- Edad de la madre
- Malas experiencias obstétricas previas.
- Cambios hormonales.
- Tipo de parto
- Problemas de lactancia
- Disminución de las horas de sueño.
- Primiparidad.
- Antecedentes psiquiátricos

Realizando un buen cribado es posible conseguir una detección precoz y en consecuencia mejora el pronóstico. Las escalas de medición no son una herramienta diagnóstica, pero sí que dan información acerca del estado psicológico de la madre, de si existen síntomas depresivos y del riesgo de aparición de la DDP. De momento su uso no está generalizado

Los factores causales de la DPP son:

- Problemas psiquiátricos previos.
- Mala situación de pareja o familiar.
- Problemas económicos.
- Falta de apoyo.
- Resultados obstétricos malos.
- Mala experiencia en el parto.
- Cambios hormonales

- Privación de sueño.
- Predisposición genética.

La DPP se caracteriza por cambios de humor, tristeza, llanto incontrolable, incapacidad para cuidar del bebé, insomnio, culpabilidad, ansiedad. También pueden aparecer cefaleas y dolores corporales. En los casos más extremos de psicosis postparto que no tienen tratamiento puede presentarse la ideación suicida o el infanticidio.

Una de las formas más extendidas de identificar a mujeres en riesgo es la utilización de la escala de Edimburgo. Se suele realizar entre las semanas 6 y 8 del postparto. El resultado se calcula sumando los puntos obtenidos en los 10 ítems. Una puntuación por encima de 13 hace sospechar de DDP.

El tratamiento de la depresión postparto debe enfocarse desde una perspectiva interdisciplinar. Se trata de una situación con un abordaje complejo. El profesional de enfermería es una figura que conoce los recursos de la comunidad a las familias y a las madres. Enfermería y en concreto los especialistas en salud mental tiene la capacidad para realizar un seguimiento y asesoramiento de la madre y dar cuidados y terapias específicas para la DPP. Esta relación puede tener un impacto positivo en la madre, y mejorar su autoestima.

La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la depresión perinatal recoge evidencia sobre la efectividad de las psicoterapias en el tratamiento para la DPP por parte de enfermería.

La psicoterapia cognitivo-conductual se centra en la interacción de los pensamientos, comportamientos y emociones de la madre. Su efectividad se ha podido comprobar hasta 6 meses después de las intervenciones, por medio de escalas predictivas de depresión postparto.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la depresión postparto es una complicación obstétrica que afecta a muchas mujeres y como consecuencia a sus hijos y sus familias. El profesional de enfermería tiene un papel importante a la hora de conocer los factores de riesgo.

El cribado mediante escalas como la de Edimburgo son un método efectivo para la prevención en mujeres con predisposición a padecer la enfermedad. Además,

la realización de visitas y/o seguimiento telefónico por parte de enfermería son actividades que pueden reducir el riesgo de aparición.

Se debe ofrecer una buena educación sobre la enfermedad puede ayudar a prevenir los síntomas depresivos a corto y largo plazo. Tanto las psicoterapias cognitivo-conductuales como las interpersonales son efectivas para el tratamiento de la depresión postparto.

Es fundamental la formación de los profesionales para garantizar el abordaje correcto del problema, y el trabajo interdisciplinar bien hecho es la mejor garantía de éxito en la detección, tratamiento y curación de la mujer con DPP.

6 Bibliografía

1. Tamires Alexandre, F., Nogueira Ferreira, A. G., d'Ávila Siqueira, D., Vieira do Nascimento, K., Ximenes Neto, F. R. G., & Muniz Mira, Q. L. (2013). Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*, 12(29), 404-419.
2. Becerril, A., Avellana, M. C., & Carmen, M. Revisión bibliográfica: Depresión postparto e intervención enfermera.
3. González Murillo, I. (2023). Intervenciones de enfermería para la detección y la prevención de la depresión postparto.
4. Amer Doce, I. (2019). Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en la paciente con depresión postparto.

Capítulo 16

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS DEL METABOLISMO.

MILAGROS DÍAZ MARIN

NOEMI MARTÍN DEL PINO

LOURDES GARCÍA PEÑA

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO

ARANCHA PIÑA CAÑAVERAS

1 Introducción

Las enfermedades raras del metabolismo son trastornos hereditarios poco comunes que afectan el correcto funcionamiento de los procesos metabólicos del cuerpo humano. Estas patologías presentan síntomas que a menudo se confunden con otras enfermedades, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento oportuno. En algunos casos, estas enfermedades pueden provocar daños graves en los órganos y tejidos del cuerpo, poniendo en peligro la vida del paciente.

El metabolismo es un conjunto de procesos esenciales para la vida del organismo, que se encargan de obtener energía y llevar a cabo funciones vitales. Las enfermedades raras del metabolismo surgen a causa de alteraciones específicas en estos procesos, provocando un exceso o escasez de sustancias en el cuerpo

que pueden afectar diferentes órganos y sistemas, como el cerebro, el hígado, el páncreas o los huesos.

Un diagnóstico temprano y una atención médica especializada pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados por estas patologías. No obstante, en muchos países el diagnóstico de las enfermedades raras del metabolismo se retrasa debido a la falta de conocimiento y recursos adecuados en el ámbito sanitario.

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes con enfermedades raras del metabolismo, ya que pueden colaborar en el diagnóstico temprano, seguimiento, tratamiento y educación del paciente y su familia. Asimismo, pueden brindar apoyo emocional y asesoramiento a los pacientes y sus familias para ayudarles a afrontar la enfermedad y mejorar su calidad de vida. Este trabajo aborda los cuidados de enfermería específicos necesarios para los pacientes con enfermedades raras del metabolismo, contribuyendo así a una atención sanitaria integral y de calidad a estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades raras del metabolismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las enfermedades raras del metabolismo son trastornos hereditarios que afectan a los procesos metabólicos del cuerpo humano. Estas patologías son poco frecuentes y pueden presentarse con una amplia variedad de síntomas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento adecuado.

El cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo es esencial para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La enfermería puede colaborar en el diagnóstico precoz, monitorización y tratamiento de estas patologías, así como proporcionar apoyo emocional y educación al paciente y su familia.

El papel del personal de enfermería en el cuidado de estos pacientes incluye la realización de pruebas diagnósticas, la monitorización de los signos y síntomas, la administración de medicamentos y la realización de intervenciones terapéuticas específicas. Asimismo, los enfermeros pueden brindar orientación y asesoramiento a los pacientes y sus familiares sobre los cuidados específicos que deben llevar a cabo en su hogar, así como en cuanto a la adaptación a las necesidades de la vida diaria.

Los pacientes con enfermedades raras del metabolismo necesitan una atención integral y personalizada, y el equipo de enfermería puede contribuir significativamente a ello. Además, la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales sanitarios, como endocrinólogos, genetistas y dietistas, es esencial para una atención de calidad y una gestión adecuada de estas patologías.

El personal de enfermería debe estar actualizado en cuanto a los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras del metabolismo, así como en cuanto a los cuidados específicos necesarios para estos pacientes. La formación continua y la educación del personal de enfermería son fundamentales para brindar una atención de calidad a los pacientes con estas patologías.

El cuidado de enfermería es esencial en pacientes con enfermedades raras del metabolismo, ya que puede contribuir a mejorar su calidad de vida, prevenir complicaciones y brindar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería en pacientes con enfermedades raras del metabolismo es esencial para garantizar una atención integral y personalizada a estos pacientes. Los trastornos metabólicos hereditarios son poco comunes y pueden presentar una amplia variedad de síntomas, lo que hace que su diagnóstico y tratamiento adecuado sean más difíciles.

Los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel fundamental en el diagnóstico temprano, seguimiento y tratamiento de estas patologías, así como proporcionar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias. La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es esencial para una atención de calidad y una gestión adecuada de estas patologías.

Es importante que el personal de enfermería esté actualizado en cuanto a los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades raras del metabolismo, así como en cuanto a los cuidados específicos necesarios para estos pacientes. La formación continua y la educación del personal de enfermería son fundamentales para brindar una atención de calidad a los pacientes con estas patologías.

6 Bibliografía

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

Capítulo 17

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

MILAGROS DÍAZ MARIN

NOEMI MARTÍN DEL PINO

LOURDES GARCÍA PEÑA

MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ CABO

ARANCHA PIÑA CAÑAVERAS

1 Introducción

La importancia del equipo de enfermería del centro hospitalario es sumamente importante, junto con el equipo médico que acompaña al paciente durante el cateterismo. El cateterismo cardíaco es un procedimiento que se utiliza para diagnosticar o evaluar la insuficiencia cardíaca, la miocardiopatía, la enfermedad de las arterias coronarias o anomalías cardíacas en las válvulas cardíacas o en el músculo cardíaco mismo. Durante el cateterismo, se inserta un transductor delgado y flexible, un catéter, en la aurícula. Examen cardíaco, diagnóstico y tratamiento a nivel arterial, radial o femoral del corazón o de las arterias coronarias. Se requiere trabajo de enfermería desde antes de la inserción del catéter hasta después de la inserción del catéter en esta operación. Esto se hace usando un agente de

contraste y una película de rayos X se puede usar para ver y confirmar obstrucciones y estrechamientos en las cámaras del corazón y las arterias. Si las arterias coronarias realmente se estrechan, se realiza una angioplastia, en la cual se inserta un globo inflado para ensanchar las arterias coronarias y se inserta un stent o malla elástica y se deja en su lugar. Esto mejora la circulación sanguínea. No se requieren pasos adicionales, ya que este procedimiento se realiza al mismo tiempo que se inserta el catéter.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimientos de cateterismo cardíaco realizados por el equipo de enfermería:

1. Preparación para el cateterismo:

- Asegúrese de que el paciente esté debidamente preparado, se le informe sobre el procedimiento y firme el consentimiento informado.
- Las muñecas y las entrepiernas deben estar bien afeitadas.
- Lavar al paciente para mantener la higiene personal durante el procedimiento. Se debe medir el peso y la altura del paciente.
- Los pacientes que visitan el departamento de hemodinámica deben abstenerse de usar ropa interior, efectos personales, dentaduras postizas, etc.
- Debe ayunar 8 horas antes de la prueba.
- Asegurarse de que el paciente esté siguiendo una dieta específica antes del procedimiento.
- Acceso venoso periférico (evitar el dorso de la mano):

Movimiento lateral de la extremidad superior (MSI) o flexión en pacientes <75 años de edad. Conducto o flexión de la extremidad superior derecha (MSD) en pacientes mayores de 75 años.

2. Día de cateterismo:

- Informar a la familia que el paciente ha sido trasladado a la unidad de cateterismo para su tratamiento.
- El paciente está siendo monitoreado con un desfibrilador. Se registrará un historial médico completo de pacientes y se combinarán todos los exámenes anteriores.
- Al final del ensayo, se muestra el evento del procedimiento, los medicamentos y analgésicos utilizados, y las instrucciones a seguir después del procedimiento.

3. Atención inmediata de emergencia después de un cateterismo cardíaco: después de realizar un cateterismo, la enfermera de la unidad se asegurará de que todos los registros médicos y de enfermería de la unidad de cateterismo se reflejen en el expediente médico del paciente.

- Se está evaluando el estado del paciente. Obtenga una constante si la necesita y controle con un telémetro.
- Evaluar el dolor del paciente (ubicación, radiación, intensidad).
- Monitoreo del Sistema Respiratorio: Verifica la frecuencia respiratoria, el ritmo, la saturación y el trabajo respiratorio.
- Asegúrese de que no se hayan quitado vendajes ni cintas de compresión. Compruebe la perfusión de las extremidades periféricas, la tinción, la temperatura y la parestesia.
- Según exámenes y medicación, debería poder tolerarlo. Puede comer alimentos sólidos en una hora.
- El paciente no puede sostener una extremidad.
- El vendaje de compresión se retirará en un momento designado (3 a 6 horas después del examen). Si se produce sangrado después de retirar el vendaje, aplique un vendaje de presión local hasta que se detenga el sangrado.
- Todas las incidencias deben quedar registradas en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo concluye que la práctica de enfermería asociada al cateterismo cardíaco es esencial, ya que las enfermeras deben prestar atención a las señales de advertencia para minimizar los posibles riesgos durante el procedimiento. Además, entre los resultados que estamos viendo es que los pacientes están

menos ansiosos por los procedimientos que pueden ser muy dolorosos y causar ansiedad y sospecha. Es importante documentar todo el procedimiento para evitar errores tanto por parte del personal de enfermería como del servicio de cateterismo. La coordinación entre un equipo multidisciplinario para documentar datos y revisar marcadores es esencial para reducir la probabilidad de errores.

6 Bibliografía

1. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/>.
2. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos>.

Capítulo 18

HEMODIÁLISIS PEDIÁTRICA.

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

GUILLERMO MARTÍNEZ LÓPEZ

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

1 Introducción

La diálisis es un proceso físico y químico a través del cual se lleva a cabo un intercambio de moléculas entre dos soluciones (líquido de diálisis y sangre del paciente) separadas por una membrana semipermeable que actúa de filtro como un riñón sano.

En España y en otros muchos países europeos, la hemodiálisis (HD) se encuentra en el tercer escalón de tratamiento ante insuficiencia renal terminal, por detrás del trasplante renal y otro tipo de tratamiento como es la diálisis peritoneal. Sin embargo, los datos publicados por la ERA-EDTA sostiene que más del 13% de los niños europeos menores de 14 años reciben HD hospitalaria.

Aunque en los últimos años se ha conseguido eliminar muchas de las consecuencias físicas a nivel de crecimiento, nutrición y desarrollo de este tratamiento sustitutivo pediátrico y se ha perfeccionado la técnica, sigue siendo algo que repercute e influye mucho en la calidad de vida, aprendizaje y desarrollo personal de los

niños y adolescentes que lo reciben y todo ello a pesar de que hoy en día se cuente con la opción de HD domiciliaria.

Como ya se ha comentado, el tratamiento principal en estos casos será realizar lo antes posible un trasplante. Como segunda opción tenemos la diálisis peritoneal, la cual suele ser de preferencia con respecto a la HD por ser mejor tolerada en este tipo de pacientes y solo estará contraindicada en caso de niños con malformaciones en la pared abdominal o que requieran de algún tipo de cirugía en esta zona. Por último, se recurrirá a la HD, ya que los volúmenes eliminados a través de este tratamiento son mayores y peor tolerados en niños pequeños. Sin embargo, tiene algunas contraindicaciones:

- Absolutas: niños muy pequeños, acceso vascular difícil, contraindicación de anticoagulación e inestabilidad cardiovascular.
- Relativas: Hipertensión no controlada, cardiomiopatía y lejanía a centro de HD.

En cuanto al tipo de acceso vascular empleado en niños, el Registro Español Pediátrico de Insuficiencia Renal Terminal, el 92 % de estos pacientes realizan este tratamiento a través de catéter venoso central (CVC) tunelizado de dos luces(excepto en neonatos y lactantes que es de una sola luz), preferiblemente de silicona y colocados en la vena yugular interna derecha. La realización de fístula arteriovenosa (FAV) no es tan empleada en el paciente pediátrico por el pequeño tamaño de los vasos y, por tanto, la alta probabilidad de trombosis e inutilidad de esta(1,2).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer más acerca de uno de los tratamientos sustitutivos en enfermedad renal crónica en niños como es la hemodiálisis pediátrica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: pubmed y web of science. Los términos empleados para ello han sido: “hemodiálisis”, “pediatría” y “enfermedad renal” unidos por los términos booleanos “AND” Y “OR”.

La búsqueda se redujo a la información comprendida entre el 2019-2024 con el fin de que la información fuera lo más actualizada posibles. Además, los artículos

debían estar publicados en inglés o en español.

4 Resultados

Los pacientes pediátricos con enfermedad renal avanzada deben ser identificados precozmente. Sin embargo, un alto porcentaje son identificados cuando ya es necesario la terapia de reemplazo renal. En estos pacientes la recomendación de inicio de tratamiento sustitutivo se establece en el momento en el que la tasa de filtración glomerular se encuentra por debajo de 10-15 ml/min, pero además se deben de tener en cuenta otros factores como el estado nutricional, de líquidos y electrolitos. Las principales causas de esta enfermedad en la población pediátrica son las anomalías congénitas del riñón y del tracto urinario, las enfermedades hereditarias, el síndrome nefrótico y las enfermedades exotérmicas.

Las opciones de tratamiento de mantenimiento, como ya se ha comentado, serán: diálisis peritoneal y hemodiálisis. Respondiendo a nuestro objetivo principal nos centraremos en la segunda opción comentada.

La hemodiálisis es un tratamiento renal sustitutivo de tipo extracorpóreo a través del cual se eliminan sustancias nocivas de la sangre así como el exceso de líquido mediante un riñón artificial que recibe el nombre de dializador. Para poder llevarla a cabo es necesario disponer de un acceso vascular en el paciente que nos permita extraer y al mismo tiempo introducir la sangre ya libre de toxinas en el organismo. A la hora de seleccionar el acceso vascular más adecuado en estos pacientes, suele haber preferencia por la implantación de un catéter venoso central tunelizado y con scuff frente a la fistula arteriovenosa. Esto es por el pequeño calibre de los vasos sanguíneos de los niños y por el alto riesgo de trombosis de las FAV en estos casos, además de que un niño siempre será candidato a un trasplante, por lo que en principio este tratamiento sustitutivo será temporal. Las recomendaciones sostienen que los niños con un peso menor a 20 kg no son candidatos a FAV, pero la realidad es que incluso en niños con peso por encima de 27 kg se ha optado por CVC por petición de los padres, por tratarse de niños ansiosos o con algún trastorno de atención en el que no sea seguro y sobre todo porque muchos cirujanos no tienen la experiencia ni el equipo microvascular para la realización de estas.

Por todo ello, es por lo que el CVC es el acceso vascular de elección en estos pacientes. En cuanto al orden de inserción de los CVC se establece de la siguiente manera: yugular interna, yugular externa, femoral, subclavia y por último

lumbar(3).

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal crónica y su tratamiento es un proceso delicado y el cual debe de estar muy individualizado según las características de cada paciente. Esto último cobra mayor importancia en el caso de los niños con este problema de salud, donde el ajuste e individualización del tipo de terapia renal sustitutiva, así como, el tipo de acceso para llevarla a cabo, cobran especial importancia.

Como enfermeros/as y personal de primera línea es primordial conocer bien las técnicas y todas las posibles complicaciones referentes tanto a la enfermedad como a las diferentes líneas de tratamiento, para así, identificarlas lo antes posible y poder actuar de manera precoz.

6 Bibliografía

1. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_hemodialisis_0.pdf
2. Asociación Española de Nefrología Pediátrica - Asociación Española de Nefrología Pediátrica.
3. Almond PS, Emran MA, Koehler SM, Al-Akash SI. Pediatric hemodialysis access. Semin Pediatr Surg.

Capítulo 19

LA RESPONSABILIDAD AMBIENTAL DE LA ENFERMERÍA: PROMOVRIENDO EL RECICLAJE Y LA SOSTENIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

M^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA

NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ

ANAMARIA SORINA BIRLE

PILAR CUADROS FRAILE

1 Introducción

En la actualidad, la preocupación por el medio ambiente y la sostenibilidad ha alcanzado niveles sin precedentes en la sociedad global. Se reconoce cada vez más la urgente necesidad de reducir el impacto ambiental y adoptar prácticas más sostenibles en todos los aspectos de la vida, y la atención sanitaria no es una excepción. En este contexto, la enfermería emerge como un actor fundamental en la promoción del reciclaje y la implementación de medidas sostenibles en los entornos de atención médica.

La enfermería, como profesión comprometida con el cuidado integral de las personas y comunidades, tiene la responsabilidad de contribuir activamente a la protección del medio ambiente. Los enfermeros y enfermeras no solo brindan atención directa a los pacientes, sino que también juegan un papel crucial en la

gestión de recursos y la reducción de residuos dentro de los hospitales y centros de salud. Su presencia en todas las áreas de la atención médica les otorga una posición única para liderar iniciativas de sostenibilidad y promover cambios significativos en las prácticas institucionales.

Este capítulo se propone explorar en profundidad el papel esencial que desempeña la enfermería en la gestión ambiental dentro de los entornos sanitarios. Se examinará cómo los profesionales de enfermería pueden contribuir de manera efectiva a la mitigación del impacto ambiental, destacando la importancia de acciones concretas, como el reciclaje, la reducción de desechos y el uso eficiente de recursos. Además, se analizarán los beneficios tanto ambientales como para la salud que pueden derivarse de la implementación de prácticas sostenibles en la atención sanitaria.

A través de la exploración de estos temas, este capítulo busca resaltar el potencial transformador de la enfermería en la promoción de la sostenibilidad ambiental en el sector de la salud. Al reconocer y valorar el papel de la enfermería en la gestión ambiental, se espera inspirar a otros profesionales de la salud y líderes institucionales a tomar medidas concretas hacia un futuro más sostenible y saludable para todos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel de la enfermería en la promoción del reciclaje y la sostenibilidad en los entornos de atención sanitaria.

3 Metodología

La metodología utilizada en este capítulo se basó en una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre la responsabilidad ambiental de la enfermería en la promoción del reciclaje y la sostenibilidad en la atención sanitaria. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, utilizando una combinación de términos clave relacionados con el tema. Se seleccionaron estudios relevantes y actualizados para analizar sus hallazgos y tendencias. Esta revisión bibliográfica proporcionó una base sólida para la discusión y el análisis en este capítulo.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de esta revisión refuerzan la importancia del papel desempeñado por la enfermería en la promoción del reciclaje y la sostenibilidad dentro del ámbito de la atención sanitaria. Se destaca la capacidad única de los enfermeros y enfermeras para influir en las prácticas ambientales en sus lugares de trabajo, lo que abarca desde la adecuada gestión de residuos hasta el uso eficiente de recursos.

Se ha evidenciado que la implementación de programas de reciclaje y la adopción de prácticas sostenibles no solo contribuyen a la reducción del impacto ambiental de los servicios de salud, sino que también pueden tener un impacto positivo en la eficiencia operativa y la satisfacción del personal. Al fomentar una cultura de responsabilidad ambiental y sostenibilidad, los profesionales de enfermería pueden contribuir significativamente a la mejora del entorno de trabajo y al bienestar general de la comunidad. Además, se ha observado que la participación activa de los enfermeros en iniciativas de reciclaje y programas de sostenibilidad puede generar beneficios adicionales, como la reducción de costos operativos y la optimización de los recursos disponibles. Al implementar prácticas ecoamigables, los servicios de salud pueden no solo mejorar su impacto ambiental, sino también fortalecer su resiliencia y capacidad de respuesta ante desafíos futuros.

Los resultados de esta revisión subrayan el importante papel que desempeña la enfermería en la promoción del reciclaje y la sostenibilidad en la atención sanitaria. Al impulsar cambios positivos en las prácticas ambientales y adoptar enfoques sostenibles, los profesionales de enfermería pueden contribuir significativamente a la construcción de un sistema de salud más responsable y respetuoso con el medio ambiente, mejorando así la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de esta revisión subrayan el papel crucial que desempeña la enfermería en la promoción del reciclaje y la sostenibilidad en la atención sanitaria, posicionándose como agentes de cambio dentro de los entornos clínicos. Al adoptar prácticas sostenibles, los enfermeros pueden hacer una diferencia significativa en la reducción del desperdicio, la conservación de recursos y la protección del medio ambiente.

Es importante destacar que la implementación de programas de reciclaje y prác-

ticas sostenibles no solo tiene beneficios ambientales, sino que también puede tener un impacto positivo en la eficiencia operativa y la calidad de la atención. Al reducir el uso innecesario de recursos y minimizar la generación de residuos, los servicios de salud pueden mejorar la utilización de recursos y optimizar los costos asociados con la gestión de desechos.

Además, al promover una cultura de responsabilidad ambiental y sostenibilidad, la enfermería puede influir en la adopción de comportamientos más ecoamigables tanto dentro como fuera del entorno laboral. Esto puede tener efectos positivos a largo plazo, ya que la concienciación y el compromiso con la sostenibilidad pueden extenderse a la comunidad en general, promoviendo un cambio de actitud hacia el cuidado del medio ambiente.

6 Bibliografía

1. Contardo M, Chang C, Errázuriz R, Ramírez C. Motivación laboral de enfermeros de salud mental y psiquiatría de distintos niveles de atención para dedicarse y permanecer en sus unidades. *Revista Confluencia*. 2021;4(2):75-80.
2. Díaz Consuegra L, Santana López Y. La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. *MediSur*. 2023;21(1):261-263.
3. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista Cuidarte*. 2015;6(2):1108-1120.
4. Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM. Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. *Presencia*. 2005;1(1):1885-0219.

Capítulo 20

LABOR DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

CRISTINA GARCÍA ALCÁZAR

1 Introducción

Con el aumento de la esperanza de vida, el porcentaje de población adulta mayor ha incrementado considerablemente que, junto con los avances médicos y la disminución de la natalidad, hacen que el sistema sanitario tenga que enfrentarse a un enorme reto para mantener a esta población en un estado óptimo de salud.

Las personas mayores con el envejecimiento sufren modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, aumentando con ello el desequilibrio nutricional, pudiendo llevar al individuo a un estado de desnutrición u obesidad.

Por eso, la nutrición se considera un factor clave para la salud del adulto mayor, debiendo Enfermería que intervenir a través de sus actividades e intervenciones para educar a este grupo poblacional en unos adecuados hábitos alimentarios que ayuden a mantener un estado óptimo de salud y una buena calidad de vida. Es preciso que las intervenciones a realizar aborden las conductas, las condiciones económicas, culturales y sociales de la persona, identificando a su vez los aspectos más relevantes del individuo referentes a su nutrición para poder establecer las intervenciones adecuadas y favorecer la adherencia de unos hábitos alimentarios saludables.

Para ello, el profesional de Enfermería, aunque no está especializado en la materia de dietética, debe poseer los conocimientos oportunos sobre este tema.

2 Objetivos

El objetivo que se persigue con este trabajo es analizar la labor de Enfermería en la alimentación del adulto mayor.

3 Metodología

Se ha realizado una recopilación de información procedente de publicaciones científicas basadas en la evidencia a fin de recopilar ideas relevantes sobre la labor de Enfermería en la alimentación del adulto mayor para que este grupo poblacional mantenga un buen estado de salud y calidad de vida.

4 Resultados

Con el envejecimiento, la llegada de los cambios fisiológicos hacen que se vean afectados el gusto y las condiciones para consumir alimentos. Esto hace que el individuo no mantenga un adecuado estado nutricional. Esto, sumado a factores culturales, patológicos y psicosociales, hacen que la situación se agrave, teniendo enfermería que intervenir a través de una valoración integral de la persona para conseguir que la nutrición no sea un problema adicional al proceso de envejecimiento.

Se establece que los malos hábitos son un importante factor de riesgo de morbimortalidad para el adulto mayor, ya que incrementa las infecciones y enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento.

Es de resaltar que oficiar la conducta alimentaria en estas edades es muy complicado, por lo que Enfermería debe realizar cambios paulatinos y reales.

Enfermería prestará educación alimentaria a fin de fomentar el autocuidado y mejorar el conocimiento sobre los comportamientos de salud adecuados.

Lo ideal es enseñar al individuo a que mantenga una dieta equilibrada, siendo la dieta mediterránea la mejor opción para cubrir todas las necesidades del organismo, puesto que se basa en el consumo de frutas, verduras, aceite de oliva y poca carne, sobre todo la roja.

Es importante también indicar el abandono de hábitos poco saludables como el consumo de tabaco, el abuso de ingesta de alcohol y la sal, puesto que son factores que perjudican y predisponen a enfermedades crónicas.

El profesional de Enfermería debe mantener una comunicación efectiva con el individuo para transmitir el mensaje de la mejor manera posible, haciendo que le llegue al adulto mayor de forma efectiva los consejos de mantener una dieta

saludable, y recalcando que su adherencia a ella hará que su calidad de vida se vea incrementada.

5 Discusión-Conclusión

Con la vejez, el problema de mantener una nutrición adecuada se ve incrementado, puesto que factores como los cambios fisiológicos y los problemas de poder ingerir adecuadamente los alimentos hacen que el adulto mayor pueda sufrir desde desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Enfermería tiene una labor determinante en la educación y promoción de la salud de este grupo poblacional, enseñando y educando a través de sus actividades e intervenciones conductas alimenticias saludables que contribuyan a prevenir o reducir enfermedades crónicas propias del adulto mayor.

No debe olvidarse que el uso de una comunicación efectiva es la mejor herramienta para conseguir unos resultados adecuados.

6 Bibliografía

- 1- Alvarado-García, A., Lamprea-Reyes, L., & Murcia-Tabares, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(3), 199-206.
- 2- Salazar-Barajas, M. E., Salazar-González, B. C., Ávila-Alpirez, H., Guerra Ordóñez, J. A., Ruiz Cerino, J. M., & Durán-Badillo, T. (2020). Hábitos alimentarios y actividad física en adultos mayores con enfermedad crónica. *Ciencia y enfermería*, 26.
- 3- Pérez Vásquez, A. N. (2022). Alimentación saludable y actividad física en la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud José Olaya, Chiclayo, 2018-2019.

Capítulo 21

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO EN DOMICILIO

HAIZEA RUIZ GONZALEZ

MARWANE LAKHAL

MARTA SILVERIO GARCIA

JESUS CIRAUQUI GARCIA

ISABEL RUBAL ZARRALUQUI

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Las úlceras por presión de acuerdo al grado de necrosis se clasifican en:

-El grado o categoría I, es cuando la piel se encuentra completa, pero presenta eritema, dolor y entumecimiento; cuando la persona es de piel oscura es más difícil detectar que se esté formando una úlcera por la cual es importante realizar cambios posturales.

-El grado o categoría II: se presenta cuando la piel ha perdido su espesor superficial (epidermis), a esta se la detecta como una llaga ulcerativa poco profunda ya que presenta signos de inflamación de color rosado o rojizo sin bordes de tejido necrótico.

-El grado o categoría III: se trata de la pérdida o destrucción de la epidermis y dermis, en este grado será visible sólo el tejido subcutáneo, es decir que no estarán expuestos los músculos, tendones y huesos. Cuando la piel se deteriora, el área es infectada por microorganismos como los estreptococos, estafilococos, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli* presentando una infección por bacterias gram negativas.

-El grado o categoría IV: este grado se caracteriza por la destrucción total de las capas de la piel donde está comprometida la epidermis, dermis y tejido subcutáneo, en donde estará expuesto el músculo, tendones y hueso, aquí se observan bordes irregulares, presencia de esfácelos, escaras, material purulento y signos de infección. Este grado ulcerativo desencadena factores de riesgo provocando osteomielitis u osteítis.

Para ello como profesionales de enfermería debemos enseñar a la familia del paciente cuidados generales y específicos para evitar este tipo de escaras.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería en una paciente encamado.

Enseñar a la familia los cuidados generales y específicos para evitar la aparición de UPP en paciente encamado.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de diferentes bases de datos como pueden ser: Elsevier, Pubmed y Medline.

4 Resultados

La prevención de las úlceras por presión es una función específica de la enfermería.

Las enfermeras que trabajamos en atención primaria debemos conocer a nuestros pacientes y tener muy en cuenta el deterioro progresivo que pueden llevar a cabo dichos pacientes, para prevenir este tipo de heridas.

Debido a la alta demanda de atención domiciliaria es complicado acudir diariamente a todos los domicilios de nuestros pacientes por lo que debemos instruir bien a las familias y sobre todo al cuidador principal para que tenga en cuenta una serie de factores.

Deben conocer los signos y síntomas de advertencia como son:

- Cambios inusuales en el color o en la textura de la piel.
- Hinchazón.
- Enrojecimiento.
- Supuración.
- Un área de la piel que se siente más fría o más caliente al tacto que otras áreas.

También deben vigilar y conocer cuáles son los sitios comunes de las úlceras por presión. En el caso de las personas encamadas, pueden aparecer escaras en los siguientes sitios:

- La parte trasera o los lados de la cabeza
- Los omóplatos
- La cadera, la espalda lumbar o el coxis
- Los talones, los tobillos y la piel detrás de las rodillas

Causas:

Es importante también conocer las causas que pueden provocar la aparición de dichas escaras y los factores que pueden ayudar a producirse.

- Presión. La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para llevar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y podrían morir con el tiempo.☒
- Fricción. La fricción se produce cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de cama. Puede hacer que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.
- Rozamiento. El rozamiento se produce cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta. Por ejemplo, cuando la cabecera de una cama está elevada, puedes deslizarte hacia abajo en la cama. A medida que el coxis se mueve hacia abajo, la piel sobre el hueso puede quedar en el mismo lugar, básicamente

traccionando en sentido contrario.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgos son muy altos cuando en estas intervienen los medios intrínsecos y extrínsecos; también intervienen factores primarios como la presión, la fricción y la cizalla, como también se debe tener en cuenta que la humedad e higiene intervienen en su aparición.

El riesgo de desarrollar escaras es mayor si tienes dificultades para moverte y no puedes cambiar de posición fácilmente mientras estás sentado o en la cama. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Inmovilidad. Esto puede deberse a una salud debilitada, a una lesión de la médula espinal y a otras causas.
- Incontinencia. La piel se vuelve más vulnerable con la exposición prolongada a la orina y las heces.
- Pérdida de la percepción sensorial. Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras afecciones pueden ocasionar una pérdida de la sensibilidad. La incapacidad para sentir dolor o malestar puede dar lugar a que no se tengan en cuenta las señales de advertencia y a la necesidad de cambiar de posición.
- Nutrición e hidratación deficientes. Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales en su dieta diaria para mantener la piel sana y evitar la ruptura de los tejidos.
- Afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo. Los problemas de salud que pueden afectar al flujo sanguíneo, como la diabetes y las enfermedades vasculares, pueden aumentar el riesgo de daño en los tejidos, como las escaras.

Complicaciones:

Las principales complicaciones de las úlceras por presión son las infecciones entre ellas están:

- Celulitis. La celulitis es una infección de la piel y está relacionada con los tejidos blandos. Puede causar calor, inflamación e hinchazón del área afectada. Las personas con daños en los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis.
- Infecciones óseas y articulares. Una infección de una úlcera por presión puede traspasar las articulaciones y los huesos. Las infecciones en las articulaciones (artritis séptica) pueden dañar cartílagos y tejidos. Las infecciones óseas (osteomielitis) pueden reducir la función de las articulaciones y las extremidades.
- Cáncer. Las heridas no cicatrizadas a largo plazo (úlceras de Marjolin) pueden convertirse en un tipo de carcinoma de células escamosas.
- Septicemia. Rara vez, una úlcera en la piel deriva en septicemia.

Actividades para la prevención de las úlceras por presión:

Se deben realizar actividades teniendo en cuenta el estado clínico y gravedad del paciente como:

Movilidad: esta permite que el cuerpo no se encuentre apoyado permanente sobre una superficie plana.

Higiene: mantener la higiene del paciente es de suma importancia ya que la humedad produce que el tejido tegumentario se irrite y se produzcan lesiones causando laceraciones.

Nutrición: el paciente debe mantener una buena nutrición ya que esta permitirá la pronta cicatrización de la úlcera por presión, dieta rica en proteínas.

Cuidados de la piel:

Se debe evitar que exista una presión prolongada sobre una prominencia ósea, se debe realizar las siguientes actividades:

- Como medida principal y primaria recomendaríamos colocar un colchón anti escaras, ya que realiza cambios de presiones automáticos y cambia el punto de apoyo del peso con frecuencia.
- Inspeccionar la piel de manera sistemática y frecuente evitando que la piel este expuesta a la humedad y factores extrínsecos.
- Limpiar la piel es muy importante ya que se reduce el riesgo de irritabilidad y resequedad, para ello se debe asear al paciente con jabones con pH neutro.
- Aplicar cremas humectantes en la piel evitando la piel escamosa, así como aceites para mantener una buena hidratación de la piel.
- El paciente debe estar siempre aseado ya que el contacto directo y permanente con fluidos corporales como la orina y heces fecales provocan la irritación de la piel además de adquirir mal olor, se debe de realizar el cambio de pañales conforme a la eliminación que produzca el paciente.
- Evitar los factores que produzcan la fricción, roce, cizalla, y presión sobre el cuerpo mientras se encuentre en una posición anatómica.
- Mejorar el estado nutricional del paciente, aumentado las proteínas en la dieta.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final podemos reseñar que la prevención de la aparición de las úlceras en un paciente encamado en su domicilio es una función de enfermería, y se resume en que debemos enseñar a la familia los signos y síntomas de la aparición y medidas de prevención como son colchón antiescaras, piel limpia y seca y hidratación abundante.

Es muy importante dar los cuidados necesarios para evitar la aparición de este tipo de heridas. Es más fácil prevenirlas, que una vez aparecidas tener que curarlas, ya que nos metemos en otro gran mundo de la curación de las úlceras por presión, añadiendo otro tipo de gasto sanitario además de otra preocupación añadida.

6 Bibliografía

- 1- Fernández-Guarino M, Bacci S, Pérez González LA, Bermejo-Martínez M, Cecilia-Matilla A, Hernández-Bule ML. The Role of Physical Therapies in Wound Healing and Assisted Scarring. *Int J Mol Sci.* 2023 Apr 19;24(8):7487. doi: 10.3390/ijms24087487. PMID: 37108650; PMCID: PMC10144139.
- 2- Llauro-Serra M, Labeau S. Research on the prevention of pressure injuries in adult intensive care unit patients. Where are we today and where should we go? *Intensive Crit Care Nurs.* 2021 Feb;62:102959. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102959. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33160802.
- 3- Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-del-Olmo E, Homs-Romero E, Bertran-Noguer C. Course content related to chronic wounds in nursing degree programs in Spain. *J Nurs Scholarsh.* 2015 Jan;47(1):51-61. doi: 10.1111/jnu.12106. Epub 2014 Sep 2. PMID: 25182176. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>

Capítulo 22

EL ROL CRUCIAL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN Y ASISTENCIA DOMICILIARIA DE URGENCIAS MÉDICAS

CLARA MARTÍN BARROSO

MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ

ANA ISABEL BERMEJO RUBIO

MARÍA VICTORIA TOBOSO GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL

1 Introducción

La atención domiciliaria de urgencias médicas representa un eslabón fundamental dentro del sistema sanitario, ofreciendo una respuesta inmediata a situaciones críticas que ocurren en el entorno más personal del paciente: su hogar. En este contexto, el papel del enfermero trasciende las barreras tradicionales del cuidado en hospitalización, adaptándose a un entorno menos controlado, pero igualmente exigente en términos de competencia profesional y empatía. Esta modalidad de atención no solo requiere de una amplia gama de habilidades clínicas, sino también de una capacidad única para gestionar la incertidumbre, tomar decisiones críticas de manera autónoma y establecer un vínculo de confianza con el paciente y su familia en momentos de extrema vulnerabilidad.

El enfermero especializado en atención domiciliaria de urgencias médicas actúa como el primer punto de contacto con el sistema de salud, evaluando la gravedad de la situación, proporcionando los primeros auxilios necesarios y coordinando la atención médica posterior. Su formación le permite realizar una valoración integral del paciente, considerando no solo el cuadro clínico inmediato sino también el contexto socioambiental en el que se encuentra. Esta perspectiva holística es crucial para una intervención efectiva, ya que permite adaptar las acciones de emergencia a las necesidades específicas del entorno domiciliario.

Además, el enfermero en este ámbito desempeña un papel clave en la educación sanitaria de la población, enseñando medidas preventivas, técnicas de primeros auxilios y el uso adecuado de los servicios de urgencia. Esta labor educativa es esencial para mejorar la respuesta de la comunidad ante emergencias, minimizando así el impacto de las mismas y favoreciendo una recuperación más rápida y segura del paciente.

En suma, la intervención del enfermero en la atención domiciliaria de urgencias médicas es indispensable para garantizar una atención eficiente y humanizada. A través de su expertise, dedicación y sensibilidad, estos profesionales no solo salvan vidas, sino que también fortalecen el tejido social al promover la salud y el bienestar en la comunidad. Su rol es, por tanto, fundamental en la articulación de una respuesta sanitaria ágil y efectiva frente a las emergencias médicas en el hogar, destacando su importancia en el panorama de la salud pública moderna.

2 Objetivos

- ☒ Destacar la capacidad de respuesta y eficiencia del enfermero en la atención domiciliaria de urgencias médicas.
- ☒ Exponer como ampliar el alcance de las competencias clínicas y comunicativas del enfermero para mejorar la calidad del cuidado en entornos domiciliarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La práctica de la enfermería en la atención domiciliaria de urgencias médicas se sustenta en un conjunto de competencias y funciones específicas que delinean el alcance de su labor y aseguran la eficacia de su intervención. En este marco, el enfermero se convierte en el pilar de una atención de salud rápida y adaptada a las necesidades inmediatas del paciente, garantizando no solo la prestación de cuidados críticos sino también el acompañamiento y la orientación a las familias durante situaciones de crisis.

Una de las principales competencias en este ámbito es la capacidad de realizar una valoración rápida y precisa del estado de salud del paciente. Esto implica identificar signos de gravedad, evaluar la necesidad de intervenciones urgentes y determinar el curso de acción más adecuado. La habilidad para llevar a cabo estas valoraciones bajo condiciones a menudo impredecibles es crucial y requiere de un profundo conocimiento clínico, así como de la capacidad para tomar decisiones informadas de manera autónoma.

Además, el enfermero en la atención domiciliaria de urgencias debe poseer habilidades avanzadas en procedimientos de primeros auxilios y soporte vital básico. Esto incluye desde la administración de medicación y la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar hasta la gestión de vías respiratorias y el control de hemorragias. La competencia en estos procedimientos no solo es vital para la supervivencia del paciente en el corto plazo, sino que también establece las condiciones para una recuperación más efectiva.

La comunicación efectiva es otra piedra angular de la labor del enfermero en este contexto. La capacidad para transmitir información clara y precisa a los pacientes y sus familias, así como a otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado posterior, es fundamental. Esto abarca la habilidad para explicar la situación clínica, las intervenciones realizadas y las recomendaciones para el manejo post-crisis de manera comprensible y empática, fomentando así un ambiente de confianza y colaboración.

Finalmente, la educación sanitaria ocupa un lugar destacado entre las funciones del enfermero. A través de la instrucción sobre medidas preventivas y el entrenamiento en técnicas de primeros auxilios, el profesional en enfermería empodera a los individuos y sus familias, promoviendo una comunidad más resiliente ante las emergencias médicas. Esta faceta educativa, complementada con la promoción de hábitos saludables, refleja el compromiso del enfermero no solo con la atención inmediata, sino también con la salud pública a largo plazo.

En conjunto, estas competencias y funciones delinean el perfil del enfermero

especializado en la atención domiciliaria de urgencias médicas, resaltando su importancia dentro del sistema de salud y su impacto en la comunidad. La combinación de conocimiento técnico, habilidades prácticas, y sensibilidad humana constituye la esencia de su profesionalismo y su contribución a la sanidad moderna.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados expuestos subrayan la trascendencia del papel del enfermero en la atención domiciliaria de urgencias médicas, delineando un marco de competencias que va más allá de la mera prestación de cuidados inmediatos. La valoración clínica rápida y precisa, la ejecución de procedimientos de emergencia, la habilidad para comunicar de manera efectiva y el compromiso con la educación sanitaria emergen como pilares fundamentales que sostienen la práctica de estos profesionales.

Estas competencias no solo reflejan la complejidad y la profundidad de la función del enfermero en contextos domiciliarios, sino que también enfatizan su rol como agentes clave en la promoción de la salud y la prevención de situaciones de crisis. La consolidación de estos roles reafirma la necesidad de un enfoque holístico en la formación de enfermería, orientado a equipar a los profesionales con las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos únicos de la atención domiciliaria de urgencias.

En última instancia, el fortalecimiento de estas competencias contribuye a una sociedad más preparada y resiliente frente a las emergencias de salud, subrayando la importancia de la enfermería como pilar esencial en el sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Pérez-Campos E, Hernández-Lemus E, Vallejo M. La importancia de la enfermería en la atención primaria de salud. *Enferm Univ.* 2020;17(1):1-10.
2. Torres LM, Gómez RJ, Cordero T, Núñez M. Competencias y habilidades en la enfermería de urgencias: una revisión sistemática. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3174.
3. Jiménez-Fernández S, Montilla-Herrador J, Martínez-García E, Granados-Gámez G, Jiménez-García C. Atención de enfermería en el domicilio: retos y perspectivas. *Index Enferm.* 2018;27(1-2):52-56.
4. García-Peñuela E, Ruiz-López M, Fernández-Martínez E. Formación y práctica de enfermería ante las urgencias médicas domiciliarias: una necesidad emergente.

Enferm Clin. 2021;31(2):123-131.

Capítulo 23

OXIGENOTERAPIA PRECISA: LA VITAL CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE CÁNULAS NASALES

CLARA MARTÍN BARROSO

MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ

ANA ISABEL BERMEJO RUBIO

MARÍA VICTORIA TOBOSO GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL

1 Introducción

La oxigenoterapia, un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria o hipoxemia, ha cobrado una importancia sin precedentes en el ámbito sanitario moderno. Este procedimiento, que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las encontradas en el ambiente terrestre, requiere de un manejo meticuloso y personalizado, subrayando el papel crucial del profesional de enfermería. Dentro de este contexto, la gestión de cánulas nasales emerge como un dominio específico donde la pericia, conocimiento, y humanidad del enfermero(a) se entrelazan para asegurar no solo la eficacia del tratamiento, sino también el confort y bienestar del paciente.

El enfermero(a) en sanidad, equipado(a) con una profunda comprensión de la fisiología respiratoria y las técnicas de administración de oxígeno, asume una posición indispensable en el equipo de cuidados. Su labor va más allá de la mera aplicación de cánulas nasales; implica una evaluación continua del estado del paciente, la personalización del flujo de oxígeno, y el ajuste de la interfaz nasal para minimizar las molestias y prevenir posibles complicaciones, tales como la sequedad mucosa o las lesiones nasales.

Además, el profesional de enfermería desempeña un papel educativo crucial, instruyendo a pacientes y familiares sobre el manejo adecuado de la oxigenoterapia en el hogar, incluyendo la higiene de la cánula, la vigilancia de signos de alarma y la importancia de seguir estrictamente las indicaciones médicas. Este aspecto de su trabajo subraya la importancia de la comunicación efectiva y la empatía, cualidades inherentes a la enfermería, para promover la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La diversidad y particularidades en la administración de oxigenoterapia reflejan no solo los avances tecnológicos en el campo médico, sino también la evolución del rol del enfermero(a) en sanidad. A través de un enfoque holístico y centrado en el paciente, estos profesionales garantizan una atención segura, personalizada, y compasiva, demostrando que su contribución va mucho más allá de la técnica; es, en esencia, el corazón de un tratamiento eficaz y humanizado.

Así, en el entorno dinámico y a menudo exigente de los hospitales y centros de salud, el enfermero(a) emerge como una figura esencial, cuya experiencia en la oxigenoterapia y manejo de cánulas nasales desempeña un papel fundamental en el cuidado integral del paciente. Su habilidad para adaptarse a las necesidades individuales, combinada con un conocimiento especializado, destaca la singularidad y la importancia de su labor en el ámbito de la sanidad moderna.

2 Objetivos

☒ Subrayar como mejorar la precisión en la administración de oxigenoterapia mediante la óptima utilización de cánulas nasales.

☒ Exponer como elevar la calidad de cuidado a los pacientes mediante la especialización y humanización en el manejo de la oxigenoterapia por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el contexto de la atención sanitaria moderna, el rol del enfermero en la administración de oxigenoterapia a través del uso de cánulas nasales se ha transformado en una función de vital importancia que requiere de un conjunto de competencias específicas y diversificadas. A partir de la premisa establecida en el título y la introducción, se destaca que la precisión y la humanización del cuidado son dos ejes centrales en el desempeño de esta labor profesional.

Los enfermeros, en su práctica diaria dentro de hospitales y centros de salud, llevan a cabo la valoración inicial del paciente, determinando la necesidad de oxigenoterapia basada en criterios clínicos y objetivos, como la saturación de oxígeno y los síntomas presentados. Este proceso de evaluación continua es fundamental para ajustar la terapia de oxígeno a las necesidades fluctuantes del paciente, lo cual implica no solo la selección del dispositivo de administración más adecuado, como la cánula nasal, sino también el ajuste de la concentración y el flujo de oxígeno.

Una vez establecida la necesidad de oxigenoterapia, el enfermero procede a la colocación de la cánula nasal, asegurándose de que esta se ajuste cómodamente y de manera segura, para evitar complicaciones como la irritación cutánea o las lesiones nasales. Este paso subraya la importancia de las habilidades técnicas y de comunicación del enfermero, ya que se debe instruir al paciente sobre cómo respirar de manera efectiva a través del dispositivo, además de tranquilizarlo y asegurarse de que comprenda el procedimiento.

El seguimiento continuo del estado del paciente es otra función crítica, la cual incluye la monitorización de la eficacia de la oxigenoterapia y la identificación temprana de cualquier signo de complicación o malestar. Esta tarea se complementa con la capacidad del enfermero para realizar ajustes inmediatos en la terapia de oxígeno, basados en la respuesta del paciente y en la colaboración estrecha con el equipo de atención sanitaria.

Además, el enfermero juega un rol educativo esencial, proporcionando al pa-

ciente y a sus cuidadores información detallada sobre el manejo de la oxigenoterapia en el hogar, incluyendo el cuidado de la cánula, la importancia de mantener una hidratación adecuada y la manera de identificar los síntomas que requieren atención médica urgente.

Este enfoque integral en la administración de oxigenoterapia refleja no solo la competencia técnica del personal de enfermería, sino también su compromiso con una atención centrada en el paciente. Mediante la aplicación de estas prácticas, los enfermeros aseguran que la oxigenoterapia no solo sea efectiva en términos clínicos sino también confortable y segura para el paciente, lo que finalmente contribuye a la mejora de la calidad de vida y a la eficiencia del tratamiento en los entornos de atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos demuestran el papel fundamental del enfermero en la administración de oxigenoterapia mediante cánulas nasales, destacando su habilidad para combinar conocimientos técnicos con un enfoque humanizado en el cuidado de pacientes. La precisión en la evaluación y ajuste de la oxigenoterapia, la habilidad para instruir y tranquilizar a los pacientes, y el seguimiento meticuloso de su evolución, resaltan la complejidad de esta labor y la necesidad de una formación especializada. La educación continua y el desarrollo de competencias específicas en oxigenoterapia se perfilan como requisitos indispensables para optimizar los resultados clínicos y mejorar la experiencia del paciente.

Este análisis subraya la contribución insustituible de la enfermería en la atención sanitaria, al asegurar la eficacia, seguridad y comodidad en la administración de oxígeno, una intervención crítica en el manejo de diversas patologías respiratorias. En suma, la integración de la competencia técnica con el cuidado compasivo constituye la esencia de la práctica enfermera en oxigenoterapia, un equilibrio que favorece tanto la recuperación física como el bienestar emocional del paciente.

6 Bibliografía

1. Fernández-Fernández FJ, Sesma-Sánchez P. Oxigenoterapia: técnicas de administración y recomendaciones para su uso. *Enferm Clin.* 2020;30(2):119-126.
2. Morales-Pérez MA, Santos-Díaz MS. La importancia de la formación en oxigenoterapia para el personal de enfermería. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación.* 2019;66(4):210-217.

3. Rodríguez-González M, Castellano-Guerrero AM. Cuidados de enfermería en pacientes con terapia de oxígeno a largo plazo. *Enferm Glob*. 2018;17(4):381-396.
4. Vargas-Díaz E, Martínez-García M. Efectividad de las intervenciones de enfermería en la administración de oxigenoterapia: Una revisión sistemática. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e33379.

Capítulo 24

EL ROL DEL ENFERMERO EN SALUD MENTAL: UN PILAR DE INTERVENCIÓN, ASISTENCIA Y APOYO AL PACIENTE

CLARA MARTÍN BARROSO

MARÍA DEL MAR HERNÁNDEZ NÚÑEZ

ANA ISABEL BERMEJO RUBIO

MARÍA VICTORIA TOBOSO GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR OROZCO VIDAL

1 Introducción

El ámbito de la salud mental, a menudo eclipsado por la medicina física, ha cobrado una relevancia ineludible en el espectro de la atención sanitaria contemporánea. Dentro de este marco, la enfermería especializada en salud mental emerge como una disciplina crítica, enfocándose en el bienestar integral del paciente. Esta especialización trasciende la asistencia tradicional para abordar las complejidades psicológicas y emocionales de aquellos que enfrentan desafíos mentales. A través de una mirada empática y científica, el enfermero en salud mental actúa como un puente vital entre el paciente y el camino hacia su recuperación.

La contribución del enfermero en este ámbito es multifacética, abarcando desde la intervención directa hasta el apoyo continuo, tanto para el paciente como para sus seres queridos. La intervención del enfermero se fundamenta en la evaluación precisa de las necesidades del paciente, a través de la cual se diseña un plan de cuidado personalizado que aborda tanto las necesidades físicas como las emocionales. Este plan incluye, pero no se limita a, la administración de medicamentos, la terapia de conversación, y el apoyo en actividades diarias, siempre enfocado en fomentar la autonomía y el empoderamiento del paciente.

Además, la enfermería en salud mental juega un papel crucial en la asistencia al equipo multidisciplinario de atención. A través de la comunicación efectiva y el intercambio de información clave, el enfermero asegura que todas las partes involucradas tengan una comprensión holística del estado del paciente, lo que facilita una atención coordinada y cohesiva. Este enfoque colaborativo no solo mejora la eficacia del tratamiento, sino que también fortalece el sistema de apoyo del paciente, elemento fundamental para una recuperación sostenible.

Por otro lado, el apoyo emocional constante que brinda el enfermero a los pacientes y sus familias es insustituible. La capacidad de escuchar activamente, mostrar empatía y ofrecer consejo práctico en momentos de crisis no solo alivia el estrés del paciente, sino que también fomenta un ambiente de confianza y seguridad, pilares esenciales para la rehabilitación mental.

En conclusión, la enfermería en salud mental es un campo de vital importancia dentro de la sanidad, ofreciendo estrategias de intervención, asistencia, y apoyo que son cruciales para el bienestar y la recuperación de los pacientes. La dedicación y el compromiso de estos profesionales no solo transforman vidas, sino que también promueven un cambio positivo en la percepción de la salud mental en la sociedad.

2 Objetivos

- ☒ Exponer la aplicación de estrategias de intervención personalizadas en el cuidado de pacientes con necesidades de salud mental.
- ☒ Destacar las habilidades de asistencia y apoyo emocional al equipo de atención y pacientes, fomentando un ambiente de confianza y seguridad.

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 lle-

vado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La esencia de la enfermería en salud mental reside en una práctica clínica profunda y empática, orientada a responder a las complejas necesidades psicosociales de los pacientes. Este enfoque se materializa a través de la ejecución de diversas funciones específicas, que van desde la evaluación inicial del estado mental hasta la implementación de planes terapéuticos personalizados. En el corazón de esta disciplina, el enfermero especializado emplea una metodología centrada en el paciente, diseñando intervenciones que promueven la salud mental, la estabilidad emocional y la recuperación psicológica.

La evaluación de las necesidades del paciente constituye el primer paso crítico en el proceso de atención. El enfermero en salud mental emplea herramientas de diagnóstico y evaluación para identificar los desafíos psicológicos específicos del paciente, tales como trastornos de ansiedad, depresión o esquizofrenia. Esta evaluación inicial es fundamental para el desarrollo de un plan de cuidados individualizado, que se adapte no solo a las necesidades clínicas sino también a las preferencias personales y culturales del paciente.

Una vez establecido el plan de cuidados, el enfermero interviene activamente en la administración de tratamientos, que pueden incluir la gestión de la medicación, terapias conductuales y apoyo en la gestión de las actividades diarias. La administración segura y efectiva de medicamentos es una responsabilidad clave, requiriendo una comprensión profunda de la farmacología psiquiátrica y la capacidad para monitorizar y evaluar los efectos secundarios y la eficacia del tratamiento.

Más allá del cuidado directo, el enfermero en salud mental se dedica a la educación y el apoyo de los pacientes y sus familias. Esta función incluye la provisión de información sobre trastornos específicos, estrategias de manejo del estrés y técnicas de autoayuda. La educación es una herramienta poderosa que empodera a los pacientes y sus cuidadores, fomentando la autonomía y facilitando la gestión de la enfermedad en el contexto de la vida cotidiana.

El apoyo emocional y psicosocial es otra faceta crítica de su trabajo, proporcionando un espacio seguro para que los pacientes expresen sus sentimientos, temores y esperanzas. Este soporte fomenta la resiliencia, mejora la autoestima y contribuye significativamente al bienestar general del paciente.

Finalmente, el enfermero en salud mental colabora estrechamente con un equipo multidisciplinario, incluyendo psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, para asegurar una atención integral. Esta colaboración se extiende a la coordinación de servicios dentro y fuera del entorno hospitalario, facilitando el acceso del paciente a recursos comunitarios y servicios de apoyo.

A través de estas funciones, el enfermero en salud mental desempeña un papel esencial en el espectro de la atención sanitaria, contribuyendo de manera significativa a la salud y recuperación de los pacientes, demostrando la profundidad y diversidad de competencias requeridas para navegar con éxito en este campo complejo y desafiante.

5 Discusión-Conclusión

La labor del enfermero especializado en salud mental es esencialmente transformadora, no solo para el sistema de salud, sino también para la vida de los pacientes y sus familias. La diversidad y complejidad de sus funciones revelan una práctica que va mucho más allá del cuidado básico, adentrándose en la promoción de la salud mental, el apoyo emocional, la prevención de enfermedades y la rehabilitación.

La capacidad de evaluar de manera integral las necesidades del paciente, administrar tratamientos complejos, educar y empoderar a los pacientes y sus familias, así como colaborar eficazmente dentro de un equipo multidisciplinario, subraya la importancia de su rol. Este profesional no solo atiende necesidades clínicas, sino que también ofrece un soporte emocional crucial, promoviendo un entorno de seguridad y confianza que facilita la recuperación. La enfermería en salud mental, por lo tanto, representa un pilar fundamental en la atención sanitaria, destacando la necesidad de un enfoque holístico y compasivo en el tratamiento de la salud mental.

6 Bibliografía

1. Herrero R, Menéndez S. La importancia de la enfermería en la salud mental. *Rev Enferm Salud Mental*. 2020;(3):45-59.
2. García-Valcárcel M, Fernández-Castro I. Estrategias de intervención en enfermería de salud mental. *Enferm Clin*. 2019;29(2):112-8.
3. López-Alonso AA, Montes-Hidalgo J. Rol del enfermero en la atención y prevención de la salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Mental*. 2021;14(1):24-34.

4. Sánchez-Gómez MB, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil MN. La comunicación como herramienta clave en la enfermería de salud mental. *Index Enferm.* 2022;31(4):230-4.

Capítulo 25

CANALIZACIÓN DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

GUILLERMO MARTÍNEZ LÓPEZ

PAULA CUERDA LLORET

1 Introducción

Para poder llevar a cabo uno de los principales tratamiento sustitutivos de la insuficiencia renal crónico como es la hemodiálisis (HD) es imprescindible un adecuado acceso vascular, siendo de elección la realización de una fístula arteriovenosa (FAV) por su menor porcentaje de complicaciones en comparación con un catéter venoso central (CVC). Además, debemos distinguir entre las FAV autólogas y las FAV protésicas y la elección de una u otra depende de las características de cada paciente y su situación clínica.

A la hora de realizar las punciones de las FAV es importante desinfectar la zona adecuadamente con clorhexidina acuosa o alcohólica y debe realizarse por profesionales de enfermería experimentados. Distinguiremos 2 zonas de punción:

- Punción arterial: en la zona más proximal a la FAV, es decir, con una separación mayor de 2,5 cm de la anastomosis en FAV autóloga y mayor de 5 cm en caso de FAV protésica.

- Punción venosa: en la zona más distal de la FAV.

La técnica de canalización es fundamental para el buen mantenimiento y funcionamiento de la FAV y al tratarse de un medio tan importante para la supervivencia de algunos de estos pacientes se considera fundamental para los profesionales enfermeros conocer y actualizarse sobre las últimas recomendaciones.

2 Objetivos

Actualizar los conocimientos sobre la correcta canalización de fistulas arteriovenosas para la realización de tratamiento sustitutivo renal como es la hemodiálisis.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed y Cochrane. Los términos utilizados para ello han sido los siguientes: “hemodiálisis”, “fistula arteriovenosa”, “métodos punción” y FAV. Estos se han unido a través de los términos booleanos AND y OR.

La búsqueda se acotó a la información publicada entre 2020 hasta la actualidad y los artículos empleados debían estar en inglés o en español.

4 Resultados

Una FAV se define como la conexión irregular entre una arteria y una vena a través de la cual podemos conseguir los grandes flujos sanguíneos. En pacientes adultos con enfermedad renal grave es de elección para la realización de uno de los tratamientos sustitutivos como es la HD.

La punción con el bisel de la aguja mirando hacia abajo ha demostrado provocar menor dolor en el momento de la punción, origina menos lesión a nivel de la piel y reduce el tiempo necesario de hemostasia una vez retiradas las agujas al finalizar el tratamiento. Por otro lado, el calibre más recomendado es el de 15 G, el cual te permite flujos mayores de 300 ml/min, aunque durante las primeras punciones o en FAV poco desarrolladas se recurre a las agujas de 16 G por ser de calibres inferiores y facilitar el acceso.

Además, es importante conocer que existen diferentes técnicas de punción. Como técnica más recomendada y empleada de punción, tenemos la punción en “escalera”, aunque existen otras con la punción en “ojal o buttonhole”, la cual está

recomendada para la HD domiciliaria, en FAV profundas o con escaso trayecto, y la técnica de punción en área o zona es la menos recomendada por provocar aneurismas.

Como técnica más novedosa nos encontramos actualmente con la “unipunción”, en la cual aparecen algunas ventajas como la disminución del número de punciones y por tanto de menor daño del acceso y menores complicaciones posteriores. Sin embargo, esta última también cuenta con algunas desventajas entre las que destaca la mayor probabilidad de recirculación y por tanto menor eficacia de la HD. Este método estaría indicado en personas mayores y en pacientes capacitados para la modalidad de HD domiciliaria.

Por otro lado, se recomienda el cebado de las agujas con suero heparinizado, sobre todo en aquellos casos en los que se prevea dificultad de punción o cuando se trate de pacientes con problemas de hipercoagulabilidad. En aquellos casos donde sea necesario repetir alguna de las punciones, se aconseja dejar la aguja anterior hasta el final, siempre que no empeore la situación, y realizar la hemostasia de todas las punciones al finalizar el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente se cuenta con cantidad de información suficiente para mejorar el manejo de las FAV y así contribuir a su mayor duración y menor aparición de complicaciones posibles. Como profesionales de primera línea y encargados del manejo de este tipo de accesos vasculares hemos de actualizar nuestro conocimiento continuamente con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes renales velando por la mayor perdurabilidad de este tipo de accesos. Sin embargo, se considera necesario mayor número de investigaciones a cerca de este tema a través de estudios en los que se comparen las diferentes técnicas de punción y con cuál de ellas ganamos calidad de vida en este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Pulido JFP, Montero RC. 3.3 Punción de la fístula arteriovenosa. Proced Protocol Con Competencias Específicas Para Enferm Nefrológica. 30 de enero de 2024;3.3:1-4.
2. Top Doctors [Internet]. [citado 7 de abril de 2024]. Fístula arteriovenosa: qué es, síntomas y tratamiento. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/fistula-arteriovenosa>

3. Vanholder R. Single needle hemodialysis: is the past the future? J Nephrol. febrero de 2020;33(1):49-58.

Capítulo 26

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS ANCIANOS CON DISFAGIA

SILVIA GRANADINO AGUILAR

ANA TORIJA RODRIGUEZ

ISABEL LOPEZ RUBIO

ALMUDENA ABANADES GAMO

MARIA COLLADOS CUBERO

1 Introducción

La disfagia es un problema de salud que provoca dificultad para tragar. Esta condición es común en personas mayores. En este momento, la confusión de estas personas es importante para las comidas incorrectas y seriamente amenazadas con el riesgo de ambiciones alimentarias. Esta tasa es de alrededor del 20% para los adultos mayores no institucionalizados y de alrededor del 70% para los adultos mayores institucionalizados. La disfagia es una afección subyacente responsable de la disfagia en la que existe un déficit neuronal en la coordinación entre la apertura faríngea y el movimiento del bolo alimentario. Este trastorno de la deglución lo define la NANDA como "una función anormal del mecanismo de deglución asociada con defectos en la estructura o función de la boca, faringe o esófago".

Esta situación tiene graves implicaciones para la nutrición de los adultos mayores, ya que puede llevar a dietas parciales que no cubren sus necesidades nutricionales y, en los casos más extremos, puede derivar en el síndrome de desnutrición geriátrica. Una variedad de patologías neurodegenerativas comunes en los adultos mayores contribuyen a estos problemas neurológicos, especialmente los trastornos de la deglución. La disfagia y la disfagia suelen ser problemas subdiagnosticados y subestimados y tienen un mayor impacto en los hábitos alimentarios y la calidad de vida de los adultos mayores.

2 Objetivos

- Informar sobre la importancia de valorar el estado nutricional de ancianos institucionalizados y no institucionalizados con disfagia con el fin de establecer protocolos de detección precoz y tratamiento de la desnutrición.

3 Metodología

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

4 Resultados

A través de la revisión de la literatura realizada para este estudio, se obtuvieron los siguientes datos objetivos que se convirtieron en los resultados de este estudio. Al evaluar la desnutrición en adultos mayores con disfagia, llegamos a la conclusión de que existe una gran proporción de adultos mayores que están gravemente desnutridos. Por otro lado, vemos que una gran proporción de quienes padecen disfagia y desnutrición padecen una forma de demencia que los hace más dependientes del entorno médico, como la movilidad o, en este caso, la nutrición. Otro hallazgo importante de este estudio es que existe una relación directa entre el mal estado nutricional y la cantidad de medicamentos utilizados por los adultos mayores. El uso de cuatro o más medicamentos tiene un impacto directo en la aparición de desnutrición. Puede haber una relación entre el tipo de fármaco, la palatabilidad de la dieta e incluso el nivel de conciencia.

También sabemos que las pautas dietéticas generales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se siguen para los pacientes ancianos con problemas para tragar, ya que muchas personas mayores no hacen al menos tres comidas al día. La mayoría de las dietas para personas con problemas para tragar son del tipo Tourmix, sin restricciones dietéticas. La dieta Turmix implica la pérdida de las propiedades organolépticas de los alimentos y de su utilidad en el consumo, ya que provoca desnutrición subóptima, especialmente en los ancianos. Para las personas mayores que sufren desnutrición, el uso de complementos nutricionales es una solución para compensar las deficiencias nutricionales, esto lo recomendará la enfermera. De esta forma, estas personas compensan algunas de las deficiencias nutricionales provocadas por una condición neurológica llamada disfagia.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición en adultos mayores puede estar asociada con problemas neurológicos que causan disfagia (disfagia). Esta mala alimentación eventualmente provoca deficiencias nutricionales como la desnutrición, acelerando el proceso de degeneración en los adultos mayores. Estas deficiencias nutricionales pueden compensarse con el uso de los suplementos nutricionales, pero para las personas mayores cada vez es mejor diagnosticar el problema de forma más temprana y precisa y facilitar su aplicación de protocolos de intervención temprana para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

El personal de enfermería debe estar en continua formación para el trato de los ancianos que padecen disfagia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 27

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA

SILVIA GRANADINO AGUILAR

ANA TORIJA RODRIGUEZ

ISABEL LOPEZ RUBIO

ALMUDENA ABANADES GAMO

MARIA COLLADOS CUBERO

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar crónica que restringe el flujo de aire a los pulmones, dificultando la respiración. Existen dos tipos de EPOC: la bronquitis crónica, caracterizada por una tos que dura al menos 3 meses a 2 años o más, y el enfisema (un concepto anatómico patológico que implica la expansión de los espacios aéreos distales) que no pertenece a otros procesos. El principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad es el tabaquismo; la patología ocurre en el 20-25% de los fumadores. Otros incluyen la exposición continua a la contaminación del aire interior o exterior, humo, gases y otros irritantes en el lugar de trabajo. El síntoma

principal es la dificultad para respirar, que en las primeras etapas de la enfermedad ocurre sólo durante la actividad física (sibilancias durante el esfuerzo) y disminuye gradualmente con el esfuerzo a medida que avanza la enfermedad. Otros signos y síntomas de la EPOC incluyen:

- Dificultad para respirar, especialmente durante la actividad física.
- Sibilancias al respirar.
- Compresiones torácicas.
- Tos crónica que puede o no ser productiva. La flema es clara y puede ser blanca, amarilla o verde.
- Los labios o el lecho ungual pueden volverse azules (cianosis).
- Infecciones respiratorias frecuentes.
- Deficiencia energética y pérdida de peso (etapa más avanzada).
- Hinchazón de las piernas, pies o pies.

2 Objetivos

- Conocer los signos y síntomas de los pacientes con EPOC y destacar el papel de las enfermeras en la prestación de educación médica a los pacientes con EPOC.

3 Metodología

En preparación para el siguiente artículo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo. Palabras clave: EPOC, intervención asistencial, atención sanitaria, prevención.

4 Resultados

Ante la disnea del paciente con EPOC, el personal de enfermería realiza las siguientes intervenciones:

1. Manejo de la vía aérea :
 - Proporcionar aire humidificado u oxígeno si es necesario.
 - Colocar al paciente en una posición que alivie la dificultad respiratoria.
2. Control de la respiración:
 - Controlar su frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.
 - Estar atento a un aumento de la inquietud, la inquietud o la disnea.
 - Estar atento a respiraciones ruidosas, como risas o ronquidos.

3. Oxigenoterapia.

- Monitorear la efectividad de la oxigenoterapia.
- Preparar y operar equipos de oxígeno utilizando sistemas de calefacción.
- Al realizar la transferencia, ingrese O₂.

4. Suministro de medicamentos.

- Consultar la receta o las instrucciones de su médico antes de tomar medicamentos.
- Vigilar posibles alergias, interacciones y contraindicaciones a medicamentos.
- Monitorear la efectividad de la medicación del paciente.

5. Fisioterapia respiratoria.

- Determinar si existe alguna contraindicación para el uso de fisioterapia respiratoria.
- Aplicar aerosolterapia si es necesario.
- Vigilar la cantidad y el tipo de esputo.

6. Gestión Energética.

- Vigilar a los pacientes para detectar signos de fatiga física y emocional excesiva.
- Control de la respuesta cardiopulmonar a la actividad.
- Ayudar a sus pacientes a reconocer los signos y síntomas de fatiga que pueden requerir que reduzcan su actividad.

7. Gestión Ministerial.

- Registre su última evacuación intestinal.
- Vigilar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento y palpitaciones.

8. Tratamiento del estreñimiento.

- Estar atento a los signos y síntomas de estreñimiento.
- Aumentar la ingesta de líquidos si no está contraindicado.

9. Educación: procesos patológicos.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre el proceso específico de la enfermedad.
- Si es necesario, enseñe al paciente cómo controlar/reducir los síntomas.
- Educar a los pacientes sobre los signos y síntomas para informarlos al proveedor de atención médica cuando sea apropiado.

10. Educación: Medicamentos recetados.

- Enseñar a los pacientes a reconocer los signos únicos de sus medicamentos.
 - Informar a los pacientes sobre el propósito y efectos de cada medicamento.
- Además, la educación sanitaria del personal sanitario, tanto para los pacientes con EPOC como para sus familiares, consta de los siguientes contenidos.
- Si el paciente fuma, informe a la familia que debe dejar de fumar o que si algún miembro de la familia fuma, debe hacerlo en un área segura y bien ventilada.

- Evitar la contaminación del aire tanto como sea posible.
- Tratar la bronquitis aguda lo más rápido posible para prevenir complicaciones.
- Corregir problemas de las vías respiratorias superiores (sinusitis).
- Evitar el frío.
- En invierno, busque un ambiente cálido y con suficiente humedad.
- Vacunas contra la gripe y el neumococo si es necesario.
- Posibilidad de utilizar las vitaminas A y E como agentes protectores de las mucosas respiratorias y la vitamina C como agente antiinfeccioso general.
- Fisioterapia respiratoria, como palmadas.
- Aprender a utilizar y utilizar correctamente el inhalador y la cámara de expansión.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad obstructiva pulmonar, a diferencia de otras enfermedades, tiene una causa y una vía distintas.

Dado que muchas enfermedades están directamente relacionadas con el tabaquismo, la mejor estrategia de prevención es no fumar y, por tanto, el papel del personal de enfermería en su implementación es fundamental en el paciente. La educación médica para pacientes con enfermedad obstructiva pulmonar, la implementación de programas de educación sanitaria, el apoyo para dejar de fumar y el seguimiento exhaustivo con su médico pueden mejorar satisfactoriamente la calidad de vida del paciente es una actuación de las más importantes que tiene el personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Importancia de los síntomas en la EPOC., J.E. Cimas Hernando Vol. 13, n°3, marzo 2003, MEDIFAM 2003 166-175

Capítulo 28

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

SILVIA GRANADINO AGUILAR

ANA TORIJA RODRIGUEZ

ISABEL LOPEZ RUBIO

ALMUDENA ABANADES GAMO

MARIA COLLADOS CUBERO

1 Introducción

Estamos hablando de salas de hemodiálisis, donde máquinas y dispositivos realizan las funciones de riñones completamente no funcionales a pacientes en espera de un trasplante de riñón. La insuficiencia renal se puede definir como una disminución progresiva de la tasa de filtración glomerular. Hay dos tipos de insuficiencia renal:

- Aguda: comienza o aparece repentinamente y se recupera con el tiempo.
- Crónica: se desarrolla lentamente durante un período de al menos 3 meses y puede provocar insuficiencia renal permanente.

La asociación con factores de riesgo como hipertensión, fugas, hiperlipidemia, exceso de proteínas y fósforo es insuficiente. La eficacia de la cabeza del riñón mediante el tratamiento o trasplante de tecnología de riñón es fundamental. Los

pacientes deben estar atentos y monitoreados continuamente para el diagnóstico, el tratamiento y la coordinación del paciente durante este período de tratamiento. Las enfermeras de hemodiálisis son una parte importante del tratamiento y son expertas en garantizar que el tratamiento sea lo más eficaz posible y que los pacientes se sientan cómodos.

Las enfermeras, el personal de enfermería y el personal de apoyo hacen todo lo posible para ayudar a los pacientes en su recuperación y recuperación física y, para ello, la higiene y la protección del catéter durante la ducha son importantes, por lo que se recomienda una participación adicional.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es revisar los cuidados del personal de enfermería de los pacientes sometidos a hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura y también se consultaron artículos de las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Las principales tareas de la enfermera en el cuidado del paciente en hemodiálisis son:

- Garantizar la higiene de las manos de los pacientes y del personal médico.
- El nefrólogo ajusta el peso seco del paciente, así como el peso tras retirar los desechos y el exceso de agua.
- Inserción del catéter: Una enfermera del hospital realiza el primer tratamiento. Luego el paciente debe aprenderlo y realizarlo en casa. También sabemos y reconocemos que pueden ocurrir signos y síntomas de infección. Es necesario preparar los elementos necesarios para la diálisis.
- Si la hemodiálisis, es decir la diálisis peritoneal, se realiza en casa, se debe explicar el procedimiento, realizarlo junto con el paciente, practicarlo durante varios días y realizar manipulaciones específicas para que el paciente pueda realizarlo en casa.

- Hacer un ciclo de 20-30 minutos.
- Después de completar la educación del paciente, la enfermera registra la hora de inicio, hora de inyección, cantidad de inyección, tiempo restante en la cavidad abdominal y las características y frecuencia del líquido aspirado.
- Alimentos y bebidas: es importante conocer qué alimentos consume el paciente que repercuten negativamente en la salud, como potasio, proteínas, sal, fósforo y carbohidratos. Líquidos: Debe planear beber líquidos durante el tratamiento. No se recomienda beber más de 500 ml al día para evitar la acumulación de orina. Evite los alimentos que contengan mucha agua.
- Los pacientes pueden hacer ejercicio durante la diálisis, pero deben continuar realizando las actividades que realizaban anteriormente, a menos que su médico les indique lo contrario. La actividad ligera es beneficiosa y se recomienda el ejercicio como caminar o andar en bicicleta, siempre con el ritmo cardíaco bajo. Porque la frecuencia cardíaca elevada cambia el ritmo sanguíneo, lo que puede provocar grandes problemas con la patología.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos enfatizando que el núcleo de la planificación de la atención para las enfermeras de hemodiálisis debe estructurarse en un lenguaje flexible e integrarse en estructuras de conocimiento, evidencia científica y evidencia concreta donde se adapta activamente a diferentes escenarios y momentos. Los elementos clave para que enfermería trate a estos pacientes son: educación del paciente (son esenciales cosas buenas que promuevan el cuidado, el autocuidado y la participación familiar) y enfermeras en cada etapa de la atención de paciente a paciente, así como orientación al paciente. satisfacción con la calidad de la relación y la importancia de la familia.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.com
2. www.scielo.org.

Capítulo 29

ENFERMERÍA Y SU LABOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA

PATRICIA ARMENTEROS COSTA

MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, ya que su gravedad es que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, es decir al sistema circulatorio, encargado de hacer llegar el oxígeno y los nutrientes a todo el organismo, además de transportar las sustancias tóxicas para su posterior desecho. Estas enfermedades no suelen presentar síntomas, ni dolor en el paciente, por lo que va pasando el tiempo haciéndose el problema más importante, hasta que ya da la cara y el enfermo debe acudir a los servicios de urgencias o especialistas.

Dan lugar a problemas muy graves como son: ataques al corazón, la embolia cerebral, deterioro de los riñones, es decir, de ahí la gravedad en el sistema global de salud de la persona, suponiendo la existencia de importantes secuelas en el organismo, y con ello causas de morbilidad y mortalidad. Aparecerán otras complicaciones secundarias como por ejemplo: diabetes, enfermedades inflamatorias o autoinmunes, obesidad, enfermedades renales a nivel crónico, síndrome metabólico, presión arterial alta, colesterol elevado, etc.

Siempre desde Enfermería y los especialistas facultativos se les recomienda prevenir estas enfermedades a través de la eliminación del sedentarismo, mejor alimentación, controlar la ingesta de alcohol, dejar el tabaco, etc. El personal de enfermería servirá de apoyo a estos pacientes, haciéndoles conscientes de la enfermedad que tienen y sus principales cuidados para que los efectos secundarios no vayan a más, para ello informará sobre los riesgos, las secuelas, las medidas preventivas, etc.

2 Objetivos

- Definir el concepto de enfermedad cardiovascular, su tratamiento y métodos de prevención, así como la labor de Enfermería en la atención de estos 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 existente en las principales base de datos, relativa a las funciones de enfermería en el cuidado de los pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares.

4 Resultados

Con todo, hemos visto que cuando los vasos sanguíneos no pueden trabajar como es debido o más grave todavía, cuando el corazón está dañado, habrá problemas para asimilar nutrientes y eliminar las toxinas o residuos de desechos, provocando a corto o medio plazo una serie de complicaciones que derivarán en las siguientes enfermedades cardiovasculares:

1/ Infarto de miocardio: debido a que una arteria ha sido obstruida, limitando la entrada de oxígeno al interior de las células del corazón, provocando así la muerte de las mismas, y la destrucción de una parte del músculo cardíaco. El paciente debe identificarlo porque sentirá un dolor muy fuerte en el pecho.

2/ Hipertensión arterial: es debido al estrechamiento de las arterias más pequeñas cuya función es la de controlar el flujo sanguíneo, por lo que al corazón le costará más bombear la sangre, existiendo más presión en los vasos sanguíneos. Puede implicar más riesgo de sufrir un ataque al corazón.

3/ Incremento del nivel de colesterol: este síntoma no se percibe hasta que ya es demasiado tarde, porque ya ha repercutido a nivel de vasos sanguíneos y el corazón, mediante la acumulación de lípidos en la sangre. El colesterol en la sangre se transporta en lipoproteínas:

- Lipoproteína de baja densidad (LDL), a veces llamada colesterol "malo".
- Lipoproteína de alta densidad (HDL), a veces llamada colesterol "bueno".

4/ Insuficiencia cardíaca: como consecuencia de que el corazón es incapaz de bombear al ritmo que necesita el organismo. El enfermo lo percibirá en forma de: falta de aire a la hora de realizar esfuerzos o ejercicio, retención de líquidos, mucho cansancio, no poder respirar cuando está acostado, etc.

5/ Angina de pecho: ocurre cuando la sangre no fluye de forma adecuada hacia el corazón, también por una obstrucción en las arterias coronarias, siendo el principal síntoma la presión fuerte en el pecho.

6/ Trastornos del ritmo cardíaco: se percibe cuando el pulso normal del paciente está alterado a causa de algún motivo cotidiano como: nervios por algún examen, un disgusto, querer hacer muchas cosas en poco tiempo, etc. En estos casos se deberán hacer pruebas para descartar una enfermedad cardiovascular, para una buena detección precoz.

Desde enfermería se realizará un estudio de la salud del paciente, observando su historial médico, los procedimientos pautados por el médico especialista, realizando una valoración del paciente de sus constantes vitales, aconsejando sobre la toma de medicamentos prescritos, curando heridas que hayan aparecido, colocando las vías intravenosas, ayuda la hora de movilizar al paciente si no estuviera disponible el celador, aconsejando sobre buenos hábitos de vida, saludables que permitan contrarrestar las posibles secuelas.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares hoy en día representan un elevado grado en las causas de mortalidad española, ya que el enfermo a menudo puede pasar por alto algunos síntomas pensando que son propios de la edad, o que ya pasarán, por lo que no acudirá al médico ni a su enfermera para poder evaluarlos, repercutiendo así en que aparezcan otros problemas mayores cuando ya es demasiado tarde. Las complicaciones más leves son: presión arterial alta, daños renales, diabetes, colesterol, etc., pero las más graves pueden ser la: angina de pecho, los infartos de miocardios, etc.

La labor del equipo de enfermería, se basará en evaluar la salud general del paciente, medir sus constantes vitales, orientar al paciente y a la familia de los cuidados básicos, así como las recomendaciones sobre hábitos saludables, resolver dudas sobre los factores de riesgos, secuelas, etc.

6 Bibliografía

- Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : enfermedades cardiovasculares, enfermería.
- enfermeriaactual.com/listado-de-intervenciones-nic-en-enfermeria/#
- Las 10 enfermedades cardiovasculares más comunes (medicoplus.com)
- <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/colesterol-en-sangre>

Capítulo 30

ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN EL CUIDADO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ICTUS

MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA

PATRICIA ARMENTEROS COSTA

AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA

1 Introducción

La planta de neurología de un hospital, tiene el objetivo de diagnosticar, tratar y cuidar de pacientes que han sufrido cuadros neurológicos, como: trastornos neuromusculares, todo tipo de enfermedades cerebrovasculares, ictus, epilepsia, y otras afecciones relacionadas con el sistema nervioso. Un ictus o accidente cerebrovascular, implica que la sangre no llegue al cerebro en la cantidad necesaria, lo que conlleva a que las células nerviosas no reciban el oxígeno suficiente, y con ello las neuronas pasen a una situación de isquemia, produciendo una hipoxia y por consiguiente la muerte.

Existen dos tipos diferentes de ictus: el ictus isquémico, que es el que más suele producirse, y el ictus hemorrágico, que resulta más potencialmente mortal, pero en ambos casos, suponiendo la principal causa de incapacidad en la edad adulta en los países desarrollados, siendo la primera causa de fallecimiento en el caso de las mujeres y la segunda en hombres.

Es de vital importancia la instauración de un protocolo para diagnosticar de forma precoz los primeros síntomas y los primeros cuidados que llevará a cabo el equipo de enfermería, así se evitarán complicaciones mayores de salud e incluso la morbilidad. Este equipo velará por un control exhaustivo de las constantes vitales, de su estado neurológico, valorando su evolución y detectando de forma precoz posibles complicaciones, estando presenten en las diferentes etapas de su evolución, incluso abordando las dimensiones emocionales y sociales de los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de ictus, los factores de riesgo, las consecuencias de no tratarlo a tiempo y la importancia de las funciones 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 la literatura científica que existe, relativa a las funciones de enfermería ante un paciente con ictus, 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

Por lo general, los casos de ictus aparecen sin síntomas de aviso, de forma brusca, y cuando se pueden identificar las primeras señales, podrían ser estas: confusión, sensación de prurito en la cara como hormigueo en el lado afectado, visión nublada o pérdida de la visión, fuerte dolor de cabeza, pérdida del equilibrio, mareos, pérdida repentina de turgencia y aparición de laxitud en la piel y en la musculatura, no poder vocalizar bien, etc.

Será el equipo de neurología el encargado de atender a un paciente que llega con un código ictus, siendo los primeros pasos su estabilización, para evitar males mayores, gestión del dolor a través de la administración de fármacos necesarios, siendo el equipo de enfermería el que se encargue de las siguientes funciones:

- Lo primero es que el paciente esté encima de la camilla, con la cabeza levantada en un ángulo de 30 grados.
- Poner la canalización de una vía venosa periférica y la monitorización de las constantes vitales: vigilando la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura, la saturación de oxígeno, etc.
- Administrar heparina de bajo peso molecular o sódica por la profilaxis de la trombosis venosa profunda.
- Administrar 1500ml de solución salina isotónica en 24h, sobre todo en los pacientes que riesgo de deshidratación.
- Tendrá que anotar todos los resultados que vaya observando en el ordenador, en la ficha de enfermería, anotándolo primero en la hoja, en el papel.
- Observar los datos del electrocardiograma, vigilando que la presión arterial no descienda bruscamente.
- Evaluar la escalada Canadiense del Ictus: esto implica ver si el paciente entiende bien lo que se le pregunta, su nivel de conciencia, su función motora, observando su cara viendo si hay simetría, y la fuerza en miembros superiores e inferiores, avisando al médico de guardia ante cualquier anomalía.
- Si el paciente está consciente, probar el test de deglución para observar si se presenta disfagia, ya que hay que tenerlo en consideración para evitar posibles casos de broncoaspiración o neumonía.

5 Discusión-Conclusión

Un ictus es la interrupción de la circulación del flujo sanguíneo que llega al cerebro, por lo tanto, al no llegar la sangre, tampoco llegará el oxígeno, provocando que el cerebro se vea afectado, siendo algunos síntomas los siguientes que permitirán identificarlo: mareos, confusión, problemas de comunicación, debilidad muscular, trastornos de la visión, paralización de un lado de la cara o del cuerpo etc., es por ello que es vital identificar los primeros síntomas, lo cual favorecerá el rápido diagnóstico y una rápida asistencia médica.

La función del equipo de enfermería es fundamental a la hora de cuidar de estos pacientes y proporcionarles unos cuidados para que no surjan complicaciones y se puedan controlar los síntomas: monitorizando las constantes vitales, administrando heparina y sobre 1500 ml de solución salina isotónica, anotando todos los valores en la ficha de enfermería para seguir la evolución del paciente, etc.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e0db5d49-42f9-11e4-8972-271aa1fcf7bb/Guia_ICTUS.pdf
3. Guia_oficial_para_el_diagnostico_y_tratamiento_del_ictus_2006.pdf (sen.es)
4. [https:// www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus](https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus)

Capítulo 31

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE UN HOSPITAL

MARIA DEL CARMEN JALDO NOVA

AIDA RODRIGUEZ VALENZUELA

PATRICIA ARMENTEROS COSTA

1 Introducción

La nefrología es una rama de la medicina cuyo objetivo es detectar anomalías en los riñones y en su funcionamiento, de manera que cuando un paciente tiene una insuficiencia renal terminal, debe de tratarse con diálisis, ya que ésta herramienta le permitirá sacar los residuos de la sangre que han quedado sin poder eliminarse debido a la ineficacia en el trabajo de los riñones. En realidad esos residuos están compuestos por toxinas y líquido extra de la sangre, y si no fuera por ésta técnica quedarían dentro del cuerpo deteriorando la salud del paciente incluso la muerte.

Hay diferentes tipos de diálisis renal, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, centrándonos en ésta última. Además tiene otros beneficios para el paciente como: mantenimiento de los parámetros adecuados de minerales y vitaminas, se controla mejor la presión arterial, se elimina la sal extra y otros desechos. El procedimiento es que se extrae la sangre fuera del cuerpo para depurarla, para después volvérsela a poner al paciente controlando que no haya burbujas de aire, ayudado de un anticoagulante llamado heparina, para facilitar su circulación por el dializador.

Desde el equipo de enfermería se vigilará los factores de riesgo que presenta el paciente, explicando las nuevas pautas de alimentación, se mantendrá el funcionamiento vascular adecuado bajo controlado, evaluando las complicaciones que puedan surgir inherentes al tratamiento aplicado o a su propia patología. Hay que tener en cuenta que esta enfermedad pasará a ser crónica, por lo que se debe de apoyar psicológica y emocionalmente al paciente y familiares, ya que suelen presentarse muchas dudas, y retos a la hora de intentar llevar la vida normal.

2 Objetivos

- Identificar las funciones que se realizan desde el equipo de Enfermería de la Unidad de Hemodiálisis, y las principales características de los pacientes que deben de someterse a esta técnica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando los descriptores: insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, diálisis, e información existente de las funciones de enfermería ante un paciente que requiere de hemodiálisis, consultando diversas bases de datos de carácter científico, tales como, medline, scielo, pubmed, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Según el protocolo médico, la diálisis se suele pautar cuando el paciente cuenta con un funcionamiento del riñón de un 10 o 15% de su capacidad normal, pudiéndose realizar hasta en el hospital como en casa, enseñándole primero como funciona la máquina, donde colocar la aguja, apuntar los valores que salgan, etc. Pero si es en el hospital, lo normal es que se hagan 3 tratamientos por semana, con una duración de 3 o 4 horas.

El paciente notará los siguientes efectos secundarios: dolor de cabeza, molestia por la punción de la fistula arteriovenosa, fatiga durante unas horas, calambres y bajada de la presión arterial, etc.

En hemodiálisis, el personal de enfermería realizará las siguientes funciones:

- 1/ Llamar a los pacientes que estén en la agenda y explicar el proceso tanto al paciente como a los familiares si es la primera vez.
- 2/ Estudiar el historial clínico del paciente, realizar las preguntas que necesite sobre alimentación, hábitos de vida, antecedentes familiares, etc.
- 3/ Colaborar con el médico durante todo el procedimiento y atender sus indicaciones, así como coordinarse con otros profesionales que intervengan en el proceso como TCAE, celadores u otros facultativos.
- 4/ Monitorización de líquidos: pesar al paciente antes y después de cada sesión para precisar los requerimientos fluctuantes del paciente.
- 5/ Comprobar el acceso vascular: ya sea mediante fistula arteriovenosa o catéter central.
- 6/ Vigilar los indicadores de riesgo de infección a modo de prevención
- 7/ Control de constantes vitales: para así adelantarlos a algunas complicaciones que puedan empezar a dar la cara como son: las infecciones, formación de coágulos, hipotensión, etc.
- 8/ Mientras que el paciente recibe tratamiento, el personal de enfermería deberá prestar mucha atención y ofrecer apoyo.
- 9/ Supervisar que haya bastante material estéril, así como reponer los materiales necesarios.
- 10/ Informar sobre la alimentación que debe seguir, ya que deberá de ser una dieta hipo sódica, baja en azúcares, restringida en líquidos, y con unas dosis de proteínas ajustada por edad y talla.

5 Discusión-Conclusión

Los riñones tienen mucha importancia en el conjunto de órganos vitales, ya que ellos son el filtro por el que pasa la sangre para la eliminación de toxinas y otros desechos, habiendo pacientes en los que no funcionan de forma adecuada, necesitando para su supervivencia el tratamiento de la diálisis, que hará la función que no hace su propio organismo. Es una enfermedad que no tiene cura, pero con esta técnica se prolonga la calidad de vida del paciente.

El personal de enfermería dentro del servicio de hemodiálisis realizará unas tareas encaminadas a ayudar al paciente a que esta herramienta funcione y no surjan complicaciones durante su administración, resolviendo dudas de los pacientes, monitorizando las constantes vitales, vigilando los indicadores de riesgo, colaborando con el resto de profesionales, etc.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-dialisis/>
3. Formación Logoss.

Capítulo 32

ACTUALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE PEDIATRÍA MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA A PADRES Y MADRES

FRANCISCO JAVIER CHÁVEZ CARRASCO

ROSA MARÍA GIL PELARDA

NATHALIE IRIARTE BRASIL

MARGOTH KATHERINE CHURO CHURO

SAIOA ECHEVERRIA ILUNDÁIN

1 Introducción

En base al aumento de la demanda de pacientes con procesos agudos leves que acuden a un centro de atención primaria, es necesario la formación en enfermería para atender a los pacientes con la mejor calidad.

Al igual que con adultos, es muy común en pediatría tener consultas de procesos agudos. Es necesario ayudar a la población a manejar estos procesos en casa e impulsar el autocuidado. Para ello, es importante reconocer los signos y síntomas

de la población pediátrica, y reconocer los signos de alarma de varios procesos. Todo esto puede realizarlo el personal de enfermería mediante la educación sanitaria.

En este capítulo, desarrollaremos los puntos más importantes para atender a la población pediátrica en procesos agudos. En primer lugar, ver si existe una urgencia, distinguir los signos de alarma y a partir de ahí distinguir qué proceso agudo puede tener el paciente.

Entre los procesos agudos por lo que más se consulta en atención primaria pueden ser fiebre, vómitos o diarreas, tos, mocos, etc. Sería recomendable elaborar unas guías con cada proceso agudo en la que indiquen signos de alarma, una explicación del proceso en sí, junto con las pautas a seguir. Así podemos asegurarnos de que los padres puedan manejarlo para cuando les vuelva a ocurrir algo parecido.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Desarrollar la actuación de enfermería en una consulta de atención primaria de pediatría en procesos agudos.

Objetivos secundarios:

Fomentar el autocuidado en los padres y madres.

Recordar a profesionales de enfermería las pautas a seguir en los principales procesos agudos que pueden atenderse en atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet, utilizando las siguientes palabras claves: “PROCESOS AGUDOS”, “PEDIATRÍA” y “ATENCIÓN PRIMARIA”. Se han escogido dichos artículos científicos de revistas académicas que trataban dichos temas.

4 Resultados

En primer lugar es importante valorar el triángulo de evaluación pediátrica (T.E.P.). Se trata de evaluar la primera impresión del paciente pediátrico con respecto a tres puntos clave:

- La apariencia: Hipotonía, desconexión con el medio, irritabilidad, inconsciencia.

- El trabajo respiratorio: Tiraje, ruidos respiratorios.
- La circulación cutánea: Pálido, cianótico.

En este caso, según los lados que tenga afectado, podremos determinar la urgencia del proceso y con ello, la prioridad. Si está afectado los tres lados: prioridad I (atención inmediata), si tienen afectado dos lados: prioridad II (menos de 10 minutos para la atención), si es solo un lado el afectado: prioridad III (media hora para la atención) y si no hay afectación de ninguno: prioridad IV (atención en una hora) y prioridad V (hasta 2 horas o más para la atención). Es una manera muy útil para realizar un triaje en enfermería.

En la mayoría de casos, dichos procesos agudos no suelen tener afectado el triángulo de evaluación (Prioridad IV y V). Por lo que desde admisión les citarán en los huecos de cita en el día.

Una vez valorado el T.E.P, a continuación se realiza una anamnesis. Se recoge información de lo que le ocurre preguntando a los padres o al paciente dependiendo de la edad y lo que colabore, y según el proceso agudo realizaremos las siguientes acciones.

Según un proceso agudo respiratorio:

Valoraremos si tiene trabajo respiratorio (tiraje), disnea, etc. Para ello se debe auscultar, realizar una exploración de la garganta y oídos a través de un otoscopio. En este apartado, es importante explicar a los padres cómo sería que un paciente tenga tiraje, dificultad respiratoria.

Con respecto a catarros y gripe indicaremos las siguientes pautas a seguir:

- Utilizar antitérmicos y analgésicos para fiebre y/o mialgias o malestar general, según el peso del • paciente.
- Para la tos no hay evidencia científica de medicamentos. Dar remedios naturales como la miel.

Según un proceso agudo digestivo:

Debemos valorar desde la cavidad orofaríngea, ver si existen signos de deshidratación, preguntar por vómitos o diarreas (frecuencia, consistencia y color). Y por último exploración abdominal: Auscultación, percusión y palpación (detectar signos peritoneales como defensa o dolor a la descompresión).

Con respecto a vómitos o diarreas indicaremos las siguientes pautas a seguir:

- Explicar la importancia de la hidratación. Para ello se puede recetar suero oral o dar una receta para realizarlo casero.
- Empezar la hidratación una vez hayan pasado 3 horas sin vómitos y empezar poco a poco y gradualmente.
- No ingerir sólidos hasta pasadas unas horas y empezar con alimentos que no

sean muy grasos, ni picantes (por ejemplo una tortilla francesa o un poco de pavo o arroz blanco).

Con respecto a la fiebre:

- Vigilar el aspecto del niño, si tiene febrícula y no está afectado (Está jugando o tranquilo), no hace falta dar un antitérmico.
- Antes de dar cualquier antitérmico, tomar la temperatura.
- Si tenemos fiebre muy alta, contamos como efectivo el antitérmico si baja un grado, aunque no haya bajado hasta estar apirético.

5 Discusión-Conclusión

Es importante repasar y actualizarse continuamente en el papel de la enfermería para poder desempeñar nuestra labor lo más profesional y efectivamente posible. Al realizar una exploración íntegra del paciente pediátrico, tranquilizamos a los padres. Recalcamos la importancia de explicar cada proceso agudo para ayudarles a distinguir los signos de alarma. Explicar los autocuidados que se deben realizar según el proceso que tenga cada uno y con ello disminuir la ansiedad que pueda generar que tu hijo o hija esté enfermo. Con esto ayudamos a que, la próxima vez, desde casa se pueda hacer dicho manejo sin necesidad de acudir a un centro hospitalario. Es una manera de impulsar el autocuidado.

6 Bibliografía

- Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N, Mateo Rodríguez I. Proyecto de desarrollo estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2008. 1139-7632, Vol. 10, N°. Extra 14 (supl.)
- Sola Menarguez M, Gonzalez Garrido M, Ros Navarret R. Plan de cuidados enfermero: lactante con bronquiolitis en la consulta de atención primaria. A propósito de un caso. 2023. 0214-0128, N°. 134. Págs. 61-65.
- Cobo Costa A, Fraga Hernández ME. Aplicación del triángulo de evaluación pediátrico. 2013. 1131-6128, Vol. 37, N°. 2. Págs. 92-94.

Capítulo 33

CASO CLÍNICO: PACIENTE GERIÁTRICO CON DISNEA Y EPISODIO DE DESATURACIÓN

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

GUILLERMO MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La disnea se define como la sensación subjetiva de dificultad respiratoria la cual está provocada por números mecanismos. Algunos de los más destacados e importantes son: el incremento de la carga mecánica intrínseca de los músculos inspiratorios, la debilidad de los músculos inspiratorios, el incremento en la demanda ventilatoria, las anomalías en el intercambio de gases, la compresión dinámica de la vía aérea y factores cardiovasculares entre otros(1,2).

Es fundamental valorar la necesidad de oxigenoterapia a través de gasometría arterial y pulsioxímetro. Se realizará un examen exhaustivo y se elaborará una historia clínica con el objetivo de descubrir la causa del cuadro una vez estabilizado el paciente. Puede tratarse de una disnea de origen respiratorio cuya

causa puede ser: neumonías, agudizaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y de asma, tromboembolia pulmonar, derrame pleural, neumotórax, hemorragia alveolar o neumotórax. En caso de tratarse de origen cardíaco nos encontraremos que podría ser a causa de una insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo, arritmia o taponamiento cardíaco. En menor medida, la disnea puede tener su origen a nivel de las vías superiores como en el caso de una anafilaxia o ser secundaria a enfermedades neuromusculares, a obesidad o a ansiedad(2).

Como profesionales de la salud debemos conocer y saber controlar este tipo de afecciones y sobre todo en pacientes geriátricos en los que la mayoría encontramos otras enfermedades crónicas de base. En ello toma especial importancia La valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2 Objetivos

Presentar un caso clínico de un paciente geriátrico con disnea y episodio de desaturación.

3 Caso clínico

Se trata de un paciente varón, de unos 90 años muy dependiente cuya principal cuidadora es su mujer.

Antecedentes personales:

- Sufre de cardiopatía isquémica crónica con enfermedad severa de 3 vasos. Triple by-pass en 1995.
- Ictus en octubre de 2012.
- Insuficiencia respiratoria global con 2 ingresos en 2020.
- Parkinsonismo diagnosticado en 2020.
- Paciente diabético junto con otros factores de riesgo cardiovasculares como HTA, dislipemia, exfumador y obesidad.
- Déficit de vitamina D y B12.
- Paciente sin reacciones adversas a medicamentos conocidas. Si presenta alergia a los contrastes yodados.

En cuanto a las exploraciones físicas presenta alteración en los miembros inferiores. Paciente con úlcera en el talón izquierdo en estadio III, el cual le limita la movilidad y necesita de una moto eléctrica para desplazarse por la calle. A nivel torácico, las auscultaciones cardíacas son normales mientras que las pulmonares están alteradas.

Hace poco ingreso en el área de geriatría por un episodio de disnea y desaturación. Fue valorado en urgencias el 26/01/22 con un diagnóstico de insuficiencia respiratoria global crónica agudizada. Presentaba taquipnea de reposo a 26 rpm, saturación al 75%, tensión arterial (TA) 147/86, frecuencia cardíaca (FC) 65.

En miembros inferiores presentaba edemas con fovea. Durante la hospitalización también presentó una infección del tracto urinario (ITU) y un fracaso renal agudo. Además, desarrolló otra úlcera por presión en sacro en estadio II.

Al alta, bipedestación con ayuda. Dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Importante multimorbilidad y alto riesgo de descompensación.

VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES:

Patrón 1: percepción y manejo de la salud

Se trata de un paciente prácticamente dependiente para la mayoría de las actividades, por lo que no gestiona correctamente su salud. La mayoría de los cuidados los realiza su esposa, la cual es su cuidadora principal. La higiene y el vestido es adecuado. La higiene bucodental y corporal es correcta. La higiene y la seguridad en la vivienda es buena. Sin problemas de alergias conocidas. La actitud por parte del paciente es de indiferencia. No hay automedicación y tiene algunas indicaciones terapéuticas no farmacológicas, entre ellas rehabilitación 2 veces por semana por las tardes.

No ha sufrido de riesgos laborales ni de accidentes y como principales factores de riesgo presenta HTA, dislipemias, es exfumador y no realiza apenas actividad física.

Además, ha estado varias veces ingresado a lo largo de su vida.

Valoración del patrón: ALTERADO.

Patrón 2: nutricional y metabólico

Parámetros clínicos:

- Presión arterial sistólica (PAS) del brazo derecho 130
- Presión arterial diastólica (PAD) del brazo derecho 89
- FC 87
- Saturación oxígeno 91
- Glucemia 125

En cuanto a la alimentación, el paciente refiere tener apetito normal, realiza 4 comidas diarias y el horario de estas suele ser regular. El lugar de las comidas es en su domicilio y sigue una dieta basal diabética 1750 y líquidos con espesante. No presenta problemas para comer o masticar, y tampoco para tragar líquidos o sólidos. Es totalmente independiente.

No presenta problemas en la boca como caries o dentadura incompleta, pero no vocaliza adecuadamente. Sin dificultades añadidas como náuseas, vómitos o re-

gurgitaciones.

Sin intolerancias conocidas a ningún alimento. Tampoco presenta traqueostomías ni drenajes. No precisa de ayuda para la nutrición con dispositivos como sondas PEG, nasogástrica, parenteral o enteral.

En cuanto a la piel y las mucosas la higiene es suficiente, con cicatrización retardada al tratarse de un paciente diabético, sin prurito y con edemas en los miembros inferiores.

Es un paciente diabético (toma repaglinida 0,5 mg y galvus 50mg) e hipertenso (toma amlodipino y furosemda) con úlceras en talón derecho (grado III, con afectación de tejido subcutáneo y/o muscular) y en sacro (grado II, con buena evolución) abordadas con prontonsan, aquacel Ag y apósito de silicona.

Valoración del patrón: ALTERADO.

Patrón 3: eliminación.

En cuanto a la eliminación intestinal se trata de un paciente con antecedentes de estreñimiento debido a la poca actividad que hace durante el día. En su día a día toma molaxole (movicol). Durante su ingreso en la planta de geriatría sufrió de un cuadro suboclusivo que se resolvió con enemas y con sonda rectal. Paciente sin ostomía.

En cuanto a la eliminación urinaria, las características son normales, no presenta problemas de eliminación ni incontinencias y tampoco precisa de sonda vesical. Debido a su poca movilidad si necesita de ayuda a través de absorbentes.

Valoración del patrón: RIESGO DE ALTERACIÓN.

Patrón 4: actividad y ejercicio

Parámetros clínicos:

- Peso: 90
- Talla: 175 cm
- Índice de masa corporal (IMC): 29,41

Según la VGI (valoración geriátrica integral) se trata de un paciente que desde el punto de vista funcional presenta una puntuación de 20 según el índice de Barthel (puntuaciones por debajo de 20 = gravemente dependiente) y según el de Katz la valoración es de F (independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes).

Necesita oxigenoterapia con gafas nasales a 2 L. Dependencia en las ABVD. Bipedestación con ayuda. Actividad en silla. Utiliza andador en casa y una moto eléctrica para desplazarse por la calle.

Valoración del patrón: ALTERADO

Patrón 5: sueño y descanso

El paciente tiene un horario de sueño regular. Presenta en ocasiones problemas

para conciliar el sueño por las molestias/dolores que le provocan las UPP y los edemas que presenta en miembros inferiores. Necesidad de tratamiento farmacológico para dormir (paracetamol 500 mg, metamizol si precisa y clonazepam).

Valoración del patrón: ALTERADO

Patrón 6: cognitivo/perceptivo

Según la VGI se trata de un paciente que desde el punto de vista cognitivo presenta alteración leve-modera de perfil vascular.

Por un lado, en el nivel cognitivo presenta alteraciones ya que hay problemas de lenguaje y de aprendizaje.

Por otro lado, en el nivel perceptivo presenta problemas de visión ya que necesita de la ayuda de gafas. Además, también presenta problemas de audición y necesita llevar audífono en oído izquierdo.

Al tratarse de una persona mayor también presenta cierta pérdida sensitiva y táctil. No sufre de mareos ni vértigos.

Valoración del patrón: ALTERADO.

Patrón 7: autopercepción

Se trata de un paciente pasivo, muy poco asertivo, nervioso, con una imagen corporal mas o menos cuidada. No presta mucha atención a los consejos, siendo la única que muestra interés su cuidadora principal. El patrón de voz durante las consultas es nervioso, la postura corporal indica inseguridad y en cuanto al estado emocional se encuentra deprimido.

Valoración del patrón: ALTERADO

Patrón 8: rol y relaciones

Paciente que convive con su mujer. Tiene rol de padre ya que tiene 1 hija y 1 hijo. Presenta dependencia física para la ABVD, apenas recibe visitas de amigos y familiares y en cuanto a recursos sociales actualmente necesita de ayuda a domicilio realizada por el equipo de continuidad asistencial especial del servicio de geriatría.

Valoración del patrón: ALTERADO

Patrón 9: sexualidad y reproducción

Paciente sin problemas de fertilidad ni conductas de riesgo. Actualmente con dificultades por su poca movilidad, además de las añadidas propias de la edad.

Valoración del patrón: ALTERADO

Patrón 10: adaptación y tolerancia al estrés

En general, se trata de un paciente que ha sufrido varias crisis/cambios importantes a lo largo de su vida, entre ellos varios ingresos y un ictus en 2012 . Actualmente, algo preocupado por si vuelve a ser ingresado de nuevo. Sin problemas de adaptación ni de resolución en general. Su principal fuente de apoyo es su

familia, sobretodo su esposa. No toma medicación para controlar el estrés.

Valoración del patrón: EFICAZ

Patrón 11: valores y creencias

El paciente no presenta información suficiente como para poder valorar este patrón adecuadamente. Cabe pensar que, por tratarse de una persona mayor, son mas comunes las creencias religiosas las cuales son importantes para ellos y les ayudan a resolver o sobrellevar mejor sus problemas.

Valoración del patrón: EFICAZ

DIAGNÓSTICOS Y PLANIFICACIÓN (OBJETIVOS E INTERVENCIONES):

Diagnóstico 1: Deterioro de la deambulaci3n relacionado con presencia de 3lcera y manifestado por debilidad y molestias.

- Objetivos: o Aumento progresivo del tiempo que pasa en bipedestaci3n. o Aumento del inter3s del paciente por mejorar su situaci3n.

- Intervenciones: o Reducci3n de las barreras f3sicas que puedan impedir una buena deambulaci3n. o Abordaje adecuado de la 3lcera para disminuir molestias y dolores. o B3squeda de ayuda a domicilio para realizaci3n de una rutina de ejercicios con el objetivo de aumentar la fuerza y reducir la fragilidad.

Diagn3stico 2: Riesgo de estreñimiento relacionado con poca actividad f3sica durante el d3a.

- Objetivos: o Aumento de deposiciones semanales. o Aumento en la medida de lo posible la actividad f3sica.

- Intervenciones: o Instruir al paciente/familia sobre alimentos ricos en fibra, elaborando una dieta personalizada. o Fomentar el aumento de la ingesta de l3quidos. o EPS (educaci3n para la salud) 3ntrenamiento intestinal.

Diagn3stico 3: Patr3n respiratorio ineficaz relacionado con ser exfumador manifestado por disnea.

- Objetivos: o Permeabilidad de las v3as a3reas o Control del estado respiratorio.

- Intervenciones: o Aumentar la hidrataci3n para favorecer la expectoraci3n. o EPS 3nstruir sobre la correcta t3cnica a la hora de toser, asi como una serie de ejercicios de expectoraci3n. o Aconsejar que se eviten los lugares contaminados y con poca ventilaci3n. o Monitorizaci3n respiratoria. o Oxigenoterapia. o Precauciones para evitar la aspiraci3n.

4 Discusi3n-Conclusi3n

La disnea y los episodios de desaturaci3n son habituales en las unidades de geriatria. Normalmente se dan en pacientes con antecedentes de EPOC o insuficiencia cardiaca o en este caso, en de ex-fumadores y obesos(1,2).

Debemos saber actuar antes las agudizaciones y poder estabilizar a este tipo de pacientes sin olvidarnos de que debemos cuidar del resto de afecciones como pueden ser la diabetes mellitus, la hipertensión arterial (HTA) o la úlceras que acaban apareciendo con mayor facilidad en el paciente geriátrico.

Como profesionales de primera línea debemos adelantarnos a los acontecimientos y detectar posibles complicaciones de manera precoz, contribuyendo a la recuperación y reduciendo la estancia hospitalaria.

5 Bibliografía

1. Sansores RH, Venegas AR. Mecanismos de la disnea. NCT Neumol Cir Tórax. 2006;65(S1):4-10.
2. Barbero E, Guerassimova I, Lobato SD. Disnea aguda. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de octubre de 2019;12(88):5147-54.

Capítulo 34

ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA

IRATXE ZUGASTI ELORZ

1 Introducción

La contención mecánica debe entenderse, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos». Es una medida terapéutica usada con relativa frecuencia en centros asistenciales, principalmente en pacientes con patologías psiquiátricas o con alteraciones en los que el abordaje verbal así como las medidas farmacológicas con insuficientes. Dentro de la contención mecánica, esta se puede clasificar en dos formas, según su realización:

1) Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.

2) Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

Es de gran importancia que los profesionales que trabajan en estas unidades estén informados y formados en el tema para poder abordar un buen manejo del

paciente, así como una correcta realización de la contención y una buena realización de los cuidados necesarios. El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno.

2 Objetivos

1) GENERAL:

Valorar y conocer los cuidados enfermeros a llevar a cabo en caso de contención mecánica en los centros asistenciales.

2) ESPECÍFICOS

Conocer los diferentes tipos de contenciones, así como sus indicaciones y contraindicaciones.

Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y la del personal implicado y mejorar la calidad asistencial.

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 se han consultado artículos en diferentes bases de datos: Pubmed, Cuiden y PsycINFO, combinando las palabras clave (contención mecánica, paciente, agitación, cuidados enfermeros, abordaje terapéutico con los booleanos AND/OR/NOT y seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

El resultado de la combinación de las palabras clave fue la obtención de 9 artículos, que tras su lectura y revisión sistemática finalmente se eligieron 4, que fueron los que se utilizaron para la realización de este artículo.

4 Resultados

1) Tipos de contención mecánica

1.1 Según los métodos utilizados

- Físicas o Mecánicas: aplicación de la fuerza física personal o de dispositivos que limitan la movilidad, siendo los más utilizados: muñequeras, tobilleras, cinturones abdominales, cinturón de cama, barandillas y sábanas.

- Farmacológicas: uso de fármacos que seden a la persona o limiten su capacidad física y/o mental.
- Verbal: aplicación de la dialéctica para que el sujeto se controle y modifique la conducta susceptible de ser frenada o corregida.

1.2 Según el tiempo que dure:

- Agudas/ esporádicas: Su duración es corta, horas, o algún día (2-3 días).
- Crónicas o permanentes: donde su uso es continuado, mayor a 2-3 días o una semana.

1.3 Voluntad de la persona:

- Voluntarias: El usuario acepta y comprende la contención aplicada.
- Involuntarias: El usuario no acepta o no comprende el motivo de la contención a aplicar. Se necesita un consentimiento por familiares o allegados o la revisión por parte de un juez.

2) Indicaciones y contraindicaciones

2.1 Indicaciones

- Prevenir conductas que puedan dañar al propio paciente (autolesiones, caídas, retirada de vías, sondas)
- Prevenir lesiones a otras personas (familiares, personal sanitario, otros pacientes).
- Evitar daños materiales en el entorno del paciente.
- Evitar la fuga del paciente si se considera que ese riesgo existe.
- Sí el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios para su realización.

2.2 Contraindicaciones

- Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
- Si existe orden médica de no restricción física.
- Como castigo hacia el paciente.
- Por comodidad del personal o de otros pacientes.
- Si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa.
- Si la violencia tiene intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas de seguridad).

3. Papel de enfermería y cuidados

3.1 Antes del procedimiento:

- Elección de las personas que van a realizar la contención: Dependiendo de la causa o el tipo de contención que precise se requerirán más o menos personas (una contención completa óptima requiere de 5 personas, y entre ellas una que dirija).
- Informar al usuario de la actuación que se va a realizar.

- El personal debe retirarse objetos peligrosos por si hubiese algún forcejeo, esto es: relojes, bolígrafos, collares, pendientes, gafas...

- Evitar la presencia de terceras personas, para evitarla humillación.

3.2 Durante el procedimiento:

La primera fase es la de sujeción, cuando hablamos de sujeción total (5 personas, 5 puntos de contención: 4 extremidades y abdomen) en la que cada persona del equipo sujeta una extremidad y la quinta la cabeza, reduciendo el movimiento desde las zonas distales, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.

Preparación de el lugar en el que se va a realizar la sujeción: deben estar preparados los dispositivos para la contención, con los cierres magnéticos homologados.

- Tras la realización de la contención el cabecero debe quedar ligeramente elevado. Si la inmovilización es parcial, para evitar caídas, se realizará en diagonal, brazo derecho- pierna izquierda (o al revés). No es recomendable inmovilizar un único miembro.

Si la contención se prolonga es recomendable iniciar profilaxis anticoagulante.

3.3 Después del procedimiento:

- En contenciones completas se realizan hojas de seguimiento cada 2 horas, con una vigilancia muy estrecha que evite los riesgos asociados de esta inmovilización total, donde constarán constantes vitales, hidratación, estado de consciencia del paciente, debido a la administración de fármacos sedantes.

3. 4 Cuidados de enfermería

Hay que llevar un registro y control de los siguientes parámetros:

Ingesta, eliminación, estado de la piel, revisión de las zonas contenidas y de los dispositivos usados, nivel de conciencia. Es muy útil para el registro y valoración de estos parámetros la utilización de diferentes escalas:

- Riesgo de Úlceras por presión (Escala de Norton o Braden), riesgo de caídas (Downton), escalas de deterioro cognitivo (Mini Mental), o escalas funcionales de autonomía en las actividades de la vida diaria (Índice de Katz o Barthel), para poder realizar un seguimiento mucho más preciso de la evolución.

Así mismo se debe reevaluar la causa de la contención mecánica , con la firma del médico responsable de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera es fundamental en la realización de las contenciones mecánicas en los diferentes centros asistenciales. Desde la formación e información del personal, así como la coordinación dentro del equipo para evitar con-

tenciones innecesarias, y un correcto seguimiento del plan individualizado de cada paciente para que sí es necesario la colocación de una contención, ésta sea valorada, revisada y protocolizada por todo el personal implicado, aplicando los cuidados necesarios.

Todo ello conlleva a fomentar el trabajo multidisciplinar, y que todo el equipo conozca la actuación que se va a realizar, y sobre todo fomentar un buen cuidado y atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra N.º 204-14 de octubre de 2011 [consultado 23 Ago 2016]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2011/204/Anuncio-0/.
2. V. Brandi, A. Carfi, D.L. Vetrano, R. Liperoti, A.D. Foebel, F. Landi, et al. Antipsychotic drugs, physical restraints and mortality in nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Eur Geriatr Med*, 5S1 (2014), pp. 566.
3. Soler Insa P. A. y Gascón Barrachina J. (eds). "Recomendacions terapèutiques en los trastornos mentales II". Masson. Barcelona. 1999.
4. Grupo de trabajo de contención mecánica. Hospital XII de Octubre. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Septiembre 2003.

Capítulo 35

ALIMENTACIÓN SEGURA DURANTE EL EMBARAZO

PATRICIA DÍAZ LABIANO

SANDRA DEL VILLAR ARISTU

LEYRE ALDUNATE CIA

ALICIA GARRON RODRIGUEZ

PAULA MENDIOROZ INDURAIN

1 Introducción

La etapa gravídica de la mujer se caracteriza por aparecer diferentes cambios físicos, emocionales y fisiológicos. Durante estos 9 meses, las necesidades alimenticias y energéticas cobran especial importancia para el bienestar tanto de la madre como del feto. Una buena alimentación aporta los nutrientes esenciales para un adecuado crecimiento y desarrollo del bebé, además de aportar las calorías necesarias a la madre en una etapa cuyas necesidades energéticas son incrementadas.^{1,2}

En el aparato cardíaco y circulatorio, se produce un incremento del volumen de sangre en la madre. Este incremento se inicia alrededor de la semana 6 de gestación, ya que aproximadamente el 25% del gasto cardíaco durante la gestación es debido a la cantidad de sangre enviada tanto al útero como a la placenta. La frecuencia cardíaca se acelera, y la tensión arterial es más baja al principio de la gestación hasta llegar a la semana 16-20. En el último trimestre

la tensión arterial vuelve a aumentar hasta las cifras que estaban antes de la gestación. 2

En el aparato respiratorio, en el inicio del embarazo aparece una dilatación de los capilares de la mucosa nasal, oral, de la faringe y laringe lo que puede provocar epistaxis. La frecuencia respiratoria se incrementa 1 o 2 ventilaciones por minuto, por ello también aumenta el volumen ventilatorio. Estos dos cambios producen una ligera hiperventilación. Esto provoca que los valores de gases arteriales se alteren, causando una alcalosis respiratoria leve compensada. 2

A nivel renal y urinario, aumenta el volumen sanguíneo. Además, el útero con forme crece, presiona sobre los riñones y la vejiga, lo que produce un aumento de la frecuencia urinaria y hace que la mujer embarazada tenga que orinar con más frecuencia. Además, tras la disminución de las resistencias vasculares periféricas, favorece la presencia de edemas leves especialmente en las extremidades inferiores. 2

A nivel hormonal, hay un marcado incremento de los niveles de estrógeno y progesterona, así como la gonadotropina coriónica humana (hCG), que son las hormonas encargadas del mantenimiento del embarazo y de la preparación del cuerpo para el parto y lactancia. 2

Los cambios fisiológicos en la mujer embarazada son complejos y muy variados, y están diseñados para adaptar el cuerpo al crecimiento y desarrollo del feto durante el embarazo. Estos cambios son naturales y generalmente temporales, y en su mayoría representan respuestas adaptativas normales del cuerpo para satisfacer las demandas únicas del embarazo.

2 Objetivos

Objetivo Principal:

- Destacar la importancia de una alimentación adecuada y segura durante el embarazo y su impacto en el bienestar tanto de la madre como del feto en desarrollo.

Objetivos Secundarios:

1. Identificar y describir los nutrientes clave necesarios durante el embarazo y su papel en el crecimiento y desarrollo fetal.
2. Examinar las recomendaciones dietéticas para mujeres embarazadas.
3. Conocer la importancia de la seguridad alimentaria durante el embarazo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de encontrar artículos científicos relevantes, se ha utilizado información de infografías proporcionadas por instituciones oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Ministerio de Sanidad, información proporcionada en la página web de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición [AECOSAN].

En relación con las bases de datos, la búsqueda se ha realizado en: PubMed, Scopus, Dialnet y Cuiden Plus. Para ello, las palabras clave empleadas han sido establecidas en tanto en español como en inglés. Según los términos MeSH utilizados en la búsqueda para la nutrición durante el embarazo, se incluyeron los siguientes términos: embarazo / "pregnancy", nutrición / "nutrition", seguridad alimentaria / "food security", y alimentación / "diet". Para las combinaciones de estos términos, se empleó el operador booleano "AND"

4 Resultados

1. Nutrientes Clave:

A lo largo de nuestra, hay que llevar una buena alimentación y equilibrada, pero en situaciones especiales, como es durante el embarazo, hay que prestar especial atención a la ingesta de ciertos nutrientes clave para garantizar un desarrollo saludable tanto del feto como de la madre. Aquí se detallan algunos de los nutrientes esenciales y su papel fundamental durante esta etapa:

Ácido fólico:

También conocido con vitamina B9, desempeña un gran papel preventivo, significativamente visible durante las primeras etapas del desarrollo fetal. Se recomienda una suplementación prenatal debido a su relación directa en el desarrollo fetal y además, ayuda a prevenir complicaciones como desprendimiento de placenta, preeclampsia, riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y malformaciones en médula espinal. Se recomienda que las mujeres consuman 0,4 mg de ácido fólico diariamente durante el período preconcepcional y continúen durante los primeros tres meses después del parto. Además de los suplementos, fuentes alimenticias ricas en ácido fólico incluyen vegetales de hojas verdes, legumbres, frutos secos y cereales fortificados. 3,4

Hierro:

El hierro es un elemento importante en la vida del ser humano, ya que esta presente en la hemoglobina y mioglobina. En el embarazo, su absorción se ve aumentada y es por ello por lo que se recomienda que su ingesta dietética sea de

17-27 mg/día para prevenir sus deficiencias. La anemia ferropénica durante el embarazo puede tener consecuencias negativas para la madre y el bebé, incluyendo fatiga, parto prematuro y bajo peso al nacer. Las fuentes alimenticias de hierro incluyen carne magra, legumbres, espinacas y cereales fortificados. 4

Calcio:

El calcio es esencial para el desarrollo óseo del feto, así como para mantener la salud ósea de la madre durante el embarazo. Durante el tercer trimestre, el feto acumula grandes cantidades de calcio para desarrollar sus huesos. Las fuentes de calcio recomendadas incluyen productos lácteos como la leche, el yogur y el queso, así como vegetales de hojas verdes, almendras y pescado enlatado con huesos comestibles. 4,5

Proteínas:

Las proteínas son fundamentales para el crecimiento y desarrollo del feto, así como para mantener la salud materna durante el embarazo. Las proteínas son necesarias para la formación de tejidos y órganos en desarrollo, así como para la producción de nuevas células. Las fuentes de proteínas incluyen carne magra, aves de corral, pescado, huevos, legumbres, nueces y productos lácteos. 4,5

Ácidos grasos omega-3:

Estos ácidos grasos son especialmente importantes para el desarrollo cerebral y visual del feto. Los omega-3, en particular el ácido docosahexaenoico (DHA), son componentes clave de las membranas celulares en el cerebro y los ojos en desarrollo. Las fuentes alimenticias ricas en estos ácidos incluyen pescados grasos como el salmón, la caballa y las sardinas, así como semillas de lino, chía y nueces. 3,5

2. Recomendaciones Dietéticas Específicas:

Ingesta calórica:

Durante el embarazo, las necesidades calóricas aumentan para respaldar el crecimiento y desarrollo del feto, así como para mantener la salud materna. Sin embargo, las necesidades calóricas exactas varían según el peso previo al embarazo, el nivel de actividad física y otros factores individuales. En general, se recomienda un aporte extra de energía de 250-300 Kcal diario, lo que implica un 10% más de la ingesta energética habitual. Se recomienda un aporte diario entre 1700-2600 Kcal 5,6

Ganancia de peso:

El aumento de peso es el resultado de diversos factores, como el crecimiento del útero y las mamas, el desarrollo del feto y la placenta, así como el incremento de otros tejidos y fluidos maternos. Se aconseja que el rango recomendado de aumento de peso durante el embarazo es de alrededor de 12,5 kg, pero este valor

puede variar según el IMC. En otros indicadores, sugiere un aumento de peso de 13 a 15 kg en condiciones normales. Se establece un ritmo de ganancia de peso específico a lo largo del embarazo, es decir, aproximadamente 1,4 a 1,8 kg durante el primer trimestre, 3,5 kg durante el segundo trimestre y el resto durante el tercer trimestre. Estas pautas proporcionan una guía general para asegurar un aumento de peso saludable y adecuado durante el embarazo, promoviendo así el bienestar tanto de la madre como del bebé. 5,6

Distribución de macronutrientes:

Una distribución equilibrada de carbohidratos, proteínas y grasas es esencial durante el embarazo. Los carbohidratos proporcionan energía, las proteínas son fundamentales para el crecimiento y desarrollo del feto, y las grasas son importantes para la absorción de vitaminas liposolubles y el desarrollo del sistema nervioso del bebé. 4

Los carbohidratos deben constituir aproximadamente el 50-55% del total de la energía consumida. Se recomienda limitar el consumo de azúcares simples de rápida absorción a menos del 10% de la ingesta total de energía, optando por alimentos con carbohidratos complejos de absorción lenta, como legumbres, cereales integrales, frutas y verduras. 5,7

Con el consumo de proteínas, se aconseja que sea alrededor del 20% de la ingesta total de energía. Es crucial obtener proteínas de alta calidad, presentes principalmente en productos de origen animal y en la soja, para garantizar la provisión de todos los aminoácidos esenciales. Sin embargo, excederse puede resultar peligroso para el feto, aumentando el riesgo de parto prematuro y muerte neonatal. 5,7

La ingesta de lípidos debe representar el 25-30% de la energía total diaria, asegurando la incorporación de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 necesarios para el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto. Estos ácidos grasos se encuentran en alimentos como pescado, aunque se deben evitar aquellos con altos niveles de mercurio, como el pez espada y el tiburón. 4,5,7

La ingesta hídrica seguirá siendo similar a la de un adulto normal, alrededor de 2-2,5 litros de agua al día, evitando bebidas gaseosas y azucaradas, y limitando el consumo de café y té. Esto asegura una hidratación adecuada tanto para la madre como para el feto durante el embarazo. 5

Variedad de alimentos:

Consumir una dieta variada y equilibrada es lo necesario para garantizar la ingesta de todos los nutrientes necesarios durante el embarazo. Cada grupo de alimentos proporciona nutrientes únicos, por lo que es importante incluir una amplia variedad en la dieta diaria. Se deben incluir frutas, verduras, granos in-

tegrales, proteínas magras y productos lácteos bajos en grasa en las comidas y meriendas. 1,3,6

Además, elegir alimentos de diferentes colores y texturas puede ayudar a garantizar una gama completa de nutrientes. Una dieta variada también puede ayudar a prevenir el aburrimiento alimentario y promover una alimentación saludable en general. 3,5

3. Estrategias para una Alimentación Saludable:

Para mantener una alimentación saludable durante el embarazo, es aconsejable implementar estrategias específicas que aseguren la ingesta adecuada de nutrientes y ayuden a gestionar los síntomas comunes. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

Selección de alimentos nutritivos:

Se priorizarán alimentos como frutas frescas, verduras de hojas verdes, granos enteros, proteínas magras (como pollo, pescado, tofu o legumbres) y productos lácteos bajos en grasa garantiza una ingesta adecuada de vitaminas, minerales y proteínas. Consumir 3-4 veces a la semana pescado, principalmente pescado azul, ya que aporta ácidos grasos omega-3 y otros nutrientes necesarios para un desarrollo del feto optimo. 5,6,7

Planificación de comidas:

La planificación de comidas puede ayudar a garantizar una alimentación equilibrada y variada durante el embarazo. Se recomiendan de 4 a 5 comidas al día, realizar un desayuno completo, compuesto por lácteos, fruta y cereales ya que debe ser la comida mayor aporte calórico. Es muy importante además evita picar entre horas. 6

Gestión de síntomas:

Durante el embarazo, es común experimentar síntomas como náuseas y antojos. Las náuseas afectan entre el 50-90% de los embarazos, que suelen estar presentes en la primera parte del embarazo y se suelen resolver por si mismas para la semana 20 de gestación. Para manejar las náuseas, es recomendable comer comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día en lugar de grandes comidas. También es útil evitar alimentos grasos, picantes o fritos, y consumir alimentos secos como galletas o tostadas antes de levantarse por la mañana. 2,5,6

4. Seguridad Alimentaria durante el Embarazo:

La seguridad alimentaria durante el embarazo es de suma importancia para proteger tanto la salud de la madre como la del feto. Aquí se detallan algunas medidas clave para garantizar la seguridad alimentaria:

Prácticas seguras de manipulación de alimentos:

Durante el embarazo, es crucial adoptar medidas para prevenir la contaminación

alimentaria y reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos. Algunas prácticas seguras de manipulación de alimentos incluyen:

- Lavar frutas y verduras frescas antes de consumirlas. Se puede utilizar agua con lejía apta para desinfección del agua de bebida (aprox 4 gotas por cada litro de agua). Se sumergirían las frutas y hortalizas por un tiempo mínimo de 10 minutos y después realizar un lavado abundante con agua potable. 1,8
- Cocinar los alimentos a temperaturas seguras para matar bacterias y parásitos. Se recomienda cocinar la carne a una temperatura interna mínima de 71°C (cuando el color del centro de la carne cambie de color) y los pescados y mariscos a una temperatura interna mínima de 63°C. 1,8
- Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocidos para prevenir la contaminación cruzada. 1,8
- Lavar las manos antes y después de manipular alimentos y tras contacto con materiales infectados o residuos (animales, contenido fecaloideo...) 1,8
- Almacenar los alimentos adecuadamente en el frigorífico o congelador para prevenir el crecimiento de bacterias. Una vez cocinados, guardarlo en recipientes cerrados, separados y lejos de quesos y alimentos crudos. Se aconseja guardarlos en frigorífico o nevera el menor tiempo posible, y si ya están comprados cocinados, respetar la fecha de expiración. 1,8

Alimentos a evitar:

Durante el embarazo, existen ciertos alimentos que se deben evitar debido al riesgo de contaminación o intoxicación. Algunos de estos alimentos incluyen:

- Grandes peces como el pez espada, el tiburón, el atún rojo o el lucio. 1
- Leche cruda y quesos frescos o de pasta blanda como pueden ser el Brie, Camembert, tipo Burgos o quesos latinos, mozzarella y quesos azules, si no están indicados que están hechos con leche pasteurizada. También evita los quesos rallados o en lonchas industriales, y retira la corteza de todos los quesos. 1
- Frutas y hortalizas crudas que no hayan sido peladas o lavadas y desinfectadas previamente, incluyendo ensaladas embolsadas y las consumidas fuera de casa. 1
- Brotes crudos como la soja o la alfalfa. 1
- Huevos crudos o preparaciones elaboradas con huevo crudo, como salsas y mayonesas caseras, mousses, merengues y pasteles caseros, tiramisú, helados caseros, ponches de huevo... 1
- Carne cruda o poco hecha, como carpaccios1
- Productos cárnicos en lonchas envasados como jamón de york, de pavo, mortadela... Estos alimentos sí se pueden consumir si se han cocinado a más de 71°C como es en croquetas o pizzas. 1

- Si no existe inmunización frente a la toxoplasmosis evita el consumo de productos cárnicos crudos curados. 1
- Patés que se vendan refrigerados. 1
- Pescado crudo tipo “sushi”, “sashimi”, ceviche, carpaccios..., pescado ahumado refrigerado o marinado, así como ostras, almejas o mejillones crudos. 1
- Sándwiches envasados y otros alimentos preparados que contengan vegetales, huevo, carne, fiambres, pescado y derivados. 1
- No tomar alcohol. 1

Se recomienda seguir estas pautas para promover la seguridad alimentaria durante el embarazo y reducir el riesgo de complicaciones para la madre y principalmente para el feto. Es recomendable realizar consultas con profesionales sanitarios sobre cualquier duda específica.^{1,8}

5 Discusión-Conclusión

En la alimentación durante el embarazo, es fundamental abordar varios aspectos relacionados con la nutrición materno-fetal, los desafíos comunes enfrentados por las mujeres embarazadas y el papel del personal de enfermería en la promoción de una alimentación saludable.

Una dieta adecuada durante el embarazo ayuda a garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo del feto, así como para mantener una buena salud para la madre. La ingesta adecuada de nutrientes como el ácido fólico, el hierro y el calcio se discute como un medio para prevenir complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

La seguridad alimentaria durante el embarazo cobra una relevancia particular, ya que ciertos alimentos pueden representar un riesgo de contaminación o intoxicación. Para ello es importante proporcionar una orientación adecuada sobre los alimentos que se pueden comer y los que deben evitar para tener una alimentación completa y equilibrada.

El papel del personal de enfermería en la promoción de una alimentación saludable durante el embarazo es esencial, ya que además de proporcionar educación nutricional, los profesionales de la salud pueden ofrecer apoyo emocional y práctico a las mujeres embarazadas, ayudándolas a adoptar hábitos alimenticios saludables que benefician tanto a ellas como a sus bebés.

En conclusión, una alimentación saludable durante el embarazo es esencial para el bienestar materno-fetal y la salud a largo plazo. Al priorizar una dieta equilibrada y nutritiva, podemos mejorar los resultados de salud para las mujeres embarazadas y sus hijos. Es fundamental continuar investigando y mejorando las

prácticas relacionadas con la alimentación durante el embarazo para promover resultados positivos y mejorar la atención prenatal en el futuro.

6 Bibliografía

1. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición [AECOSAN]. Día Nacional de la nutrición: en el embarazo y en la lactancia comer bien es el mejor “te quiero” [Internet]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/Consejos_Embarazo.htm.
2. Núñez-Sánchez, Ramón José et al. “Alimentación y Seguridad Alimentaria en el Embarazo: Cuidando la Salud Materno-Fetal.” *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 89, no. 1, 2021, pp. 39-46. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039.
3. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016:14-40. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.
4. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf. Páginas 191-276.
5. Izquierdo Guerrero, María de las Mercedes. Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2016. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/6b5d6090-2772-4cc6-8287-abb9a3d9c53c/content>.
6. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, Peral-Suárez Á, Bermejo LM, Rodríguez-Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutr Hosp.* 2020;37(N.º Extra 2):38-42 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112020000600009&script=sci_arttext&tlng=en.
7. Zaragoza Noguera R. Influencia de la dieta de la embarazada sobre el crecimiento fetal [Tesis de Doctorado, Universidad Católica de Murcia]. Dialnet. 2017.
8. FDA. Seguridad alimentaria para futuras mamás: antes de quedar embarazada. 2018.

Capítulo 36

LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL NEONATO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL.

IÑIGO LÁZARO EZKURRA

SONIA ECHAPARE URSUA

SYLVIA MIRALLAS FAJÓ

AINTZANE PÉREZ DE ALBÉNIZ ANGUÍS

1 Introducción

Los seres humanos, como el resto de los animales, percibimos el dolor. Podemos dividir el dolor en dos tipos distintos: Uno de ellos es el dolor físico, asociado a nociceptores, y otro viene como respuesta a una reacción emocional. En cuanto al primero de estos, es una percepción sensorial localizada y subjetiva y de respuesta más o menos intensa, que se siente en una parte del cuerpo y se debe a la estimulación o excitación de unas especializadas terminaciones nerviosas. Los seres humanos sentimos dolor en todas las etapas de nuestras vidas, y nuestra percepción de este varía según seamos bebés, niños o adultos.

Los recién nacidos a término, cuando nacen, sufren un brusco cambio y pasan del acuoso, cómodo y seguro medio intrauterino al mundo exterior. Este cambio se agrava cuando estos bebés son prematuros o padecen de alguna dolencia que les

obliga a ingresar en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En este momento, un equipo de profesionales velará por la supervivencia de ellos, practicándoles unos cuidados altamente especializados que, aunque aumentarán su tasa de supervivencia, inevitablemente les provocarán dolor (canalización de catéteres, punciones lumbares, intubaciones...). En un ingreso promedio de tres meses en una UCIN, un recién nacido pretérmino es sometido a aproximadamente 300 procedimientos dolorosos.

Este dolor desemboca en los neonatos, en cambios cardiovasculares, interrupción de la alimentación, peor calidad del sueño, y en un incremento de las necesidades de los cuidados, entre otras muchas cosas. Además, la inmadurez de su sistema nervioso puede disminuir el umbral del dolor, lo que puede hacerles incluso más sensibles cuando son sometidos a técnicas dolorosas y puede tener consecuencias negativas en su desarrollo neurológico.

A día de hoy, según un estudio español realizado en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, se ha llegado a la conclusión que la mayoría de los recién nacidos ingresados en una UCIN no reciben una buena evaluación del dolor y que pese a la existencia de recientes estudios acerca del dolor en el neonato, muy pocos de ellos evalúan al neonato prospectivamente para comprender su dolor, tratamiento y correcta evaluación.

La valoración del dolor en el neonato supone un reto, ya que, como el bebé va a ser incapaz de expresar verbalmente su dolor, el profesional que realice la valoración va a realizar una estimación subjetiva del dolor del neonato. El prematuro manifiesta más su dolor mediante alteraciones fisiológicas y de manera conductual, aunque principalmente de la primera, por lo que muchas escalas de la valoración del dolor se centran en la frecuencia cardíaca (FC), la saturación de oxígeno o la presión arterial, así como en cambios conductuales como el llanto, las muecas o el comportamiento general.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las escalas de valoración del dolor en el neonato.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la lectura de los artículos se ha determinado que las escalas más utilizadas para la evaluación del dolor neonatal son las siguientes:

-Neonatal Facial Coding System (NFCS): Escala que valora la presencia del dolor en los procedimientos a través de gestos que realiza el neonato, que va de una edad gestacional de 25 semanas a una edad gestacional a término: Raíz nasal ensanchada, ojos cerrados, surco naso labial profundo, apertura bucal, estrechamiento vertical de la boca, estrechamiento horizontal de la boca, tensión lingual, protrusión lingual, labios fruncidos o vibración del mentón. Su escala métrica evalúa el dolor de 0 al 10 en bebés prematuros, y de 0 al 9 en bebés a término, ya que la protrusión lingual no se observa en recién nacidos a término (a mayor puntuación mayor dolor).

-Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R): Es una escala de valoración del dolor que deriva de la escala PIPP, en la que las modificaciones realizadas fueron realizadas para abordar la edad gestacional y darle mayor validez. Valora el dolor en el neonato que va de las 26 semanas a una edad gestacional a término, y que contempla 7 ítems como la edad gestacional, estado de la conducta, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y aspectos de la acción facial que son los ojos cerrados, el entrecejo fruncido y el surco naso labial. Cada ítem se evalúa de 0 a 3 y la puntuación máxima es de 21, siendo la mínima 0. Un valor menor o igual a 6 indica la ausencia de dolor, y los valores mayores o iguales a 12 indican dolor moderado a intenso. Escala validada para dolor procedural y postoperatorio.

-N-PASS: Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale: Es una escala utilizada para evaluar el dolor agudo y prolongado, así como también la sedación en bebés de 0 a 100 días de vida. Contempla cuatro ítems fisiológicos como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno y cuatro

conductuales que son el llanto/irritabilidad, comportamiento, expresión facial y el tono muscular de las extremidades.

Para el dolor se utiliza una escala métrica que va del 0 al 10, y el tratamiento del dolor se aconseja cuando la puntuación es igual o mayor que 3. Para la evaluación de la sedación, los niveles deseables varían en cada situación, con un puntaje total de 0 a -10.

-CRIES (cries, requires oxygen, increased vital signs, expresión, sleeplessness): La escala CRIES se utiliza para evaluar el dolor postoperatorio y agudo en neonatos y niños de 32 a 56 semanas y valora la presencia de indicadores fisiológicos y conductuales como la presión arterial, frecuencia cardíaca, fio2 para saturación de oxígeno >95%, llanto, expresión y periodo de sueño.

Cada parámetro se puntúa del 0 al 2 en una escala que va del 0 al 10 (a mayor puntuación mayor dolor). A partir de una puntuación mayor o igual a 4 se considera que el bebé tiene dolor. (3, 4, 5)

-NIPS (neonatal infant pain scale): Escala utilizada para evaluar en el neonato de 28 a 38 semanas el dolor procedural y que evalúa indicadores como el patrón respiratorio, expresión facial, llanto, brazos, piernas y estado de alerta.

La escala evalúa el dolor del 0 al 7, el 0 indica ausencia de dolor y el 7 indica la existencia de un dolor grave. (4, 5)

-COMFORT neo: Es una escala muy extendida que ha sido validada para neonatos pretérmino y a término, y está diseñada para evaluar el dolor prolongado, así como también el nivel de sedación. Contempla tanto variables fisiológicas (Respuesta respiratoria, presión arterial, frecuencia cardíaca) como comportamentales (Estado de alerta, agitación, movimientos, tono muscular, tensión facial). En la escala se puede obtener una puntuación de entre 8-40 puntos, en la que a más puntuación se considera que el bebé tiene más dolor.

-EDIN (échelle de la douleur inconfort nouveau-né): Es una escala que se utiliza para evaluar el dolor prolongado en bebés de una edad gestacional de entre 25 y 36 semanas. Esta escala contempla solo indicadores comportamentales como la actividad facial, movimientos corporales, calidad del sueño, capacidad de tranquilización y calidad del contacto con las enfermeras. La escala evalúa el dolor del 0 al 15, considerándose que el bebé tiene dolor con una puntuación mayor o igual a 7. Cada indicador puntúa del 0 al 3.

-BPSN (Bernese pain scale for neonates): Escala validada para evaluar el dolor en los procedimientos en neonatos de entre 27-41 semanas de edad gestacional. Valora tanto indicadores fisiológicos (patrón respiratorio, frecuencia cardíaca, sat-

uración de oxígeno) como conductuales (estado de alerta, duración del llanto, tiempo necesario para calmar al bebé, color de piel, postura, protuberancia de las cejas al fruncir el ceño). La escala evalúa el dolor de 0 a 27.

Dos de estas escalas incluyen valores que contemplan la prematuridad, estas escalas son PIPP-R y N-PASS. Esto convierte a la escala PIPP-R en una escala altamente recomendada en grandes prematuros, ya que por las características de esta nos proporciona una mayor fiabilidad a la hora de evaluar el dolor en el prematuro.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que la mayoría de recién nacidos que pasan por la unidad de neonatología sufren dolor en muchos de los procedimientos que se les practican (analíticas, canalizaciones de sondas nasogástricas, punciones lumbares, intubaciones...), es por esto que es verdaderamente importante contar en las unidades de neonatología con un protocolo de actuación actualizado para disminuir y evaluar correctamente el dolor en el neonato, la importancia de utilizar las escalas correctas para evaluarlo y de tener un personal especializado y familiarizado con la mecánica de trabajo para saber en todo momento qué escala se adecúa mejor a las necesidades del bebé. En este aspecto, el personal de enfermería juega un papel crucial. También, al hilo de esto, mencionar la importancia de agrupar en la medida de lo posible el número de cuidados y técnicas. En especial las técnicas dolorosas, porque, aunque el dolor mejor tratado es el no provocado, a veces es imposible evitarlo y es mejor agruparlo todo junto para que su duración sea la menor posible.

Es muy importante destacar la importancia de la presencia de los padres durante el ingreso, que juegan un papel fundamental en la neuroprotección y en un correcto desarrollo futuro del niño, mediante técnicas como la lactancia materna o el método canguro.

6 Bibliografía

1. Olsson E, Ahl H, Bengtsson K, Vejayaram DN, Norman E, Bruschetti M, et al. The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials: A systematic review of randomized trials.
2. Garcia-Rodriguez MT, Bujan-Bravo S, Seijo-Bestilleiro R, Gonzalez-Martin C.

Pain assessment and management in the newborn: A systematized review. *World J Clin Cases*

3. Jiménez Hernández GE, Universidad de Córdoba, Bula Romero JA, Sánchez Caraballo ÁA, Peña Zuluaga ME, Universidad de Córdoba. Escalas para valoración del dolor neonatal: Una revisión integrativa. *Rev Cuid*
4. Maxwell LG, Fraga MV, Malavolta CP. Assessment of pain in the newborn: An update. *Clin Perinatol*
5. Mencía S, Alonso C, Pallás-Alonso C, López-Herce J, Maternal And Child Health And Development Network Ii Samid Ii. Evaluation and treatment of pain in fetuses, neonates and children. *Children (Basel)*
6. Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología, Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatr*.

Capítulo 37

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE CURAS Y YESOS DE TRAUMATOLOGÍA

CARMEN MANCEBO GÓMEZ

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

MARGARITA CUESTA PARDO

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

1 Introducción

La consulta de curas y yesos del servicio de traumatología atiende las lesiones músculo-esqueléticas que necesitan de unos cuidados y tratamientos encaminados a conseguir su curación, incluyéndose la aplicación de yesos y férulas. Lo primero que hará el facultativo será evaluar las heridas o fracturas, para ver qué procedimientos realizar, aquí entrará en juego el papel del personal de enfermería, ayudando en llevarlas a cabo, siempre bajo las premisas de esterilización y desinfección de los elementos utilizados, asegurando la higiene de las heridas, aplicando vendajes y yesos de manera adecuada, e informando al paciente de los cuidados posteriores para asegurar una curación exitosa.

Esta consulta también atenderá a pacientes que tengan dispositivos ortopédicos, a la hora de ajustarlos, además de monitorizarlos para ver cómo va la recuperación.

Los yesos y las férulas servirán para proteger y soportar los tejidos blandos que han resultado lesionados y los huesos, de manera que el médico cuando tenga un caso de fractura de hueso, unirá las partes a su situación inicial, haciendo estos elementos de sujeción hasta que suelden por sí mismos, además de servir para disminuir los espasmos musculares, la inflamación y el dolor. También se utilizan tras un proceso quirúrgico.

Los yesos deben adaptarse perfectamente a la parte del cuerpo lesionada, es por ello que se harán a medida, ofreciéndose así mejor ayuda y soporte, pudiendo ser de yeso o fibra de vidrio.

2 Objetivos

-Explicar la labor que realiza enfermería en la consulta de Traumatología en lo que respecta a la sala de curas y yesos.

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 de Enfermería realizadas en la sala de curas y yesos. 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 materiales utilizados son la fibra de vidrio o yeso que representarán la capa sólida de soporte, siendo el primero más ligero y fuerte que el yeso, lo cual también tiene la ventaja que a la hora de que se tenga que hacer una radiografía para ver si los huesos están uniéndose bien o se han movido de lugar, las radiaciones atravesarán mejor la fibra de vidrio que el yeso. En contraposición, el yeso tiene la ventaja que es más barato y facilita obtener la forma deseada mejor que la fibra de vidrio.

En la consulta de curas y yesos de traumatología, el enfermero tendrá un papel de colaboración con el facultativo en todo lo que necesite para así conseguir que el tratamiento resulte exitoso, a la vez que velará por el bienestar del paciente en todo momento. Se encargará de los siguientes aspectos:

1/ El personal de enfermería mirará como se encuentra la herida o fractura, cómo se encuentra la lesión, los síntomas que presenta el paciente, si tiene dolor, si puede mover la extremidad, además de ver los antecedentes médicos registrados. Es importante tener estos datos para así determinar que curas se van a aplicar, y el tipo de yesos o férulas.

2/ Realización de las curas: para ello deberá de desinfectar la herida y limpiarla con material esterilizado, poniendo los apósitos o vendajes que se necesiten para así ayudar en la cicatrización y para evitar infecciones.

3/ Aplicación de Yesos: para ello debe de seguir las instrucciones del traumatólogo en cuanto a cómo movilizar la zona lesionada, ajustar bien el yeso o férula, pero que también resulte cómodo para el paciente.

4/ Información al paciente: se le darán recomendaciones de cómo cuidar el yeso, identificar incidencias y cómo actuar de forma preventiva. Para ello, debe de asegurarse de que ha entendido lo que se le explica y la importancia de seguir las para una mejor recuperación.

5/ Monitoreo: siempre se realizará un control de cómo se encuentra el yeso, de la evolución del paciente, observando si las heridas cicatrizan de la forma esperada o si se complica la recuperación por alguna causa.

6/ El personal de enfermería además ayudará a la hora de coordinarse con las citas de otros profesionales o la realización de pruebas complementarias.

7/ Apoyo al paciente: con todo, se comprenderá la situación por la que está pasando, momentos de incertidumbre, dolor, desesperación, etc., ayudándole a tranquilizarse y a reducir la ansiedad

5 Discusión-Conclusión

En la consulta de curas y yesos de traumatología, se realizan procedimientos de curas de heridas de los pacientes que han sufrido una lesión, además de la colocación de yesos o férulas para unir partes del hueso que han resultado fracturadas sirviendo de soporte a huesos y tejidos blandos. Se suelen utilizar la fibra de vidrio en algunas ocasiones porque es más ligera y fuerte, aunque el yeso es más barato y suele ajustarse mejor a la zona dañada.

El personal de enfermería ayudará en esta sala a todo lo que precise el facultativo, además de atender al paciente en los cuidados básicos que necesite en lo que respecta a la cura de la herida, a la aplicación del yeso o colocación de la férula según las instrucciones del médico, apoyando al paciente emocionalmente si se encuentra dolorido o nervioso, etc.

6 Bibliografía

1. <https://orthoinfo.aaos.org/es/recovery/cuidado-de-yesos-y-ferula-care-of-casts-and-splints/>.
2. <https://hospitalespuertadehierro.com/cuidados-yeso/>.

Capítulo 38

FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

CARMEN MANCEBO GÓMEZ

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

MARGARITA CUESTA PARDO

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar es una sintomatología que puede llegar causar la muerte de la persona que lo sufre, y se caracteriza por la obstrucción de las arterias pulmonares debido a la presencia de coágulos sanguíneos, los cuales han tenido su origen en las venas de las piernas y que se dirigen hacia la arteria pulmonar. Este hecho provocará que la zona de los pulmones no sea abastecida de sangre, y, por lo tanto, de oxígeno, causando que el que llegue al resto de tejidos y órganos sea más deficiente. Así mismo, el corazón seguirá haciendo su trabajo, de bombear sangre hacia los pulmones, pero al existir ese obstáculo, habrá más presión en la arteria pulmonar, existiendo más debilidad en el ventrículo derecho del corazón.

A veces suele tardarse en diagnosticar esta patología, lo cual conlleva riesgos significativos, incluida la posibilidad de insuficiencia respiratoria aguda e incluso la muerte. Se suelen pautar la prueba de la tomografía computerizada, especialmente mediante la angiografía pulmonar, para poder detectar las obstrucciones y su evolución, para ello se administrará un contraste yodado, para conseguir realzar la visualización de las estructuras vasculares.

El papel que se ejerce desde enfermería es muy importante a la hora de ayudar a detectar y evaluar el tromboembolismo pulmonar, ya que al tener contacto cercano con el paciente, le será más fácil identificar los primeros síntomas, y gracias a una respuesta rápida por su parte y de los distintos profesionales, a través de los protocolos establecidos para su tratamiento y seguimiento de la enfermedad, se podrán conseguir buenos resultados en este paciente, mejorando su calidad de vida y su supervivencia.

2 Objetivos

Explicar lo que es un tromboembolismo pulmonar y realzar la labor que realiza enfermería en el tratamiento y cuidados de estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones de Enfermería relativas a las funciones en casos de tromboembolismo pulmonar. 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 síntomas que puede notar el enfermo es el dolor torácico, la falta de aire al respirar, mareos, y a veces fiebre y tos acompañada de sangre cuando se está produciendo un infarto pulmonar, el cual se identifica con una zona que muere del pulmón al no recibir suficiente riego sanguíneo.

Los factores de riesgo de sufrir este cuadro clínico son los siguientes:

1/ Sufrir fracturas en las extremidades inferiores o haber tenido una intervención quirúrgica, debido a todo el tiempo que la persona debe estar quieta, haciendo reposo, por ello se suele pautar Heparina para prevenir la formación de trombos que pudieran ocasionar un tromboembolismo pulmonar.

2/ Cuadros de hipercoagulabilidad: es decir, que haya una predisposición a generar trombos arteriales o venosos, ya sea por: genética, por tener déficit de proteína C, por toma de anticonceptivos orales o por estar embarazada.

3/ Realizar viajes largos, normalmente de más de 8 horas.

4/ Por tener desarrollado un cáncer y estar en tratamiento de quimioterapia.

5/ Por tener obesidad o fumar.

Cuando un paciente llega con esta sintomatología, se deberá estabilizarlo, aliviar el dolor y quitar la obstrucción vascular, además de prevenirlos para que no vuelvan a ocurrir. Por eso desde Enfermería se aplicará una anticoagulación par-enteral, nunca por vía oral durante los primeros 5-10 días, heparina normalmente. Pero si el paciente no pudiera recibir anticoagulantes, se recurrirían a otros procedimientos como la fibrinólisis para acelerar la disolución del coágulo o la colocación de un filtro en la vena cava para evitar que nuevos trombos migren al pulmón.

Para identificarlo se observará la analítica de sangre, la cual presentará el oxígeno bajo y elevado un parámetro llamado dímero-D. Se pedirán pruebas como la radiografía de tórax el electrocardiograma, aunque la prueba definitiva será el TAC (Tomografía Axial Computerizada) y la gammagrafía del pulmón, siempre buscando la existencia de una trombosis venosa profunda mediante la realización de un eco-doppler de las piernas.

Se deberá monitorizar de forma continuada al paciente, evaluando siempre la respuesta del organismo del paciente a las distintas actuaciones que se llevan a cabo. Por ello, es importante que esté informado de cada prueba que se le haga, las consecuencias de su patología y los factores de riesgo a los que prestar mucha atención, las medidas preventivas, así como la importancia de la medicación y el seguimiento integral de su salud.

Ya en el hogar, el paciente seguirá tomando anticoagulantes por vía oral por lo menos durante 3 meses, y en aquellos casos que tengan un riesgo recurrente o lo hayan sufrido por segunda vez, el tratamiento sería de por vida.

5 Discusión-Conclusión

El tromboembolismo pulmonar se define como una obstrucción de las arterias pulmonares debido a la presencia de coágulos sanguíneos que suelen tener lu-

gar en las extremidades inferiores, pero que culminan en la arteria pulmonar, haciendo que el corazón se cueste más hacer su trabajo al existir ese obstáculo, y los pulmones no sean provisionados del suficiente oxígeno, con lo cual, órganos y tejidos tendrán un déficit de este.

Desde enfermería se hará una labor fundamental a la hora del abordaje de esta patología, ayudando a detectar los síntomas inequívocos, colaborando en la realización de pruebas diagnósticas, informando a los pacientes de la importancia de las medidas preventivas que se les diga, de los factores de riesgos, etc.

6 Bibliografía

1. Tromboembolismo pulmonar: causas, síntomas y tratamiento (redaccionmedica.com).
2. Tromboembolismo pulmonar - Fundación Española del Corazón (fundaciondelcorazon.com).

Capítulo 39

LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS EXTRACCIONES DE SANGRE

CARMEN MANCEBO GÓMEZ

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

MARGARITA CUESTA PARDO

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

1 Introducción

La sangre está formada por un 80% de agua y el otro 20% de sustancias sólidas como: proteínas, grasas, hormonas, hidratos de carbono y gases. La sangre está compuesto fundamentalmente de plasma, el cual es un líquido amarillento y esas células sanguíneas que acompañan al plasma la forman:

1/ Los Glóbulos blancos: que permiten luchar contra las infecciones, es decir, son muy importantes para el sistema inmunitario.

2/ Los Glóbulos rojos: son los más numerosos de los 3 y son los encargados de transportar el oxígeno. Suelen vivir 120 días

3/ Plaquetas: su función es la de coagular en su justa medida la sangre, para que el flujo no salga fuera del cuerpo.

Cuando se realiza una analítica de sangre, aunque parece un acto sencillo, en realidad lleva un protocolo de actuación por parte de los diferentes profesionales del ámbito sanitario para así obtener una prueba de calidad, mostrando datos

tan relevantes como: la evolución de una enfermedad, cómo se encuentra la persona de salud, conocer un diagnóstico, etc. El procedimiento empieza cuando el médico o especialista solicita la realización de la prueba y acaba cuando esta llega al mismo a través de un resultado.

Esta primera fase la labor de enfermería resulta de gran importancia, ya que: debe de escoger adecuadamente los tubos de extracción, debe obtener la muestra de sangre, y seguir el orden de llenado pertinente de los tubos sanguíneos, ya que si no fuera así podría desembocar en una alteración de los resultados y, en consecuencia, el paciente se verá afectado al tener que realizar la extracción sanguínea de nuevo

2 Objetivos

Explicar la función de Enfermería a la hora de hacer las extracciones de sangre a los pacientes, siguiendo el protocolo establecido.

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 de Enfermería a la hora de hacer las extracciones de sangre a los pacientes. 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 profesional enfermero cada día deberá realizar las analíticas sanguíneas de varias formas: con jeringa o Vacutainer: teniendo la ventaja de que no contiene aire en su interior, a diferencia de la palomilla, al encontrarse en el trayecto que va desde la campana hasta el tubo, cuestión a tener en cuenta a la hora de sacar determinados tubos.

Existe gran variedad de tubos a la hora de las extracciones que el personal de enfermería tendrá que tener en cuenta, ya que este será el orden de recogida de los tubos para evitar la contaminación cruzada de la muestra por aditivos:

1/ Hemocultivos: su finalidad es saber si existen microorganismos en la sangre, para saber de qué tipo y la susceptibilidad antimicrobiana. Puede ser de dos

tipos, aeróbico y anaeróbico. Si la extracción es con palomilla se llena primero el aeróbico, si es con jeringa el primero en llenarse sería el anaeróbico.

2. Tubo de sin aditivos: se utiliza para el estudio del metabolismo del hierro, de bioquímica, o serología, y no llevan anticoagulante, teniendo en el fondo un gel separador, el cual facilita la separación de suero y coágulo tras la centrifugación.

3. Tubo de Citrato: para ver la coagulación, el cual contiene un anticoagulante en una medida exacta para el flujo de sangre extraída

4. Tubo de Heparina de Litio: se utiliza para realizar determinaciones, conteniendo heparina de litio como anticoagulante.

5. Tubo EDTA: se usa para el estudio de la cantidad y calidad de las células sanguíneas, el estado inmunohematológico.

Además del orden de llenado, es importante tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- Mover suavemente varias veces los tubos que contienen anticoagulante para que se mezcle bien la muestra, pero los que no lleven anticoagulante no se moverán para evitar la hemólisis
- El tubo de citrato debe extraerse siempre antes que los tubos que llevan otros tipos de anticoagulantes, para evitar interferencias en el estudio.
- Además, si este tubo es el único que se necesita extraer o tiene que ser el primero, se deben desechar los 5 ml de sangre primeros para eliminar una posible contaminación de la muestra con tromboplastina tisular que proviene del sitio de punción.
- Se debe de llenar los tubos hasta que se termine el vacío para que exista una buena proporción de sangre y anticoagulante.
- No destapar los tubos y volverlos a cerrar, ya que el tapón podría saltar por la excesiva presión y, por lo tanto, derramar la muestra.

5 Discusión-Conclusión

La extracción de sangre entra dentro de las funciones básicas y rutinarias del profesional de enfermería, y aunque parezca desde fuera un proceso fácil, deberán de seguirse unos protocolos a la hora de sacar las muestras y sobre todo del orden de llenado de los distintos tubos que se necesiten, para así evitar la contaminación cruzada de las muestras y como consecuencia que las analíticas arrojen unos valores que no sean los adecuados o esperados, volviéndose a tener que repetir la prueba.

El orden correcto del llenado de los tubos será el siguiente: el de hemocultivo, el tubo sin aditivos, el tubo de citrato, el tubo de heparina de litio y el EDTA.

Además, es importante llenarlos hasta hacer el vacío para así que se mezclen bien con los anticoagulantes, no taparlos y volverlos a cerrar, entre otras consideraciones básicas.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/elordencorrecto-de-llenado-de-tubos-en-la-toma-de-muestras-sanguineasarticulomonografico/>.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ordende-llenado-tubos-extraccion-analitica/>.
3. Manual de Enfermería. Editorial Mad.

Capítulo 40

FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO DE REEMPLAZO DE CADERA

ÁNGELA CANTOS ACALE

MANUEL MARTÍN MARCELO

DARÍO BARROSO ROZANO

1 Introducción

La cirugía de cadera es un procedimiento ortopédico comúnmente realizado para tratar diversas afecciones, como fracturas, artritis o necrosis avascular de la cabeza femoral.

En el quirófano de cadera, los enfermeros desempeñan un papel esencial, colaborando estrechamente con cirujanos y otros profesionales de la salud para garantizar el éxito y la seguridad del procedimiento quirúrgico.

Los enfermeros en el quirófano de reemplazo de cadera cumplen una variedad de funciones que abarcan desde la preparación del quirófano hasta la atención al paciente durante todo el procedimiento y la fase de recuperación. Su responsabilidad incluye asegurarse de que el entorno quirúrgico esté adecuadamente equipado, esterilizado y listo para recibir al paciente.

Durante la cirugía, los enfermeros asisten al cirujano proporcionando instrumentos, ayudando en la preparación del paciente y manteniendo un control riguroso de los signos vitales del paciente.

Además de las tareas técnicas, los enfermeros también brindan un importante apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares, ayudando a aliviar la ansiedad y proporcionando información clara sobre el procedimiento y la recuperación postoperatoria. La dedicación y competencia de los enfermeros en el quirófano de cadera son fundamentales para garantizar la calidad del cuidado y el bienestar del paciente en cada etapa del proceso quirúrgico.

En este trabajo, explicaremos más a fondo las funciones específicas de los enfermeros en el quirófano de cadera y su impacto en la atención ortopédica de alta calidad.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la intervención de sustitución de cadera y las diversas funciones que realizan los profesionales de enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y de protocolos hospitalarios para identificar las responsabilidades específicas de los enfermeros en el quirófano de cadera.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se recopilaron y analizaron datos relevantes para proporcionar una visión completa de su papel en este contexto.

4 Resultados

El papel de los enfermeros en el quirófano es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente antes, durante y después de la cirugía. Los enfermeros son responsables de preparar el quirófano antes de la cirugía, asegurándose de que esté limpio, esterilizado y equipado con todos los instrumentos y suministros necesarios. Pueden ayudar al cirujano durante el procedimiento proporcionando instrumentos y suministros, asistiendo en la colocación del paciente y manteniendo un campo estéril.

Durante la cirugía, los enfermeros están atentos a la condición del paciente, monitoreando constantemente sus signos vitales, niveles de sedación y cualquier otra preocupación médica que pueda surgir. Además de administrar medicamentos según las indicaciones médicas.

La cirugía de reemplazo de cadera es un procedimiento médico realizado para tratar el dolor y la discapacidad causados por enfermedades como la osteoartritis. Consiste en reemplazar la articulación de la cadera dañada con una prótesis artificial. Este procedimiento puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes al reducir el dolor, mejorar la movilidad y restaurar la función de la cadera.

La cirugía generalmente implica una estancia hospitalaria breve y un período de rehabilitación posterior, en este aspecto los enfermeros realizan cuidados habituales de hospitalización, como el monitoreo de constantes vitales y, la administración de medicamentos que alivien el dolor, siempre con prescripción médica. Aunque este tipo de cirugía es segura y efectiva, pueden existir riesgos, como infecciones o complicaciones relacionadas con la anestesia. Sin embargo, para muchos pacientes, el reemplazo de cadera proporciona una solución duradera y satisfactoria para sus problemas de movilidad y dolor. En resumen, los enfermeros desempeñan múltiples funciones en el quirófano de cadera, desde la preparación y asistencia durante la cirugía hasta el cuidado del paciente y el apoyo emocional. Su presencia es fundamental para garantizar el éxito y la seguridad del procedimiento quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los enfermeros en el quirófano de reemplazo de cadera es vital para el éxito y la seguridad del procedimiento quirúrgico. Desde la preparación meticulosa hasta la asistencia durante la cirugía y el apoyo emocional, los enfermeros desempeñan una variedad de funciones cruciales. Su dedicación y competencia garantizan la atención de alta calidad y el bienestar del paciente en todo momento. Reconocer la importancia de su labor en este entorno especializado es fundamental para asegurar resultados óptimos y una experiencia satisfactoria para el paciente.

Los enfermeros son pilares fundamentales en el equipo quirúrgico, contribuyendo significativamente al cuidado integral y la recuperación exitosa de los pacientes sometidos a cirugía de cadera.

6 Bibliografía

1. Sánchez, M. R., & García, J. M. (2017). El papel de los enfermeros en el quirófano de cadera. *Revista de Enfermería Quirúrgica*, 10(3), 45-52.
2. Rodríguez, A. C., & Pérez, L. G. (2019). Intervenciones de enfermería en cirugía de cadera. *Revista de Enfermería Ortopédica*, 30(2), 78-84.
3. Martínez, E. G., & Fernández, L. M. (2020). Importancia del cuidado de enfermería en la artroplastia de cadera. *Revista de Enfermería Clínica*, 40(4), 567-575.

Capítulo 41

LA IMPORTANCIA DE LA DIETA BLANDA EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

MANUEL MARTÍN MARCELO

DARÍO BARROSO ROZANO

ÁNGELA CANTOS ACALE

1 Introducción

La implementación de dietas blandas es una práctica común en el ámbito médico, especialmente en entornos hospitalarios y de cuidados a largo plazo, donde los enfermeros juegan un papel esencial en su aplicación y seguimiento. Estas dietas se prescriben en una variedad de situaciones clínicas para abordar condiciones gastrointestinales, dificultades de masticación o trastornos de la deglución, así como durante el proceso de recuperación postoperatoria. El propósito principal de una dieta blanda es proporcionar alimentos que sean suaves y de fácil digestión, lo que reduce la carga sobre el tracto gastrointestinal y ayuda en la rehabilitación alimentaria.

Desde la perspectiva de los enfermeros, la introducción y supervisión de una dieta blanda implica una cuidadosa planificación y atención individualizada a las necesidades de cada paciente. Esto incluye la evaluación de su estado de salud, historial médico y preferencias alimentarias, así como la educación del paciente y su familia sobre la importancia de seguir las indicaciones dietéticas de manera adecuada.

Es esencial que los enfermeros estén bien informados sobre los alimentos permitidos y prohibidos en una dieta blanda, así como sobre las técnicas adecuadas de preparación y presentación de alimentos para garantizar la seguridad y la nutrición del paciente. Además, deben estar atentos a cualquier signo de intolerancia alimentaria o complicación, y comunicarse eficazmente con el equipo médico para realizar ajustes en la dieta según sea necesario. En última instancia, el objetivo primordial de los enfermeros es promover la salud y el bienestar del paciente a través de una alimentación adecuada durante su proceso de atención médica.

2 Objetivos

- Explicar la relevancia de la dieta blanda en el cuidado de enfermería, resaltando los beneficios de una dieta blanda en el proceso de recuperación del paciente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios relevantes sobre el papel de la dieta blanda en el cuidado de enfermería.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se analizaron casos clínicos y protocolos hospitalarios para comprender mejor su implementación y beneficios en el tratamiento de pacientes.

4 Resultados

La dieta blanda es una prescripción dietética comúnmente utilizada en el ámbito médico para tratar diversas condiciones médicas.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la implementación y supervisión de estas dietas, asegurando que se cumplan las indicaciones del médico y proporcionando apoyo y educación al paciente y su familia.

Los casos en los que se debe imponer una dieta blanda suelen incluir problemas gastrointestinales como la gastritis o colitis. Cuando existe dificultad para masticar o tragar, esto incluye aquellos pacientes que se encuentran en estado de recuperación de cirugías.

En casos de disfagia o para reintroducir gradualmente alimentos tras un período de ayuno o alimentación parenteral y situaciones crónicas como la enfermedad de Crohn o la diverticulitis que requieren una dieta suave para minimizar la irritación del tracto digestivo.

La dieta blanda incluye alimentos ricos en nutrientes que pueden ser digeridos de manera fácil por el sistema digestivo, como las carnes magras, productos lácteos bajos en grasa y frutas y verduras, quedando excluidos cereales y legumbres y alimentos grasos o fritos. Se debe prestar atención a la cantidad de aceite con el que se cocinan los diferentes alimentos, ya que deben ser bajos en grasas saturadas. Todos aquellos alimentos ultraprocesados o aquellas bebidas gaseosas también están excluidas de la dieta. Al igual que los alimentos picantes y condimentos fuertes.

Los enfermeros deben asegurarse de proporcionar una variedad de opciones dentro de los alimentos permitidos en la dieta blanda, garantizando así una ingesta adecuada de nutrientes y ayudando a mantener la satisfacción del paciente. Además, es esencial brindar educación sobre la importancia de seguir la dieta correctamente y monitorear cualquier signo de intolerancia alimentaria o complicaciones para informar al equipo médico de inmediato.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la implementación y supervisión de dietas blandas por parte de los enfermeros son aspectos fundamentales en el cuidado de pacientes con diversas condiciones médicas. A través de una planificación cuidadosa, educación adecuada y monitoreo constante, los enfermeros desempeñan un papel crucial en garantizar que los pacientes reciban una alimentación adecuada que se adapte a sus necesidades individuales.

La atención centrada en el paciente y la colaboración efectiva con el equipo médico son clave para asegurar resultados óptimos en términos de recuperación y bienestar.

El compromiso de los enfermeros con la nutrición y el cuidado integral contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida y el proceso de recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. García, M., & Pérez, A. (2019). Importancia de la dieta blanda en el cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería Clínica*, 10(2), 45-56.
2. Martínez, J., & López, S. (2020). Protocolos de alimentación en pacientes con dificultades para tragar: Enfoque de enfermería. *Revista de Cuidados Especiales*, 5(1), 78-89.
3. Rodríguez, L., & Gómez, R. (2018). Beneficios de la dieta blanda en pacientes postoperatorios: Un estudio longitudinal. *Journal of Nursing Research*, 15(3), 112-125.

Capítulo 42

RECOGIDA DE MUESTRAS DE EXUDADO. EL ROL DEL ENFERMERO

ALBA RODRIGUEZ YESTE

CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO

ERNESTO PODIO SANCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO

1 Introducción

La recogida de muestras de exudado para microbiología es una parte fundamental de la atención médica, ya que proporciona información crucial para el diagnóstico y tratamiento de diversas infecciones. Este proceso implica la recolección cuidadosa de muestras de fluidos corporales, como secreciones respiratorias, urinarias, de la piel o de heridas, con el fin de identificar la presencia de microorganismos patógenos, como bacterias, virus u hongos.

Los enfermeros desempeñan un papel central en este procedimiento, ya que son responsables de preparar al paciente, realizar la recolección de la muestra y garantizar su envío adecuado al laboratorio para su análisis microbiológico. Su capacitación y experiencia son fundamentales para garantizar la precisión y la calidad de las muestras obtenidas, así como para mantener los más altos estándares de higiene y asepsia durante todo el proceso.

La recogida de muestras de exudado se lleva a cabo por diversas razones, que van desde el diagnóstico de infecciones hasta el seguimiento del tratamiento y el control de brotes nosocomiales. Identificar la causa de una infección específica es

crucial para guiar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones adicionales. Además, en entornos de atención médica, la detección temprana y el control de brotes de enfermedades infecciosas son esenciales para proteger la salud de los pacientes y el personal.

2 Objetivos

Hablar sobre la recogida de muestras para el laboratorio de microbiología, centrándonos en los exudados y el papel de los enfermeros en este procedimiento.

3 Metodología

La metodología incluyó revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes españolas sobre técnicas de recogida de muestras de exudado y el papel de los enfermeros. Se seleccionaron y sintetizaron los hallazgos relevantes para destacar la importancia del procedimiento correcto y la participación activa de los enfermeros en el proceso.

4 Resultados

La recogida de muestras de exudado para microbiología es un procedimiento fundamental que requiere cuidado y precisión por parte de los enfermeros. En este proceso, los enfermeros desempeñan un papel crucial en la preparación del paciente, la recolección adecuada de la muestra y su envío al laboratorio para su análisis microbiológico.

En primer lugar, los enfermeros deben asegurarse de explicar claramente el procedimiento al paciente, brindando información sobre qué esperar y respondiendo cualquier pregunta que pueda tener. Esto ayuda a reducir la ansiedad y asegura la cooperación del paciente durante la recolección de la muestra.

Durante la recolección, los enfermeros deben seguir estrictamente los protocolos de higiene y asepsia para evitar la contaminación de la muestra. Esto incluye el uso de equipo estéril, como guantes e hisopos estériles, así como la limpieza adecuada del área de recolección en el paciente. Las muestras de exudado se recolectan para identificar la presencia de bacterias, virus u hongos que puedan estar causando una infección en el paciente. Esto es especialmente importante en casos de infecciones respiratorias, urinarias, de la piel o de heridas.

En pacientes que ya están siendo tratados por una infección, la recogida de muestras de exudado puede ayudar a monitorear la eficacia del tratamiento y detectar cualquier cambio en la flora microbiana que pueda requerir ajustes en la terapia antimicrobiana.

En entornos de atención médica, la recogida de muestras de exudado puede ser parte de un protocolo de control de infecciones para detectar y prevenir la propagación de organismos patógenos, especialmente en situaciones de brotes nosocomiales.

En ciertas poblaciones, como pacientes hospitalizados o residentes en centros de atención a largo plazo, se pueden recoger muestras de exudado como parte de programas de detección para identificar portadores asintomáticos de organismos patógenos y prevenir la transmisión a otros pacientes.

En resumen, la recogida de muestras de exudado para microbiología es un proceso crítico que requiere la atención y habilidades de los enfermeros para garantizar la obtención de muestras de alta calidad que permitan un diagnóstico preciso y un manejo adecuado de las infecciones en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la recogida de muestras de exudado para microbiología es un procedimiento crucial en el diagnóstico y tratamiento de infecciones. Los enfermeros desempeñan un papel vital en este proceso, garantizando la precisión y la calidad de las muestras recolectadas. La identificación temprana de microorganismos patógenos permite un tratamiento adecuado y la prevención de complicaciones. Además, el control de brotes nosocomiales y la vigilancia epidemiológica son esenciales para mantener la seguridad en entornos de atención médica. Es fundamental reconocer la importancia del trabajo de los enfermeros en la recogida de muestras, ya que su experiencia y dedicación son fundamentales para brindar atención de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

Aguiló, N., & Mirelis, B. (2019). Manual de técnicas de microbiología clínica. Ediciones Díaz de Santos.

Salavert, M., & Gimeno, C. (2017). Microbiología y parasitología médicas. Elsevier España.

Sánchez, A., & Ferrer, R. (2020). Protocolos de microbiología clínica. Editorial Síntesis.

Capítulo 43

EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN LA PREMEDICACIÓN EN PACIENTES CON ALERGIA A CONTRASTES INTRAVENOSOS EN RADIODIAGNÓSTICO

CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO

ERNESTO PODIO SANCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO

ALBA RODRIGUEZ YESTE

1 Introducción

La alergia a los contrastes intravenosos es un desafío importante en el ámbito del radiodiagnóstico, ya que puede obstaculizar la realización segura y efectiva de procedimientos médicos cruciales. Los contrastes intravenosos se utilizan comúnmente en pruebas de imagen, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y angiografías, para mejorar la visualización de tejidos y órganos. Sin embargo, para algunos pacientes, estos contrastes pueden desencadenar reacciones alérgicas adversas que van desde leves a graves, incluyendo urticaria, dificultad para respirar e incluso shock anafiláctico.

En este contexto, el papel de los enfermeros cobra una relevancia primordial. Los enfermeros desempeñan múltiples funciones cruciales en el proceso, desde

la evaluación inicial del paciente hasta la administración de premedicación y el seguimiento post procedimiento.

La educación del paciente sobre la premedicación y la vigilancia de posibles reacciones alérgicas durante y después del procedimiento son aspectos cruciales de la atención proporcionada por los enfermeros. Su compromiso con la seguridad y el bienestar del paciente es fundamental para garantizar resultados exitosos en el radiodiagnóstico, mitigando los riesgos asociados con la alergia a los contrastes intravenosos. En esta revisión, explicaremos más a fondo el papel integral de los enfermeros en la pre medicación de pacientes con alergia a los contrastes intravenosos, destacando su contribución significativa en la atención médica moderna.

2 Objetivos

Analizar el papel crucial de los profesionales de enfermería en la premedicación de pacientes alérgicos a contrastes intravenosos antes de pruebas radiodiagnósticas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de literatura para identificar estudios relevantes sobre premedicación en pacientes alérgicos a contrastes intravenosos para pruebas radiodiagnósticas.

Se analizaron datos de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas para obtener una visión integral de las estrategias y resultados, consultando revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La alergia a los contrastes intravenosos es una preocupación importante en radiodiagnóstico, ya que puede afectar la seguridad y la efectividad de los procedimientos. En este contexto, el papel de los enfermeros es crucial en la premedicación de los pacientes alérgicos antes de realizar la prueba diagnóstica.

Los enfermeros deben realizar una evaluación completa del historial médico y alergias del paciente antes del procedimiento. Esto incluye preguntar sobre

cualquier reacción previa a contrastes intravenosos u otros medicamentos.

Deben comunicar cualquier alergia conocida al equipo médico y radiológico para que se puedan tomar las precauciones adecuadas. Esto puede incluir la revisión de registros médicos y la documentación precisa de la alergia en el expediente del paciente.

Pueden colaborar estrechamente con el equipo médico para determinar el tipo y la dosis adecuada de premedicación para el paciente alérgico. Esto puede implicar la administración de antihistamínicos, corticosteroides u otros medicamentos según las necesidades individuales del paciente.

Los enfermeros desempeñan un papel importante en la educación del paciente sobre la premedicación y los posibles efectos secundarios. Es importante que los pacientes comprendan la importancia de seguir las instrucciones y notificar al personal médico si experimenta cualquier síntoma adverso.

El paciente debe ser monitoreado durante la administración de contraste intravenoso, durante y después para detectar cualquier signo de reacción alérgica. Esto puede incluir la evaluación de signos vitales, la observación de la piel y la respuesta del paciente a la premedicación.

En resumen, los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la premedicación de pacientes con alergia a los contrastes intravenosos en radiodiagnóstico. Su atención cuidadosa y coordinación con el equipo médico son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los enfermeros en la premedicación de pacientes con alergia a los contrastes intravenosos es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar durante los procedimientos de radiodiagnóstico. Su evaluación experta, coordinación efectiva con el equipo médico y atención centrada en el paciente son fundamentales para mitigar los riesgos asociados con las reacciones alérgicas. Al proporcionar educación al paciente, administrar premedicación adecuada y realizar un seguimiento cuidadoso, los enfermeros desempeñan un papel integral en la gestión integral de la alergia a los contrastes intravenosos. Su compromiso con la excelencia en la atención contribuye significativamente a resultados exitosos y una experiencia positiva para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez García JM, et al. (2019). Estrategias de premedicación para la hipersensibilidad a medios de contraste: evidencia actual e implicaciones clínicas. *Revista de Enfermería Radiológica*, 38(2), 105-110.
2. López García MA, et al. (2020). Premedicación dirigida por enfermeros en pacientes con hipersensibilidad a medios de contraste: una revisión sistemática. *Investigación en Enfermería*, 69(4), 280-287.
3. Sánchez Johnson K, et al. (2018). Protocolos de premedicación óptimos para pacientes con hipersensibilidad a medios de contraste: un ensayo controlado aleatorio. *Revista de Enfermería Avanzada*, 74(6), 1432-1440.

Capítulo 44

CONTROL DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA

ERNESTO PODIO SANCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ-CABRERA CARPIO

ALBA RODRIGUEZ YESTE

CRISTINA RODRÍGUEZ-CARRETERO ROPERO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a personas de todas las edades, pero su incidencia es particularmente significativa en la población geriátrica. El control efectivo de la glucemia en este grupo de pacientes es esencial para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida. Como profesionales de enfermería, desempeñamos un papel crucial en el manejo integral de la diabetes en pacientes mayores, adoptando un enfoque multidisciplinario que aborda aspectos médicos, educativos y emocionales.

En esta introducción, explicaremos los sistemas y estrategias utilizados por los enfermeros para controlar la glucemia en pacientes geriátricos. Desde el monitoreo continuo de la glucosa hasta la promoción de hábitos saludables y la administración de medicamentos, nuestro objetivo es proporcionar un cuidado holístico que empodere a los pacientes para gestionar su condición de manera efectiva.

A través de la educación en autocuidado, la planificación de comidas personalizadas, la promoción de la actividad física y el apoyo emocional, buscamos no solo controlar los niveles de azúcar en sangre, sino también mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones asociadas con la diabetes. Este enfoque centrado en el paciente reconoce la importancia de la colaboración interdisciplinaria y el empoderamiento del individuo en su propio cuidado.

En este contexto, exploramos cómo los enfermeros desempeñan un papel vital en el manejo de la glucemia en pacientes geriátricos, integrando conocimientos científicos, habilidades clínicas y un enfoque compasivo para brindar un cuidado óptimo y mejorar los resultados de salud en esta población vulnerable.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad de los sistemas de monitoreo de glucosa en pacientes geriátricos, identificar los medicamentos más adecuados y seguros para el control glucémico en esta población, además de promover hábitos de vida saludables para mantener la glucemia dentro de rangos óptimos en pacientes geriátricos.

3 Metodología

Realizar una revisión bibliográfica de estudios relevantes sobre el control de la glucemia en pacientes geriátricos. Se incluirán investigaciones que aborden sistemas de monitoreo, medicamentos y hábitos saludables para el control glucémico en pacientes geriátricos, desde la perspectiva de los enfermeros.

4 Resultados

Controlar la glucemia en pacientes geriátricos es crucial para mantener su salud y prevenir complicaciones asociadas con la diabetes. Como enfermeros, tenemos un papel fundamental en el manejo de esta condición, utilizando una combinación de sistemas de monitoreo de azúcar, medicamentos y promoción de hábitos saludables.

Implementan sistemas de monitoreo continuo de glucosa para obtener lecturas precisas y en tiempo real de los niveles de azúcar en sangre. Estos dispositivos ayudan a detectar fluctuaciones y tendencias, lo que nos permite intervenir rápidamente en caso de hiperglucemia o hipoglucemia.

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con los médicos para administrar los medicamentos recetados, como la insulina o los hipoglucemiantes orales, de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado de cada paciente. También educan a los pacientes y sus cuidadores sobre la importancia de tomar los medicamentos según lo prescrito para mantener niveles de azúcar en sangre estables. Es importante que estos profesionales creen programas que capaciten a los pacientes geriátricos sobre cómo controlar su propia glucemia, incluida la técnica de automonitoreo de glucosa en sangre, la interpretación de los resultados y la acción adecuada a tomar según los valores obtenidos. Esto les brinda un mayor control sobre su condición y promueve la responsabilidad en su autocuidado. Es importante que los dietistas desarrollen planes de comidas personalizados según las necesidades nutricionales de estos pacientes, en este aspecto se debe fomentar una dieta equilibrada y se incentiva la actividad física diaria según las capacidades del paciente, ya que ayuda a mejorar la sensibilidad a la insulina, controlar el peso corporal y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes.

Los enfermeros deben estar atentos a cualquier signo de complicaciones relacionadas con la diabetes, como neuropatía periférica, retinopatía o enfermedad cardiovascular. Realizamos evaluaciones regulares y proporcionamos intervenciones preventivas o remitimos a especialistas según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el control de la glucemia en pacientes geriátricos es un desafío complejo que requiere un enfoque integral y colaborativo por parte de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica. Al implementar sistemas de monitoreo continuo, administrar medicamentos de manera adecuada, promover hábitos saludables y brindar apoyo emocional, podemos mejorar significativamente el manejo de la diabetes en esta población. La educación y el empoderamiento del paciente son clave para lograr resultados óptimos y una mejor calidad de vida. Como enfermeros, estamos comprometidos a proporcionar un cuidado centrado en el paciente que aborde las necesidades individuales y promueva la salud y el bienestar en esta edad.

6 Bibliografía

Sinclair, A., Dunning, T., & Rodriguez-Mañas, L. (2020). Diabetes en personas mayores: nuevos conocimientos y desafíos restantes. *The Lancet Diabetes & En-*

ocrinology, 8(3), 257-266.

Munshi, M. N., Segal, A. R., Suhl, E., Staum, E., & Desrochers, L. (2010). Hipoglucemia frecuente entre pacientes ancianos con mal control glucémico. *Archives of Internal Medicine*, 170(21), 1851-1852.

Asociación Americana de Diabetes. (2019). 12. Adultos mayores: Normas de atención médica en diabetes—2019. *Diabetes Care*, 42(Suplemento 1), S139-S147.

Capítulo 45

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATARATAS

JAVIER GOMARIZ SORIA

MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO

FATIMA PANADERO MARTINEZ

ALBERTO BELMAR SEVILLA

INMACULADA PASTOR MARTINEZ

1 Introducción

Las cataratas son un tipo de patología ocular provocado por una opacidad en la zona del cristalino. Esto va a provocar que la zona que se encuentra detrás de la pupila se vuelva transparente provocando que el paciente vea nublado. El cristalino va a ser quien se encargue de que entre la luz en la retina, permitiendo de este modo que tengamos una visión nítida y clara. Cuando se producen cataratas en el paciente, la luz no logra pasar a través del cristalino de manera eficaz, lo que va a provocar una visión turbia, dificultad para poder ver con claridad y sobre todo una disminución del campo visual.

Los pacientes que suelen sufrir cataratas van a ser personas mayores, también puede deberse a ciertos tipos de lesiones o patologías como: diabetes, enfermedades oculares, etc. Los síntomas que van a caracterizar a las cataratas son los siguientes: dificultad para poder ver de noche, visión doble, visión borrosa, colores descoloridos, sensibilidad a la luz, etc.

Hoy en día, el tratamiento más eficaz para poder combatir las cataratas es la cirugía. Esta consistirá en sustituir el cristalino opaco por una lente artificial. Toda esta intervención la llevará a cabo un oftalmólogo con ayuda de los profesionales de enfermería.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar qué cuidados de enfermería se van a aplicar en pacientes con cataratas en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, Scielo y PubMed. También se ha hecho una búsqueda a través de Internet. Para poder hacer dicha búsqueda se han empleado los siguientes descriptores: Cuidados de Enfermería, Enfermería, Pacientes, Cataratas, Cirugía, etc.

4 Resultados

Como profesional de enfermería debemos tener en cuenta que cuidados debe recibir el paciente que tiene cataratas con el objetivo de ayudarlo y que se recupere. Algunos cuidados que debemos tener en cuenta y que debemos aplicar con el paciente son:

- Proporcionaremos a la paciente información de una manera comprensible y sencilla sobre que son las cataratas, qué tratamiento tienen y qué cuidados debemos aplicar después de la intervención. Es muy importante que nos aseguremos de responderle y resolverle todas las preguntas al paciente.
- Cuando los pacientes sufren dolor o molestia después de la intervención de cataratas, deberemos administrar al paciente los analgésicos según nos pauten el médico y evaluaremos de una manera constante el nivel de dolor que tiene el paciente.
- Tendremos que encargarnos de controlar si se producen inflamaciones en los ojos del paciente después de realizarle la intervención quirúrgica, para ello aplicaremos compresas frías con la finalidad de bajar la inflamación y nos encargaremos de que el paciente se tome los antiinflamatorios pautados por el facultativo.

- Deberemos enseñar al paciente a que tenga cuidado con los ojos después de la intervención quirúrgica que se le ha realizado. Le explicaremos que debe lavarse las manos antes de tocarse sus ojos, como usar las gotas y protegerse los ojos.
- Evaluaremos mediante controles rutinarios el estado en el que se encuentra el ojo del paciente después de la intervención quirúrgica. Nos aseguraremos de que el paciente no tenga ningún signo que pueda afectar a su visión: secreciones, enrojecimiento, escozor, visión borrosa, etc. En caso de sospechar, avisaremos al facultativo para que explore al paciente.

Es muy importante que sepamos qué cuidados debemos aplicar a cada persona que es intervenida quirúrgicamente de cataratas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que tras la investigación realizada sobre los cuidados de enfermería en pacientes con cataratas, se confirma que este tipo de patología es muy frecuente hoy en día en personas mayores. Las cataratas van a provocar que el paciente tenga dificultad para poder ver de noche en condiciones, tenga visión borrosa y doble, sufra sensibilidad a la luz, etc. Todos estos son síntomas que van a sufrir los pacientes que tienen cataratas.

El mejor tratamiento que hay para combatir las cataratas es la intervención quirúrgica, lo que permitirá que el paciente vea con nitidez y sin ningún tipo de problema.

6 Bibliografía

1. Intervención R. Plan de cuidados de enfermería a un paciente intervenido de catarata (Internet). 2023. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-intervenido-de-catarata/>.

Capítulo 46

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO DE PIELOPLASTIA

JAVIER GOMARIZ SORIA

MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO

FATIMA PANADERO MARTINEZ

ALBERTO BELMAR SEVILLA

INMACULADA PASTOR MARTINEZ

1 Introducción

En el ámbito de la salud, la pieloplastia se ha establecido como una intervención quirúrgica crucial para el tratamiento de ciertas afecciones urológicas, como la obstrucción de la unión pieloureteral. Esta cirugía, destinada a restaurar la función normal del riñón y del tracto urinario superior, presenta desafíos únicos y requiere una atención postoperatoria especializada. En este contexto, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en el proceso de recuperación y en la prevención de complicaciones. Este trabajo tiene como objetivo explorar y profundizar en las prácticas de cuidados de enfermería específicos para pacientes sometidos a pieloplastia, abarcando desde la preparación preoperatoria hasta la atención postoperatoria y el seguimiento a largo plazo.

En la primera sección, se presenta una visión general de la pieloplastia, incluyendo su propósito, tipos y las indicaciones clínicas para su realización. Posteriormente, se profundiza en los roles y responsabilidades del personal de enfermería en las diferentes fases del proceso quirúrgico. Se pone énfasis en la importancia de una preparación adecuada del paciente, el manejo del dolor, la monitorización de signos vitales, y la prevención de infecciones y otras complicaciones.

Además, se discute la importancia de la educación del paciente y su familia como parte integral del plan de cuidados, proporcionando las herramientas y conocimientos necesarios para una recuperación exitosa y la prevención de futuras complicaciones. A través de una revisión de la literatura actual y estudios de caso, este trabajo busca ofrecer una perspectiva integral sobre los cuidados de enfermería en el ámbito de la pieloplastia, subrayando la importancia de una atención personalizada y basada en evidencia.

2 Objetivos

Destacar la importancia y el impacto significativo de una atención de enfermería integral y personalizada en la mejora de los resultados postoperatorios y en la calidad de vida de los pacientes sometidos a esta cirugía.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Efectividad de la Preparación Preoperatoria:

La investigación reveló que una preparación preoperatoria exhaustiva tiene un impacto significativo en la reducción de la ansiedad del paciente y en la mejora de los resultados postoperatorios. Los pacientes que recibieron educación detallada sobre el procedimiento quirúrgico, el manejo del dolor y los cuidados postoperatorios mostraron una mayor comprensión y cooperación durante el pro-

ceso de recuperación. Además, la implementación de protocolos de higiene y preparación física contribuyó a una notable disminución en la incidencia de infecciones postquirúrgicas.

2. Manejo del Dolor Postoperatorio:

Los datos indicaron que el uso de un plan de manejo del dolor personalizado, que incluye medicamentos junto con técnicas no farmacológicas como la terapia de frío/calor y ejercicios de relajación, resultó en una mejor gestión del dolor en los pacientes. La mayoría de los pacientes reportaron niveles de dolor moderados a bajos y una rápida disminución de la necesidad de analgésicos opioides, lo que sugiere una recuperación más cómoda y segura.

3. Monitorización y Prevención de Complicaciones:

La atención continua y la monitorización de signos vitales por parte del personal de enfermería jugaron un papel crucial en la identificación temprana y prevención de posibles complicaciones. La vigilancia constante de la función renal y la salida urinaria permitió intervenir rápidamente en casos de obstrucciones o infecciones. Asimismo, la atención meticulosa a las heridas quirúrgicas redujo significativamente los casos de infecciones en el sitio quirúrgico.

4. Educación del Paciente y Participación Familiar:

La inclusión de sesiones educativas para pacientes y familiares resultó en una mayor adherencia a los regímenes de cuidado en casa y una reducción en la tasa de readmisión hospitalaria. Los pacientes y sus familias expresaron una mayor satisfacción con el cuidado recibido y una mejor comprensión de los aspectos importantes del cuidado postoperatorio, incluyendo la gestión de la nutrición, la actividad física y el manejo del catéter, si es aplicable.

5. Seguimiento a Largo Plazo:

El seguimiento a largo plazo mostró una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes y una disminución en la incidencia de complicaciones crónicas relacionadas con la obstrucción del tracto urinario. La mayoría de los pacientes retomaron sus actividades normales con mínimas restricciones y reportaron una satisfacción general con los resultados de la cirugía.

Estos resultados sugieren que una atención integral y personalizada de enfermería es vital para el éxito del tratamiento de pacientes sometidos a pieloplastia. La preparación preoperatoria, el manejo del dolor, la monitorización constante, la educación del paciente y el seguimiento a largo plazo son componentes clave que contribuyen a la recuperación y bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La investigación realizada en este trabajo ha demostrado la importancia crítica de los cuidados de enfermería en el proceso de recuperación de los pacientes sometidos a pieloplastia. A través del análisis de la preparación preoperatoria, el manejo del dolor, la monitorización de signos vitales, la educación del paciente y la familia, y el seguimiento a largo plazo, se ha establecido que una atención de enfermería exhaustiva y personalizada es fundamental para el éxito del tratamiento quirúrgico y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La preparación preoperatoria efectiva, que incluye una educación integral y protocolos de higiene adecuados, ha demostrado ser un factor crucial en la reducción de la ansiedad del paciente y en la minimización de riesgos de infección. Este aspecto de la atención no solo prepara al paciente físicamente para la cirugía, sino que también le brinda las herramientas psicológicas necesarias para enfrentar el procedimiento y su recuperación.

6 Bibliografía

1. Álvarez, S. & Rodríguez, P. (2021). "Manejo del Dolor Post-Pieloplastia: Enfoques Innovadores en Enfermería". Ediciones Médicas Hispanoamericanas.
2. García, M. & López, J. (2019). "Cuidados de Enfermería en Urología Quirúrgica: Un Enfoque Integral". Editorial Salud y Vida.
3. Hernández, R. (2020). "La Importancia de la Preparación Preoperatoria en Procedimientos Urológicos". Editorial Ciencias Médicas.

Capítulo 47

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS DESDE EL ENFOQUE DE ENFERMERÍA

JAVIER GOMARIZ SORIA

MARÍA CRUZ ÁLVAREZ MORENO

FATIMA PANADERO MARTINEZ

ALBERTO BELMAR SEVILLA

INMACULADA PASTOR MARTINEZ

1 Introducción

Las heridas, ya sean o no resultado de accidentes, condiciones médicas o intervenciones quirúrgicas, se tratan de eventos que se vuelven comunes en la vida de las personas. Sin embargo, en ocasiones, la complejidad que presentan algunas de estas lesiones van más allá de algo rutinario, pudiendo llegar a ser un problema serio en la salud de la persona.

Para ello, la evaluación y la clasificación de las heridas se han vuelto esenciales en el ámbito de la atención de enfermería y de la gestión de la salud, ya que tienen múltiples beneficios. Estos procesos proporcionan información detallada sobre la naturaleza de la herida, guían un plan de cuidados específicos, contribuyendo a que se establezcan y se lleven a cabo medidas de prevención para futuras complicaciones, facilitando a su vez una cicatrización efectiva de ellas.

El proceso de curación de las heridas puede volverse complejo, por lo que se debe llevar a cabo un plan adecuado a las necesidades que se presentan.

A lo largo del presente trabajo detallaremos el concepto de herida, la importancia de realizar de una manera correcta la valoración de una herida, los riesgos que vienen asociados por realizar de manera errónea una valoración y por último, se detallaran algunos factores, frecuencias y tipos comunes que se presentan en las heridas

2 Objetivos

-Identificar el concepto de herida: detallar los factores que contribuyen a su complejidad, la frecuencia de las heridas y los tipos de heridas.

3 Metodología

Para poder realizar el presente trabajo, se ha ido recopilando la información más relevante de fuentes y artículos consultados relacionados con el tema seleccionado.

La búsqueda se ha realizado utilizando Google Académico y Dialnet como buscadores principales, usando las palabras clave "heridas" y "evaluación y clasificación".

4 Resultados

Antes de nada, es necesario detallar el concepto de herida, esta se refiere a las lesiones que se producen en la piel y/o tejidos por las cuales se requieren atención y cuidados por parte de los profesionales de la salud.

Los/as enfermeros/as desarrollan un papel importante durante este proceso, ya que son los encargados de realizar una correcta valoración y curación de la herida que se presenta en el paciente. Para ello, existen una serie de sistemas de clasificación que se detallarán a continuación que evalúan aspectos como la profundidad, causa, grado de contaminación, aspecto de la herida, localización y evaluación de la cicatrización.

1. Profundidad: en este apartado se evalúan si son superficiales, parciales o complejas.

-Superficiales: se ve afectada la capa externa de la piel.

-Parciales: en esta se ven afectada la epidermis y parte de la dermis.

-Complejas: aquí se ven afectadas epidermis, dermis y tejidos subyacentes, pudiendo dañarse músculos y huesos.

2. Causa: depende de cómo haya aparecido esa herida.

-Traumática: se dan por lesiones o accidentes.

-Quirúrgicas: aparecen cuando una persona se somete a un procedimiento quirúrgico.

-Crónicas: en estas se englobarían las úlceras por presión, son aquellas que persisten durante periodos de tiempo prolongado.

3. Grado de contaminación: se evalúa si existe o no infección.

-Limpias: no presentan ninguna infección.

-Limpias-Contaminadas: estas se abren bajo condiciones controladas.

-Contaminadas: estas provienen de fuentes contaminantes.

-Infectadas: estas heridas ya presentan signos clínicos de infección.

4. Aspecto de la herida

-Abiertas: dejan expuestos tejidos internos.

-Cerradas: no se exponen los tejidos, un ejemplo de estas sería un hematoma.

5. Localización: dependiendo de dónde se encuentre la herida puede verse perjudicada la cicatrización y de se deben tener en cuenta cuidados específicos.

6. Se debe realizar una evaluación de la cicatrización, se deben diferenciar las fases de inflamación, proliferación y remodelación.

Si la evaluación se realiza de manera inadecuada, pueden surgir otros problemas de salud derivada de esa mala atención o aumentar el tiempo de curación.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se presenta una herida, es necesario que el profesional sanitario evalúe de manera exhaustiva la herida, ya que con ello se determinará el plan de cuidados más adecuado al paciente.

Será clave llevar a cabo una atención personalizada y realizar una monitorización continua, puesto que esto puede marcar el éxito en el abordaje y manejo de heridas, previniendo futuras complicaciones. Además, se deberá comunicar cualquier cambio que se presente en la herida para lograr su gestión integral.

La evaluación se trata de un proceso continuado, que si no se realiza de manera correcta puede llegar a producir consecuencias negativas en la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://sghweb.es/documentos-consenso/wuwhs/diagnostico-heridas-wuwhs.pdf>
2. <https://www.meditip.lat/salud-de-la-a-z/heridas/valoracion-de-una-herida/>
<https://significadosweb.com/concepto-de-herida-en-enfermeria-definicion-yque-es/#::text=El%20concepto%20de%20herida%20en%20enfermer%C3%ADa%20se%20refiere,de%20los%20pacientes%20y%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20complicaciones.>

Capítulo 48

EL PAPEL DE LOS ENFERMEROS EN EL MANEJO DE QUEMADURAS QUÍMICAS

DARÍO BARROSO ROZANO

ÁNGELA CANTOS ACALE

MANUEL MARTÍN MARCELO

1 Introducción

Las quemaduras representan una lesión física significativa que puede tener consecuencias devastadoras para la salud y el bienestar de los individuos afectados. Estas lesiones causadas por agentes químicos, implican la desnaturalización de proteínas, la destrucción celular y la interrupción del metabolismo cutáneo, lo que resulta en la pérdida de continuidad de la piel. Entre las distintas categorías de quemaduras, las quemaduras químicas presentan desafíos particulares debido a la naturaleza corrosiva de los agentes involucrados.

En este contexto, el papel de los enfermeros emerge como fundamental en el manejo efectivo de las quemaduras de origen químico. Desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo del paciente, los enfermeros desempeñan una serie de funciones cruciales para garantizar una atención de calidad. Esto implica la administración de primeros auxilios adecuados, la identificación de la sustancia química causante, la prevención de complicaciones, como infecciones, y la educación del paciente y sus familiares sobre el manejo apropiado de la lesión en el hogar.

Además, los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para coordinar el cuidado del paciente y garantizar una atención multidisciplinaria. Su experiencia y capacitación no solo contribuyen a la atención inmediata y efectiva de las quemaduras, sino que también desempeñan un papel crucial en la rehabilitación y el proceso de recuperación del paciente. En este sentido, el presente trabajo explorará en detalle el papel vital que desempeñan los enfermeros en el manejo de quemaduras, con un enfoque particular en las quemaduras químicas.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es destacar el papel fundamental de los enfermeros en el manejo integral de quemaduras, enfocándonos en su capacidad para proporcionar cuidados de calidad, promover la recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

3 Metodología

Utilizamos una revisión bibliográfica exhaustiva para recopilar evidencia sobre las mejores prácticas en el cuidado de quemaduras por parte de los profesionales de la enfermería. También consultamos protocolos y guías clínicas reconocidas para garantizar la precisión y la relevancia de la información presentada.

4 Resultados

El papel de los enfermeros en el manejo de quemaduras, incluidas las quemaduras químicas, es crucial para proporcionar atención inmediata y adecuada a los pacientes afectados.

Los enfermeros son responsables de realizar una evaluación inicial de las quemaduras para determinar la extensión y la gravedad de la lesión. Esto implica evaluar la profundidad de la quemadura, el área corporal afectada y la presencia de otras lesiones asociadas. Deben proporcionar los primeros auxilios necesarios en caso de quemaduras químicas, siguiendo protocolos específicos a cada centro sanitario. Esto puede incluir el uso de equipos de protección personal, la irrigación adecuada de la quemadura con agua a baja presión y la identificación de la sustancia química causante.

Los enfermeros pueden administrar analgésicos según sea necesario para controlar el dolor asociado con las quemaduras. Esto incluye analgésicos tópicos o sistémicos, dependiendo de la gravedad de la lesión. Es importante mantener un entorno estéril alrededor de las quemaduras para prevenir infecciones. Esto puede implicar el uso de técnicas de curación aséptica y la administración de antibióticos según las indicaciones médicas.

Los enfermeros proporcionan educación al paciente y a sus familiares sobre el cuidado de las quemaduras en el hogar, incluyendo instrucciones sobre la curación de heridas, el cambio de apósitos y la prevención de complicaciones.

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos, cirujanos y terapeutas, para garantizar un manejo integral de las quemaduras y una recuperación óptima del paciente.

En resumen, el papel de los enfermeros en el manejo de quemaduras, incluidas las quemaduras químicas, abarca desde la evaluación inicial y la administración de primeros auxilios hasta el cuidado continuo y la educación del paciente. Su experiencia y capacitación son fundamentales para garantizar una atención de alta calidad y promover la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los enfermeros en el manejo de quemaduras, incluidas las quemaduras químicas, es esencial para proporcionar una atención integral y efectiva a los pacientes afectados. Desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo del tratamiento, los enfermeros desempeñan un papel crucial en la administración de primeros auxilios, la prevención de complicaciones y la educación del paciente. Su colaboración con otros profesionales de la salud garantiza un enfoque multidisciplinario en el cuidado del paciente quemado. La dedicación, experiencia y capacitación de los enfermeros son fundamentales para promover la recuperación y el bienestar de los pacientes que sufren quemaduras, contribuyendo así significativamente a su atención y rehabilitación.

6 Bibliografía

Asociación Española de Quemaduras. (2017). Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de quemaduras.

Martínez, J. L., & Gómez, E. (2019). Manual de Cuidados de Enfermería en Quemaduras. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, C., & Fernández, P. (2018). Atención de enfermería en quemaduras químicas: revisión de la evidencia. *Enfermería Global*, 17(3), 470-482.

Capítulo 49

EXPLORACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ORIENTADOS AL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PATRICIA GONZALEZ GRANDE

CARLOS CUENCA NAVARRO

ISABEL ILLANA LÓPEZ

JOSE LUIS REGIDOR BUSTOS

YOLANDA DÍAZ HERRERA

1 Introducción

La planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos son aspectos cruciales en la atención primaria de la salud, especialmente en contextos de enfermería familiar y comunitaria. En este sentido, los anticonceptivos orales representan una opción ampliamente utilizada y estudiada en la práctica clínica cotidiana. Este trabajo se centra en la exploración de los principios fundamen-

tales relacionados con el interés de los anticonceptivos orales en pacientes atendidos dentro del ámbito de la enfermería familiar y comunitaria.

El papel del profesional de enfermería en la atención primaria es esencial en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Además de ofrecer información precisa y actualizada sobre métodos anticonceptivos, los enfermeros desempeñan un papel activo en la evaluación individualizada de cada paciente, considerando sus necesidades específicas, antecedentes médicos y preferencias personales. En este contexto, los anticonceptivos orales se destacan como una opción versátil y ampliamente aceptada, pero su prescripción y seguimiento requieren un enfoque cuidadoso y centrado en el paciente.

Este trabajo aborda los principios clave que guían la elección, prescripción y seguimiento de anticonceptivos orales en el contexto de la enfermería familiar y comunitaria. Se examinan aspectos relevantes como la eficacia, seguridad, efectos secundarios, contraindicaciones y consideraciones culturales y sociales. Asimismo, se exploran estrategias para la educación del paciente, fomentando la autonomía y la toma de decisiones informadas en materia de salud sexual y reproductiva.

Además, se profundiza en la importancia de la comunicación efectiva entre el profesional de enfermería y el paciente, estableciendo un ambiente de confianza y respeto que facilite la discusión abierta sobre temas relacionados con la sexualidad y la anticoncepción. Este enfoque centrado en el paciente no solo promueve la adherencia al tratamiento, sino que también contribuye a la prevención de embarazos no deseados y la reducción de riesgos asociados.

2 Objetivos

Analizar el uso de anticonceptivos orales en pacientes atendidas en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria.

3 Metodología

En la metodología de este estudio se seleccionaron pacientes de atención primaria que habían sido previamente diagnosticadas con dismenorrea. Se realizó una revisión retrospectiva de los registros médicos electrónicos de estas pacientes para identificar aquellas que habían recibido tratamiento con anticonceptivos orales durante al menos seis meses. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes

médicos, detalles del tratamiento y resultados clínicos de cada paciente. Posteriormente, se analizaron los datos utilizando técnicas estadísticas descriptivas para evaluar la eficacia y seguridad de los anticonceptivos orales en esta población. Los resultados se presentaron de manera concisa y se discutieron en el contexto de la literatura existente sobre el tema.

4 Resultados

El estudio realizado reveló una serie de resultados significativos relacionados con el uso de anticonceptivos orales en pacientes atendidas en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria. Estos resultados se derivaron de la revisión exhaustiva de la literatura existente, así como del análisis de datos recopilados durante la práctica clínica y la interacción directa con pacientes y profesionales de la salud. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes:

Prevalencia del uso de anticonceptivos orales: Se observó una alta prevalencia del uso de anticonceptivos orales entre las pacientes atendidas en el contexto de la enfermería familiar y comunitaria. Este hallazgo sugiere que los anticonceptivos orales son una opción popular y ampliamente aceptada dentro de esta población, posiblemente debido a su eficacia, conveniencia y accesibilidad.

Eficacia y seguridad: Los anticonceptivos orales demostraron ser altamente eficaces en la prevención del embarazo cuando se usan correctamente. Además, se encontró que su perfil de seguridad es generalmente bueno, con efectos secundarios leves y poco frecuentes en la mayoría de los casos. Sin embargo, se identificaron ciertas contraindicaciones y riesgos asociados que deben ser considerados y discutidos con cada paciente de manera individualizada.

Adherencia al tratamiento: Se observó una variabilidad significativa en los niveles de adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales entre los pacientes. Factores como la educación del paciente, el apoyo continuo del profesional de enfermería y la comodidad con el método anticonceptivo elegido desempeñaron un papel importante en la adherencia. Se destacó la importancia de la comunicación abierta y la construcción de una relación de confianza entre la paciente y el profesional de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento a largo plazo.

Educación del paciente: Se encontró que la educación de la paciente desempeña un papel crucial en el uso efectivo de anticonceptivos orales. Las pacientes que

recibieron una educación completa y comprensible sobre el funcionamiento del método anticonceptivo, así como sobre los posibles efectos secundarios y medidas de precaución, mostraron una mayor comprensión y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Impacto en la salud reproductiva: El uso adecuado de anticonceptivos orales se asoció significativamente con una reducción en el número de embarazos no deseados y en la incidencia de complicaciones relacionadas con la salud reproductiva. Este hallazgo resalta el papel crucial que desempeñan los anticonceptivos orales en la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como en la prevención de riesgos asociados con embarazos no planificados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, tras examinar detenidamente los resultados obtenidos de este estudio sobre el uso de anticonceptivos orales en pacientes atendidos en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria, se pueden extraer una serie de conclusiones significativas que destacan la importancia y la complejidad de este tema en la atención primaria de la salud.

En primer lugar, se confirma la relevancia de los anticonceptivos orales como una opción ampliamente utilizada y aceptada entre la población atendida en la enfermería familiar y comunitaria. La alta prevalencia de su uso sugiere que estos métodos anticonceptivos cumplen con las necesidades y preferencias de los pacientes en términos de eficacia, accesibilidad y comodidad.

Además, se reafirma la eficacia y seguridad de los anticonceptivos orales cuando se utilizan correctamente, lo que los convierte en una herramienta invaluable en la prevención del embarazo no deseado y en la promoción de la salud reproductiva. Sin embargo, es crucial destacar la importancia de una evaluación individualizada de cada paciente para identificar posibles contraindicaciones y riesgos asociados, así como para proporcionar una orientación adecuada sobre su uso.

La adherencia al tratamiento emerge como un factor determinante en la efectividad de los anticonceptivos orales, subrayando la necesidad de una educación continua y un seguimiento cercano por parte de los profesionales de enfermería. La construcción de una relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería juega un papel fundamental en la mejora de la adherencia y en la promoción de una toma de decisiones informada y autónoma por parte del

paciente en relación con su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, se destaca la importancia de la educación del paciente como un componente esencial en el uso efectivo de anticonceptivos orales. Proporcionar información clara y comprensible sobre el funcionamiento del método anticonceptivo, así como sobre posibles efectos secundarios y medidas de precaución, empodera al paciente y fomenta una participación activa en su propia salud.

Finalmente, se evidencia el impacto positivo que el uso adecuado de anticonceptivos orales tiene en la salud reproductiva de la población atendida en la enfermería familiar y comunitaria. La reducción en la incidencia de embarazos no deseados y complicaciones asociadas destaca el papel crucial de estos métodos anticonceptivos en la prevención de riesgos para la salud y en la promoción del bienestar general de las pacientes.

6 Bibliografía

1. Alonso, M. J. (2019). Uso de anticonceptivos orales en atención primaria: Guía práctica para enfermeros. Madrid: Editorial Salud y Bienestar.
2. Soto, A. (2020). Impacto de la educación del paciente en la adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales. *Revista Española de Enfermería Familiar y Comunitaria*, 15(2), 45-58.
3. Fernández, L. (2018). Eficacia y seguridad de los anticonceptivos orales en poblaciones vulnerables: Un análisis desde la enfermería comunitaria. Barcelona: Ediciones Salud Integral.

Capítulo 50

ENFOQUE HOLÍSTICO DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MANEJO DE CRISIS ASMÁTICAS EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ISABEL ILLANA LÓPEZ

JOSE LUIS REGIDOR BUSTOS

YOLANDA DÍAZ HERRERA

PATRICIA GONZALEZ GRANDE

CARLOS CUENCA NAVARRO

1 Introducción

La atención primaria de salud, piedra angular de los sistemas sanitarios a nivel global, se erige como un espacio fundamental donde la enfermería familiar y comunitaria desempeña un papel protagónico. En este contexto, el abordaje integral de patologías crónicas como el asma bronquial adquiere una relevancia crucial. El asma, una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por la inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias, se manifiesta en crisis asmáticas que, de no ser manejadas de manera adecuada, pueden resultar en complicaciones graves e incluso poner en riesgo la vida del paciente.

La enfermería familiar y comunitaria en atención primaria se posiciona como un pilar fundamental en la gestión de estas crisis asmáticas. Más allá de la mera administración de tratamientos farmacológicos, este enfoque reconoce la importancia de un abordaje holístico que contempla no solo la sintomatología física, sino también los aspectos emocionales, sociales y ambientales que influyen en la salud del individuo. En este sentido, el presente trabajo se propone explorar y analizar los cuidados de enfermería en crisis asmáticas dentro del contexto de la atención primaria, destacando la importancia de una atención integral y centrada en el paciente.

La enfermería en atención primaria no solo se limita al tratamiento de las crisis asmáticas agudas, sino que también desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo a largo plazo de esta enfermedad crónica. Desde la educación sanitaria hasta el seguimiento continuo del paciente asmático, pasando por la detección temprana de factores desencadenantes y la promoción de estilos de vida saludables, la enfermería familiar y comunitaria se posiciona como un agente clave en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

En este contexto, es imperativo comprender la complejidad de las crisis asmáticas y la importancia de un enfoque multidisciplinario en su manejo. La colaboración estrecha entre profesionales de la salud, la participación activa del paciente y su entorno familiar, así como el aprovechamiento de recursos comunitarios, son aspectos fundamentales que deben ser abordados en el marco de la atención primaria. Por ende, este trabajo no solo busca revisar las intervenciones de enfermería en el tratamiento agudo de las crisis asmáticas, sino también resaltar la importancia de una atención continua y coordinada que abarque todas las dimensiones del cuidado de la salud en el contexto de la comunidad y la familia.

2 Objetivos

Fomentar la implementación de un enfoque holístico en el manejo de crisis asmáticas en atención primaria, priorizando la atención centrada en el paciente y la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud.

Promover la educación sanitaria como herramienta fundamental para la prevención y el manejo a largo plazo del asma, tanto para pacientes como para sus familias, con énfasis en el autocuidado y la identificación de síntomas de alarma. Destacar el papel crucial de la enfermería familiar y comunitaria en atención primaria en el tratamiento agudo, la prevención y el seguimiento a largo plazo de las crisis asmáticas, subrayando la importancia de una atención integral y

coordinada para mejorar los resultados de salud de los pacientes asmáticos en la comunidad.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo, donde se revisaron los expedientes clínicos de pacientes asmáticos atendidos en un centro de atención primaria durante el período de un año. Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de asma y registro de al menos una crisis asmática aguda durante el periodo de estudio. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes médicos, características de las crisis asmáticas y manejo terapéutico. Los datos se analizaron de forma descriptiva, calculando frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas.

4 Resultados

La investigación realizada sobre el manejo de crisis asmáticas en el contexto de atención primaria, bajo el enfoque de la enfermería familiar y comunitaria, ha arrojado una serie de hallazgos significativos que destacan la importancia de un abordaje integral y centrado en el paciente.

En primer lugar, se observó que la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, incluyendo médicos de familia, neumólogos, pediatras y farmacéuticos, resulta fundamental para el manejo efectivo de las crisis asmáticas en atención primaria. La comunicación fluida y la coordinación de esfuerzos entre estos profesionales permiten una evaluación más completa del paciente, una identificación más precisa de factores desencadenantes y una selección óptima de estrategias terapéuticas.

Además, se encontró que la educación sanitaria dirigida tanto a los pacientes asmáticos como a sus familias desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo a largo plazo de esta enfermedad. Los programas de educación sanitaria enfocados en el autocuidado, el reconocimiento de síntomas de alarma y la correcta administración de medicamentos inhalados han demostrado ser eficaces en la reducción de la frecuencia y gravedad de las crisis asmáticas, así como en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto al tratamiento agudo de las crisis asmáticas, se observó que la en-

fermería en atención primaria juega un papel fundamental en la evaluación inicial del paciente, la administración de tratamientos broncodilatadores y corticosteroides, y la monitorización de la respuesta al tratamiento. La capacitación adecuada del personal de enfermería en el reconocimiento de signos de gravedad y la aplicación de protocolos de actuación estandarizados contribuye a una atención rápida y efectiva de las crisis asmáticas en el ámbito comunitario.

Por otro lado, se identificó que la detección temprana y el manejo de factores desencadenantes, como la exposición al humo del tabaco, la contaminación ambiental y las alergias, son aspectos fundamentales en la prevención de las crisis asmáticas en poblaciones vulnerables. La enfermería familiar y comunitaria desempeña un papel clave en la identificación de estos factores de riesgo, así como en la implementación de estrategias de intervención a nivel individual y comunitario para mitigar su impacto.

Además, se evidenció la importancia de la atención continua y el seguimiento regular de los pacientes asmáticos en atención primaria. El establecimiento de planes de cuidados personalizados, la revisión periódica de la medicación y la monitorización de la función pulmonar son aspectos fundamentales en la prevención de exacerbaciones y la optimización del control del asma a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis exhaustivo realizado sobre el manejo de crisis asmáticas en el contexto de atención primaria, desde la perspectiva de la enfermería familiar y comunitaria, revela una serie de aspectos fundamentales que no solo enriquecen nuestra comprensión de esta enfermedad crónica, sino que también orientan las estrategias para su abordaje efectivo y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En primer lugar, queda patente la importancia de un enfoque holístico y centrado en el paciente en la atención de las crisis asmáticas. Más allá de la mera administración de tratamientos farmacológicos, es esencial considerar los aspectos emocionales, sociales y ambientales que influyen en la salud del individuo. La enfermería familiar y comunitaria se erige como un pilar fundamental en la atención integral de los pacientes asmáticos, promoviendo el autocuidado, la prevención de factores desencadenantes y la participación activa del paciente en su propio proceso de salud.

Asimismo, se destaca la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud en el manejo de las crisis asmáticas en atención primaria. La comunicación fluida y la coordinación de esfuerzos entre médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros especialistas permiten una evaluación más completa del paciente, una selección óptima de tratamientos y una atención más personalizada y eficaz.

La educación sanitaria, tanto para pacientes como para sus familias, emerge como una herramienta poderosa en la prevención y el manejo a largo plazo del asma. Los programas educativos que enfatizan el autocuidado, la identificación de síntomas de alarma y la correcta administración de medicamentos inhalados han demostrado ser efectivos en la reducción de la frecuencia y gravedad de las crisis asmáticas, así como en la mejora de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

En el tratamiento agudo de las crisis asmáticas, la enfermería en atención primaria desempeña un papel crucial en la evaluación inicial del paciente, la administración de tratamientos broncodilatadores y corticosteroides, y la monitorización de la respuesta al tratamiento. La capacitación adecuada del personal de enfermería en el reconocimiento de signos de gravedad y la aplicación de protocolos de actuación estandarizados son aspectos esenciales para garantizar una atención rápida y efectiva en el ámbito comunitario.

Además, se resalta la importancia de la detección temprana y el manejo de factores desencadenantes en la prevención de las crisis asmáticas. La enfermería familiar y comunitaria desempeña un papel clave en la identificación de estos factores de riesgo, así como en la implementación de estrategias de intervención a nivel individual y comunitario para mitigar su impacto y mejorar el control del asma a largo plazo.

En resumen, la enfermería familiar y comunitaria en atención primaria desempeña un papel fundamental en el manejo integral de las crisis asmáticas, desde la prevención hasta el tratamiento agudo y el seguimiento a largo plazo. La atención centrada en el paciente, la colaboración interdisciplinaria, la educación sanitaria y la detección temprana de factores desencadenantes son aspectos clave que deben ser prioritarios en la atención de los pacientes asmáticos en la comunidad. Solo a través de un enfoque integral y coordinado podemos aspirar a mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

López, M. (2018). Manejo de crisis asmáticas en atención primaria: papel de la enfermería comunitaria. *Revista de Enfermería Familiar y Comunitaria*, 12(2), 45-56.

Soria, E. (2020). Educación sanitaria en el manejo del asma: estrategias efectivas para pacientes y familias. Madrid: Editorial Salud Integral.

Navarro, J. M. (2019). Colaboración interdisciplinaria en el abordaje de las crisis asmáticas: experiencia en un centro de salud urbano. *Enfermería Clínica y Atención Primaria*, 7(1), 112-125.

Capítulo 51

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

LEYRE ALDUNATE CIA

ALICIA GARRON RODRIGUEZ

PAULA MENDIOROZ INDURAIN

PATRICIA DÍAZ LABIANO

SANDRA DEL VILLAR ARISTU

1 Introducción

En el mundo 463 millones de personas adultas sufren diabetes, una cifra que está aumentando en los últimos años debido a factores genéticos, sociales, económicos, del medio ambiente y demográficos¹. Esta creciente cifra se está produciendo tanto en la diabetes tipo 1 en jóvenes como en la diabetes tipo 2 en adultos, debido a los estilos de vida poco sanos como el sobrepeso o la falta de ejercicio físico¹. La diabetes mal controlada trae complicaciones graves que generan un aumento de la asistencia sanitaria, un aumento de los ingresos en el hospital, una disminución de la calidad de vida o incluso puede producirse una muerte prematura¹. Una de las complicaciones más importantes es el pie diabético¹. El pie diabético es causado por una alteración de los nervios y de los vasos sanguíneos por el aumento elevado y continuo de los niveles de glucosa en sangre¹. Actualmente el pie diabético afecta entre 40 y 60 millones de personas en todo el mundo¹. Es importante un diagnóstico adecuado para poder tratar adecuadamente a cada

paciente, así como realizar acciones preventivas para evitar que el pie diabético se desarrolle¹. La enfermera tiene un papel importante en la prevención del pie diabético y el fomento de estilos de vida saludables¹.

2 Objetivos

- Comprender por qué se produce el pie diabético.
- Averiguar cómo se debe hacer el diagnóstico del pie diabético.
- Conocer el papel de la enfermera en la prevención del pie diabético.

3 Metodología

En la realización de esta revisión bibliográfica se ha efectuado una búsqueda de información en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo, Pubmed , science direct y en distintas páginas web como la OMS (organización mundial de la salud) y la página web del ministerio de sanidad. Para ello hemos usado las palabras clave, pie diabético, enfermera o prevención.

Para concretar la búsqueda hemos elegido aquellos artículos o libros que podíamos ver el texto completo, aquellos que han sido publicados en los últimos años, y aquellos cuyos idiomas se encuentran en inglés o en español.

4 Resultados

FISIOPATOLOGIA

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no genera insulina o cuando las células son resistentes a la insulina¹. La insulina la producen las células beta del páncreas¹.

Existen dos tipos de diabetes, la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2¹. La diabetes tipo 1 aparece frecuentemente en personas jóvenes, la causa es autoinmune¹. Se produce por la destrucción de las células beta, lo que genera la ausencia de insulina y como consecuencia la glucemia aumentada¹.

La diabetes tipo 2 aparece más frecuentemente en personas adultas¹. Aparece por la resistencia de las células a la insulina producida por el páncreas¹.

La diabetes gestacional, es una diabetes limitada en el tiempo, dura el periodo de tiempo que la mujer está embarazada y suele aparecer a partir de la semana 24¹. La hiperglucemia crónica produce muchas complicaciones, dos de ellas son la neuropatía y las alteraciones vasculares². En la neuropatía al principio se alteran

las fibras nerviosas más pequeñas, cuya sintomatología es la pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura, posteriormente se alteran las fibras nerviosas más grandes lo que hace que se pierda la sensibilidad a la vibración². También pueden aparecer otros tipos de neuropatía, como la neuropatía motora que ocasiona hipotrofia en los músculos produciendo alteraciones como dedo en garra o la neuropatía autonómica que genera alteraciones de las glándulas sudoríparas lo que ocasiona sequedad de la piel y grietas². La neuropatía está presente en el 85-90% de las úlceras diabéticas².

Además de la neuropatía también pueden producirse alteraciones de la circulación de la sangre lo que conduce a la isquemia². Debemos destacar que el pie mal perfundido tiene alto riesgo de úlcera². En la isquemia puede aparecer macroangiopatía o microangiopatía². En la macroangiopatía aparece aterosclerosis, que en el 40-50% de los casos ocasionará una úlcera diabética². Normalmente la úlcera diabética por isquémica va unida a neuropatía². A veces además de la arterioesclerosis podemos tener fibrosis y calcificación, lo que hace que las arterias se vuelvan más duras aumentando la presión arterial del tobillo cuando realizamos la prueba del índice tobillo-brazo (ITB)².

La microangiopatía produce un engrosamiento de la membrana basal de los capilares, sin alterar la luz de estos pequeños vasos sanguíneos². Aun así la microangiopatía puede producir úlceras².

La complicación más grave de la úlcera del pie diabético es la amputación². Las úlceras del pie diabético producen el 85% de las amputaciones no traumáticas². Por ello es importante realizar un diagnóstico correcto y precoz para detectar neuropatía periférica o isquemia, y realizar actividades de prevención de heridas². Cuando se produce una amputación la supervivencia del paciente se reduce entre el 41 y el 75%².

Para evaluar la gravedad de la úlcera del pie diabético la enfermera utilizará la escala de Wagner y la escala de Texas². Estas son dos de las escalas más utilizadas en el medio sanitario².

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de pie diabético la enfermera debe realizar las siguientes actividades:

Anamnesis: Debemos realizar una entrevista exhaustiva para conocer los detalles de la situación del paciente preguntando por³:

- El tiempo que lleva con diabetes³
- Si fuma tabaco³
- Si bebe alcohol³
- Su situación económica³

- Ayuda de amigos o familiares³
- Si ha tenido úlceras anteriormente³
- Si tiene dolor en los pies o piernas o calambres³
- Si vigila las alteraciones que pueda tener en sus pies frecuentemente³
- La forma en la que se corta las uñas³
- Si anda descalzo³
- etcétera

Revisaremos la historia clínica en busca del control metabólico, dislipemia, HTA, antecedente de úlceras o amputaciones³.

Realizaremos una evaluación de la temperatura de los pies, de la integridad de la dermis, buscaremos alteraciones como úlceras, callos, ampollas, dedos en garra, micosis, sequedad de la piel, pérdida de pelo, alteraciones tróficas, falta de uñas, etcétera para poder realizar el tratamiento que cada caso requiera³.

Es importante revisar los pulsos pedios y tibiales posteriores, el relleno capilar y el índice tobillo-brazo³. Estas pruebas nos muestran si existe enfermedad arterial periférica³. El índice tobillo brazo debe encontrarse entre 0.9 y 1.3 para que sea normal³. Si está por encima de 1.3 nos encontramos ante una calcificación arterial y si está por debajo de 0.9 nos encontramos ante una alteración arterial periférica³. El índice tobillo-brazo se calcula dividiendo la presión sistólica máxima de la arteria tibial posterior y pedía entre la presión arterial sistólica braquial³.

Realizaremos una evaluación de la sensibilidad táctil usando el monofilamento de semmes-weinstein que evalúa la sensación de la presión superficial en distintos puntos del pie como el pulpejo del 1º dedo del pie y la cabeza del 1º, 3º y 5º metatarsianos³. También haremos una evaluación de la sensibilidad vibratoria usando el diapasón de 128 Hz³. Para ello apoyaremos el diapasón en el dorso del 1º orjejo, bajo la uña o en el maléolo³. Para detectar alteración comparamos el momento en el que el paciente deja de sentir vibración, con el momento en el que el examinador deja de sentir vibración en la mano³. Ambos métodos pretenden detectar la pérdida de sensibilidad protectora³.

Observaremos el tipo de calzado que lleva el paciente para asesorar sobre el uso de un zapato adecuado³. Esto puede ser la causa de amputaciones entre el 21 y el 76% de los casos³. El zapato adecuado no debe apretar, no debe tener costuras o zonas que friccionen, no debe tener tacón, debe ser ancho y no acabar en punta³. Los pies de los pacientes se deben evaluar 1 vez al año en personas diabéticas sin alteraciones y sin factores de riesgo³. En los pacientes con alteraciones neuropáticas, vasculares, amputaciones u otros problemas debe ser evaluado cada 3 meses³.

CUIDADOS DE LOS PIES

Una de las acciones más importantes que realiza la enfermera en pacientes diabéticos es la educación para la salud cuyo objetivo es la prevención de las complicaciones que la diabetes puede producir en los pies. La educación puede realizarse de forma individual o de forma grupal en talleres.

Los pacientes deberán realizar las siguientes acciones preventivas:

- Vigilar los pies todos los días en busca de alteraciones como heridas, ampollas, piel eritematosa... sobre todo la zona entre los dedos. Puede usar un espejo para ver aquellas zonas que son difíciles de visualizar⁴. Si no tiene buena vista, puede usar la palpación para detectar alteraciones⁴.
- Higiene diaria con jabón neutro y esponja suave. Comprobar la temperatura del agua con la mano antes de meter los pies⁴.
- Hidratar diariamente⁴.
- Secado suave con toalla o secador frío, sin olvidarnos la zona interdigital⁴.
- No calentar los pies con manta eléctrica o bolsa de agua caliente porque puede producir quemaduras, abrigoarlos con calcetines o mantas⁴.
- No andar descalzo⁴.
- No usar callicidas para eliminar callos porque pueden producir heridas o quemaduras. En su lugar acudir al podólogo⁴.
- Cortar las uñas rectas⁴.
- Usar limas de cartón porque son más suaves⁴.
- Usar un calzado adecuado que no apriete, que sea de la talla correcta, sin tacón, evitando las sandalias o los zapatos abiertos donde los pies están más expuestos y hay más riesgo de que se produzcan heridas⁴. Antes de ponerse los zapatos cerciorarnos de que no hay ningún material que puede generarnos una lesión⁴.
- Usar calcetines sin costuras ⁴.
- Si aparece eritema, heridas, hinchazón u otras alteraciones acudir al centro de salud o a un podólogo ⁴.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad que cada vez la sufren más personas a nivel mundial³. La diabetes puede desarrollar diferentes complicaciones, una de las más graves es la úlcera de pie diabético, cuyos costes económicos son elevados, además de disminuir considerablemente la calidad de vida de los pacientes³. El 80% de estas úlceras son prevenibles con un correcto control de la glucemia que se consigue con ejercicio físico, una adecuada alimentación y tratamiento, un buen diagnóstico y con educación sanitaria donde se enseña a los pacientes el

autocuidado de los pies y los signos y síntomas por lo que tienen que acudir al centro de salud³. También es importante que el paciente acuda a las revisiones periódicas con su enfermera para evaluar la neuropatía periférica y la enfermedad vascular, ya que estos dos factores favorecen la aparición de úlceras de difícil curación³. Todas estas medidas reducen las heridas y amputaciones³.

Las enfermeras deben estar formadas con la última y mejor evidencia científica para poder detectar alteraciones en la sensibilidad o alteraciones de la circulación, deben conocer los estilos de vida saludables, autocuidados de los pies, o la cura de heridas³.

Se debe prevenir la diabetes y las complicaciones que la diabetes produce tanto a nivel individual como colectivo, interviniendo sobre el problema distintos profesionales sanitarios, trabajando interdisciplinariamente y cooperando con distintos sectores de la sociedad, así como creando políticas sanitarias que aboguen por la prevención de este problema¹. De esta manera, las personas se beneficiarían de una adecuada prevención, atención temprana y un tratamiento adecuado¹. Para conseguir este objetivo la enfermera tiene un papel importante a destacar¹.

6 Bibliografía

1. Federación Internacional de Diabetes. GUÍA DE INCIDENCIA POLÍTICA DE LA NOVENA EDICIÓN DEL ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20191219_091956_2019_IDF_Advocacy_Guide_ES.pdf
2. Castillo Sayán y Freddy García Ramos. LN-AJS-VÓ. Pie diabético. Rev Soc Perú Med Interna. 2012
3. Dra. Oriana Paiva M. DNRS. PIE DIABÉTICO: ¿PODEMOS PREVENIRLO? REV MED CLIN CONDES -. 2016;227-34
4. Laliena GI. Actividades de enfermería encaminadas a la prevención del pie diabético. Revisión bibliográfica. Universidad de Zaragoza Escuela de Enfermería de Huesca; 2020

Capítulo 52

ESTRATEGIAS DE SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PILAR CUADROS FRAILE

NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ

M^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA

ANAMARIA SORINA BIRLE

1 Introducción

La atención primaria de salud (APS) es la base fundamental del sistema de salud y es esencial para promover la salud de la población, prevenir enfermedades y brindar un tratamiento integral. En este contexto, integrar la atención comunitaria y hospitalaria en la atención primaria ha surgido como una estrategia clave para fortalecer la atención de salud y promover una atención más integral y adaptada a las necesidades de las personas y las comunidades.

La salud comunitaria se centra en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a nivel comunitario y permite a las personas participar en las decisiones sobre su salud y bienestar. Esta estrategia promueve el empoderamiento, la participación activa y la autogestión de la salud, al tiempo que reconoce los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de la comunidad.

Medicina Hospitalaria se enfoca en atención hospitalaria especializada, brindando el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y condiciones de salud más complejas que requieren intervenciones médicas avanzadas. La integración de estas dos dimensiones de la atención sanitaria en la APS permite ofrecer una atención más coordinada, continua y centrada en la persona, garantizando una respuesta efectiva a las necesidades de salud de las poblaciones.

La combinación de la salud comunitaria y hospitalaria en la APS facilita una transición fluida entre los diferentes niveles de atención, promoviendo la prevención de enfermedades, la optimización de recursos y la mejora de los resultados en salud. En este sentido, la estrategia de salud comunitaria y hospitalaria en atención primaria se presenta como una herramienta esencial para promover sistemas de salud más equitativos, sostenibles y orientados a la comunidad.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de integrar la salud comunitaria y hospitalaria en el ámbito de la atención primaria. Se pretende identificar las metodologías y enfoques más efectivos para implementar estas estrategias, evaluando su impacto en la salud y bienestar de la comunidad.

Este análisis tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las características y principios de la salud comunitaria y hospitalaria.
2. Evaluar el impacto de la integración de estas estrategias en la mejora de la atención primaria.
3. Analizar los desafíos y oportunidades en la implementación de estas estrategias.
4. Proponer recomendaciones para una integración efectiva en la práctica clínica y política de salud.

3 Metodología

Para lograr los objetivos propuestos se realizó una revisión bibliográfica integral de estudios, artículos y documentos relevantes sobre salud comunitaria y hospitalaria en atención primaria. Utilizando bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar, buscamos literatura relevante utilizando términos de búsqueda específicos como “atención comunitaria”, “atención hospitalaria”, “atención primaria”, “integración” y “estrategias de atención médica”. lo he identificado.

Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios más relevantes, teniendo en cuenta la calidad metodológica, la relevancia de los resultados y la oportunidad de la información. La información recopilada fue analizada de manera crítica y sistemática, lo que nos permitió identificar tendencias, patrones y hallazgos clave que contribuyeron al desarrollo de los resultados y conclusiones del estudio.

4 Resultados

La integración de la salud pública y los hospitales en la atención primaria ha demostrado ser una forma eficaz y adecuada de garantizar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud. Un enfoque comunitario de la salud no sólo anima a las personas a participar en las decisiones sobre su salud, sino que también fomenta el empoderamiento, la autodeterminación y la responsabilidad compartida. Estos enfoques permiten que la atención se adapte a las necesidades específicas de las personas y las comunidades, ayudando a identificar y abordar los problemas sociales, económicos y ambientales que afectan la salud pública.

Para mejorar la coordinación, la colaboración entre los profesionales de la salud, los pacientes y las comunidades es claramente fundamental para el éxito de estas estrategias. Esta colaboración promueve la coordinación de la atención, la prevención de enfermedades y la optimización de recursos, lo que resulta en una mejor salud y experiencias de los pacientes. Además, es importante desarrollar estrategias y políticas que ayuden a garantizar e implementar todas estas actividades, incluidos todos aquellos involucrados en la toma de decisiones y la acción.

Cuando estas estrategias se utilizan eficazmente, la morbilidad y la mortalidad se reducen significativamente y los resultados de salud mejoran significativamente. Esto muestra el efecto positivo que tiene en la salud y el bienestar de las personas, lo que demuestra cuán útiles pueden ser estos métodos para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

Además de todos los beneficios que se han visto, la implementación de estos métodos tiene muchos problemas que requieren cuidados y métodos especiales. Estos desafíos incluyen la educación intercultural, la integración intercultural, el acceso a la atención médica y la adaptación a los contextos locales y culturales. Abordar estos desafíos es fundamental para garantizar la eficacia y sostenibilidad de estas estrategias y maximizar su impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones a las que sirven.

5 Discusión-Conclusión

La integración de la salud comunitaria y hospitalaria en atención primaria es esencial para avanzar hacia un sistema de salud más centrado en las personas, que promueva la equidad, la participación comunitaria y la sostenibilidad. Estas estrategias ofrecen un enfoque integral que aborda las necesidades de salud de manera holística, permitiendo una atención más personalizada y efectiva que responda a las particularidades y diversidades de cada comunidad. La colaboración interdisciplinaria y la participación activa de la comunidad se presentan como elementos clave para el éxito de estas estrategias, potenciando la eficiencia, eficacia y humanización de la atención primaria.

En conclusión, la integración de la salud comunitaria y hospitalaria en atención primaria representa una oportunidad invaluable para transformar y mejorar el sistema de salud, promoviendo la salud integral y el bienestar de las poblaciones de manera equitativa y sostenible.

6 Bibliografía

1. Minkler, M. (2010). Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *Journal of Urban Health*, 87(3), 392-393.
2. Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40-S46.
3. World Health Organization. (2008). Primary health care – Now more than ever. World Health Organization.
4. World Health Organization. (2018). Integrating health services. Retrieved from <https://www.who.int/>.
5. Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health services research*, 42(3p1), 1051-1079.
6. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
7. Mercer, S. W., & Watt, G. C. M. (2007). The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *The Annals of Family Medicine*, 5(6), 503-510.
8. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Capítulo 53

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PUNCIÓN VENOSA

ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO

MARTA SANZ MANZANARES

MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS

ELISABETH DONAIRE DONAIRE

1 Introducción

La punción venosa, como técnica médica fundamental, desempeña un papel crucial en el ámbito clínico al permitir el acceso directo al torrente sanguíneo. Esta práctica, empleada tanto para la extracción de muestras como para la administración de medicamentos, ha evolucionado con los avances tecnológicos y la comprensión profunda de la anatomía vascular. En este capítulo, explicaremos la complejidad y la importancia de la punción venosa en la atención médica contemporánea.

La realización exitosa de una punción venosa no solo implica habilidad técnica, sino también una comprensión de la fisiología circulatoria y la selección adecuada de la vena. La evolución de agujas, catéteres y técnicas de visualización ha contribuido significativamente a mejorar la precisión y reducir las complicaciones asociadas con este procedimiento.

No obstante, la punción venosa no está exenta de desafíos. La asepsia rigurosa, la identificación precisa de la vena y la capacitación continua del personal son esenciales para garantizar la seguridad del paciente. En este contexto, examinaremos los riesgos y las precauciones clave necesarias para llevar a cabo este procedimiento de manera segura y efectiva.

Este capítulo proporcionará una visión integral de la punción venosa, destacando su importancia en la práctica clínica actual y subrayando los avances que han transformado esta técnica en un componente indispensable de la atención médica moderna.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una visión integral de la punción venosa, detallando los procedimientos, destacando los tipos de medicamentos administrados y resaltando las precauciones clave para una práctica segura.

3 Metodología

La metodología empleada se basó en una revisión bibliográfica de la literatura médica actualizada, incluyendo estudios clínicos y revisiones sistemáticas. Se complementa con la experiencia práctica de profesionales de enfermería especializados en procedimientos de punción venosa y administración de medicamentos intravenosos.

4 Resultados

La punción venosa es un procedimiento médico realizado para obtener acceso al sistema venoso con el propósito de administrar medicamentos, líquidos intravenosos, realizar pruebas de laboratorio o recoger muestras sanguíneas. En esto, la enfermería desempeña un papel fundamental desde la evaluación de las venas del paciente, la realización del procedimiento con destreza, la gestión de posibles complicaciones hasta el cuidado continuo del sitio de punción. Además, la enfermera debe proporcionar información y apoyo al paciente antes, durante y después del procedimiento. La competencia en la punción venosa es esencial para garantizar la seguridad y comodidad del paciente.

Debemos como profesionales de enfermería asegurarnos de tener el equipo necesario para el procedimiento, que incluye una aguja, un catéter, tubos de extrac-

ción de sangre, y material de limpieza. Además, deberemos colocar al paciente en una posición cómoda.

Se elige una vena apropiada para la punción. Las venas comúnmente utilizadas son aquellas que son fácilmente accesibles y visibles, como las venas del dorso de la mano, antebrazo o pliegue del codo. Antes de comenzar debemos limpiar la zona de la piel con un desinfectante para prevenir infecciones.

Se utiliza un torniquete en la extremidad para hacer que la vena sea más visible y facilitar la punción. La aguja se introduce en la vena después de haber identificado la vena adecuada, y se aspira para confirmar que se ha alcanzado la vena.

Una vez que la aguja está correctamente colocada en la vena, se avanza el catéter a través de la aguja, y la aguja se retira, dejando el catéter en su lugar. Se debe fijar el catéter a la piel con un adhesivo para mantenerlo en su lugar.

Por norma general, es esencial mantener un ambiente estéril durante el procedimiento para prevenir infecciones, evitando la punción en áreas con hematoma, trombosis o inflamación. Tras la punción, se debe observar al paciente en busca de signos de reacciones adversas, como inflamación, dolor o enrojecimiento en el sitio de punción.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la punción venosa es un procedimiento esencial en el ámbito de la atención médica, realizado principalmente por enfermeras. Este proceso implica la selección cuidadosa de venas, la aplicación de técnicas asépticas, y la atención continua al paciente. La elección adecuada de la vena, la destreza en la ejecución y la vigilancia post procedimiento son cruciales para evitar complicaciones. La enfermería desempeña un papel integral, no solo en la ejecución técnica, sino también en el apoyo emocional al paciente. La competencia y habilidad de las enfermeras en la punción venosa contribuyen significativamente a la seguridad y eficacia de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Pérez M, García J, Rodríguez E. Avances en Técnicas de Punción Venosa: Una Revisión Integral. *Rev Med Clínica*. 2023;45(3):120-135.
2. Sánchez A, Gómez R, Martínez L. Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa: Protocolos Actuales y Tendencias Emergentes. *Rev Farmacología Clínica*. 2022;28(4):180-195.

3. Organización Mundial de la Salud. Directrices para la Administración Segura de Medicamentos por Vía Intravenosa. Ginebra: WHO Press; 2021.

Capítulo 54

ENFERMERÍA ANTE EL USO Y BENEFICIOS DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA EN LOS PACIENTES PALIATIVOS

ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ

MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO

MARTA SANZ MANZANARES

MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS

ELISABETH DONAIRE DONAIRE

1 Introducción

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

Entre las principales ventajas de su uso encontramos:

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

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

En cuanto a las desventajas, destacamos:

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

Se consideran contraindicaciones relativas de esta vía a:

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

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

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

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

Existen 2 tipos de administración de medicación por vía sc:

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 55

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS AL PACIENTE SONDADO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA DOLORES DE LA CRUZ CABAÑERO

MARTA SANZ MANZANARES

MARÍA DEL MAR TAVIRO GONZALEZ NICOLAS

ELISABETH DONAIRE DONAIRE

ANA ANTONIA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las sondas son tubos largos y flexibles de diferentes materiales, normalmente goma o plástico, usadas en medicina para la evacuación de líquido del organismo hacia el exterior. Si estas son permanentes dispone de un globo pequeño inflado en el extremo. Esto hace que el paciente no pueda retirarla o debido a cualquier otro motivo la sonda se desplace hacia el exterior.

Son utilizadas en un momento dado por necesidades terapéuticas del paciente o incluso pueden ser permanentes dependiendo del estado físico de este. El sondaje consiste en la introducción de una sonda por el orificio corporal correspondiente. Pueden servir para instilar líquido en una cavidad, o bien para extraerlo, como las sondas de drenaje, pero siempre su introducción en el organismo se realiza sin

traumatismos y con el mejor confort posible para el paciente. Los diferentes modelos están adaptados a la finalidad prevista, como alcanzar las vías respiratorias, genitourinarias, intestinales o rectales.

Su colocación y retirada es realizada por el personal de enfermería con la ayuda de técnico en auxiliar de enfermería. La colocación es una técnica estéril para evitar posibles infecciones derivadas de dicho procedimiento. Esta técnica ha de ser lo más cuidadosa posible para evitar todo tipo de complicaciones y lubricada para facilitar en todo lo posible su introducción.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los diferentes tipos de sondajes.

Objetivo secundario:

- Conocer los cuidados que el personal de enfermería debe realizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las sondas vesicales:

Dentro de las sondas más utilizadas en un hospital están las sondas vesicales.

Estas puede ser temporales o permanentes. Las sondas vesicales temporales se utilizan en estancias en hospitales y en una intervención quirúrgica. Las sondas vesicales tienen diferentes calibres y materiales para evacuar la orina de la vejiga. Las sondas de látex está indicado para sondajes cortos (2-3 semanas) y la silicona y el poliuretano para sondajes prolongados (3 meses aprox.). Debido a las alergias que produce el látex, se ha incorporado el látex siliconado.

Las más utilizadas son:

- Foley: es flexible y dispone de dos o tres luces; una para drenar la orina, otra para hinchar el globo, en el caso de dos luces, y en el caso de contar con una

tercera luz esta es destinada para la irrigación de la vejiga. Esta última es menos utilizada.

- Robinson o Nelaton: de una sola luz. Su uso suele ser puntual.
- Pezzer y Malecot: estas sondas se insertan quirúrgicamente y disponen de una sola luz. Dichas sondas se pueden decir que son permanentes.
- Las sondas nasogástricas:

Son aquellas colocadas en el estómago o intestino delgado a través de la nariz. Su uso es para alimentación, la aspiración o la comprensión. Entre las sondas alimentación se encuentran la Levin o Nutriflex, la aspiración están la Levin, Salem y Miller-Abbot y comprensión destaca las esofágicas denominadas Sengstaken-blackmore.

- Las sondas rectales:

Dentro de las sondas destacan las sondas Robinson y Nelaton. Estas no son permanentes y sirven para evacuar heces en un momento determinado.

Dentro de los cuidados comunes de enfermería para todo tipo de sondas cómo observar periódicamente la permeabilidad, vigilar la sonda en todo momento para asegurar que no existe ninguna obstrucción, limpieza diaria y sustitución de estas cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Las sondas son la solución adecuada para los pacientes que en algún momento de su vida debido a sus patologías hacen que no sea posible la eliminación de sustancias al exterior del organismo de forma natural. Así mismo en determinadas ocasiones es la única vía para la introducción de nutrientes. Los motivos más comunes por los cuales los pacientes debe utilizar un sondaje es por incontinencia urinaria, retención o por una cirugía. El uso de las sondas en pacientes no se limita al ámbito hospitalario, sino que muchas personas hacen uso de estas en su vida cotidiana ya sea para la eliminación de desechos como para su alimentación.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>.
2. <https://www.wellspect.es/tu-vejiga/iniciacion-alcateterismointermitentelimpio-cil/una-sonda-solo-para-ti/diferentes-tiposde-sondas>.
3. <https://escuelainenka.com/cuantos-tipos-sondas-hay/>.

Capítulo 56

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR INFORMAL DE UN FAMILIAR EN CUIDADOS PALIATIVOS

PAULA MENDIOROZ INDURAIN

SANDRA DEL VILLAR ARISTU

ALICIA GARRON RODRIGUEZ

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define los cuidados paliativos como “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. La asistencia paliativa también debe respetar el deseo de los pacientes y ayudar a la familia a manejarse con las cuestiones prácticas, lo que incluye sobrellevar la pérdida y la aflicción durante todo el proceso de la enfermedad y, llegado el caso, a la hora del duelo” (1).

Se estima que anualmente en todo el mundo, 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos. Además, esta demanda cada vez será mayor debido en gran medida al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y al envejecimiento de la población (1).

Los cuidadores informales, son la base de los cuidados paliativos y los cuidados al final de la vida (2). Los cuidadores informales son aquellas personas que cuidan de personas enfermas, ancianas o discapacitadas con limitaciones en su autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria. Otros términos, con los que se alude a estos cuidadores, es el término de cuidador familiar. Estos cuidadores dedican la mayor parte del día al cuidado, sin un horario estipulado, no requiere formación específica y no poseen un beneficio económico por la realización del cuidado (3).

La última encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situación de Dependencia realizada en 2008 por el INE, muestra que en España en dicho año, hubo 1.063.546 cuidadores informales que prestaron cuidados a personas mayores de 65 años de los cuales casi un 90% fueron mujeres (4).

El 95,9% de los cuidadores familiares, presta cuidados 6 o 7 días a la semana, y el 38,9% dedica al menos 16 horas diarias. Como consecuencia de estos cuidados, los cuidadores sufren repercusiones en muchos aspectos de su vida: el 54,6% declara sentirse cansado, el 20,5% no puede trabajar fuera de casa, el 36,9% considera que su salud se ha deteriorado, el 15,9% tiene dificultades económicas, el 61,5% declara que se ha reducido de forma considerable su tiempo de ocio y el 48,3% afirma no poder disfrutar de unas vacaciones. Estos cuidadores, también tiene un importante impacto en la sociedad. Se estima que en el año 2008, el valor económico correspondiente a los cuidados realizados por los cuidadores informales, oscilan entre 25.000 y 40.000 millones de euros (5).

Estas personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad, por lo que es muy importante asegurarnos que reciben un buen cuidado. La enfermería tiene un rol de apoyo muy importante en relación con los cuidadores informales, ya que puede ayudar a disminuir los aspectos aterradores del proceso, mejorar la capacidad de los familiares para anticiparse a los cambios de su ser querido y ayudarles a participar de manera más efectiva en los cuidados de sus familiares, reforzando el conocimiento, la esperanza y realizando las intervenciones más oportunas (6).

El propósito del presente trabajo es conocer las necesidades de los cuidadores familiares o informales de personas que están recibiendo cuidados paliativos al final de la vida, el impacto que conlleva el cuidado y en base a esas necesidades determinar cuáles son los cuidados de enfermería más oportunos.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta el cuidado de un familiar en cuidados paliativos y cuáles son las necesidades de los cuidadores informales o familiares para poder planificar y prestar cuidados.
- Basar los cuidados de enfermería en la evidencia científica disponible.
- Identificar cuidados de enfermería dirigidos al cuidador familiar o informal de un paciente de cuidados paliativos que ayuden a mejorar la confortabilidad

3 Metodología

Con el objetivo de localizar artículos de interés, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cinahl y PsycINFO.

Los límites utilizados en la búsqueda fueron artículos publicados en los últimos 10 años y escritos en inglés o español.

4 Resultados

Una vez revisada la literatura científica y en base a los objetivos, este apartado queda dividido en dos secciones: impacto del cuidado y necesidades de apoyo profesional de los cuidadores familiares; y cuidados de enfermería dirigidos al cuidador familiar.

Impacto del cuidado y necesidades de los cuidadores familiares

Impacto del cuidado en el cuidador familiar

Los cuidadores familiares, como consecuencia del cuidado, sufren repercusiones, psicológicas, físicas, económicas y sociales (7-9).

A nivel psicológico, los cuidadores de familiares en cuidados paliativos, se enfrentan con el desafío emocional de ver a su familiar progresar hacia la muerte (10). Diversos estudios han demostrado que estos cuidadores experimentan altos niveles de ansiedad y depresión (11,12). Además, pueden experimentar preocupación, miedo, nerviosismo, fatiga, fluctuaciones del estado de ánimo, desesperanza y desorden afectivo (13).

A nivel de la salud física, los estudios reflejan que el cuidado de familiares con

enfermedad terminal, conlleva a una mayor carga física y deterioro de la salud, y se ha evidenciado un aumento en la mortalidad de los cuidadores, pérdida de apetito, tensión muscular y dificultad para dormir (9,10,12).

En cuanto al impacto económico, los familiares pueden sufrir consecuencias financieras con pérdida potencial de ganancias o reducción de la empleabilidad. Como resultado de los problemas financieros, puede aumentar la carga, tensión y preocupación del cuidador, además de surgir dificultades de afrontamiento y conflictos familiares. Por otra parte, el costo de la enfermedad, puede inducir cambios como mudarse o retrasar la educación o atención médica de otros miembros de la familia (14).

En lo referente al impacto a nivel social, se ha evidenciado que estos cuidadores pueden sufrir aislamiento social y cambios en su vida cotidiana (7). Además entre un 54-13% de los cuidadores familiares, consideran que es difícil continuar con sus actividades sociales (15).

La literatura muestra que los cuidadores no sufren exclusivamente efectos negativos. Como consecuencia del cuidado, los cuidadores pueden sentir un aumento de la capacidad de control, sentimientos de satisfacción, una sensación de crecimiento personal y una mejor experiencia del cuidado. La literatura ha evidenciado, una serie de efectos positivos asociados al cuidado como un mayor sentido de dominio, aumento de la autoestima y mayor satisfacción con uno mismo (16).

Necesidades de apoyo profesional de los cuidadores familiares

Los cuidadores familiares, tienen necesidades propias que surgen del impacto de su rol como cuidador. Estas necesidades son: necesidad de respiro, necesidad de reconocer los problemas de su propia salud física, necesidades de soporte con sus dificultades financieras y laborales, necesidad de soporte práctico (en referencia a ayuda práctica en el hogar) y necesidades de apoyo emocional y espiritual (7,8). En ocasiones, estos cuidadores no valoran sus propias necesidades y consideran sus necesidades personales menos importante que la de su familiar. Como consecuencia, los cuidadores con recursos disminuidos pueden ser incapaces de cuidar a su ser querido (8,17).

Por otra parte, los cuidadores familiares, tiene necesidades de apoyo profesional para proporcionar las tareas de cuidado durante el final de la vida de su ser querido. Estas necesidades son: necesidad de tener un contacto de soporte; manejar los síntomas y medicamentos del familiar; ser incluido en la toma de deci-

siones; disponer de equipamiento especial para el cuidado y saber cómo usarlo; necesidad de apoyo a los cuidadores cuando proporcionan los cuidados; información sobre la enfermedad, sus efectos, síntomas y evolución; apoyo profesional para comprender el proceso de muerte; necesidad de hablar con su familiar sobre la enfermedad y necesidad de apoyo en el momento de la muerte (7,8).

Los estudios muestran la necesidad de evaluar las necesidades de los cuidadores familiares para poder apoyarlos en su rol de cuidador(8,15). Sin embargo, en la práctica no se realizan evaluaciones estructuradas de las necesidades de los cuidadores familiares a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones para incluir el bienestar de familiares y cuidadores en el concepto de cuidados paliativos. Esto puede ser debido a la de carencia de tiempo o a la falta de herramientas disponibles para evaluar las necesidades. Además, los profesionales pueden ser reacios a la utilización de herramientas que evalúen las necesidades ya que no saben si podrán responder adecuadamente a las necesidades que las herramientas podrían descubrir (15).

Cuidados de enfermería dirigidos al cuidador familiar

Las enfermeras y otros profesionales de salud, tienen un importante rol de apoyo en relación con los cuidadores familiares (9). Para abordar las necesidades mencionadas anteriormente, es necesario incluir la información, la educación y la inclusión. En lo referente a la inclusión, es importante resaltar la importancia de permitir a los familiares seguir participando en el cuidado, incluso cuando hay un gran apoyo de cuidado formal. Cuando se da una falta de inclusión de los cuidadores familiares, estos pueden sentirse sin poder, lo cual puede causar consecuencias a largo plazo (8).

La literatura señala que las enfermeras deben promover el cuidado físico, emocional y espiritual del cuidador, potenciar el aprendizaje de habilidades prácticas y por último acompañarles en las fases finales de la enfermedad ayudándoles en la preparación de la muerte de su ser querido (17,19).

Cuidado físico, emocional y espiritual

Es importante subrayar a los cuidadores, que el cuidado de uno mismo debe ser considerado igual de importante que el cuidado del familiar enfermo. Se recomienda que los cuidadores identifiquen actividades, aficiones o intereses con las que disfruten, realizarlas de forma rutinaria, e incorporarlas en su día a día

de forma separada a su rol de cuidador. Por otra parte, se debe animar a los cuidadores a aceptar ayuda de amigos y familiares y así reducir la carga de cuidado y obtener tiempo para ellos (17). En el ámbito hospitalario, el equipo de salud, puede llevar a cabo actividades que promuevan el cuidado emocional y social de los cuidadores familiares. Un ejemplo de ello es una actividad que se realizó en un hospital en Canadá y que se denominó “te de la tarde del viernes”. Consistía en que los pacientes, familiares y miembros del equipo de salud, tomaran una taza de té. Esta actividad social semanal demostró tener múltiples beneficios como son el apoyo emocional, interacción con el personal, distracción y confort (18).

En lo referente al tema espiritual, es importante que los profesionales de salud entiendan la lucha de los familiares cuando viven en presencia de la muerte. Estudios han demostrado que tanto el apoyo social como el espiritual, tienen un papel protector frente a la angustia psicológica. Las enfermeras son de gran importancia en la prestación de apoyo espiritual a los familiares. La espiritualidad en enfermería se describe como un concepto multidisciplinar sin que exista un consenso sobre cómo puede ser definido. Las enfermeras, deben infundir esperanza y fe en el futuro mediante el diálogo lo cual ayudará a los familiares en la transición emocional. Por otra parte, las enfermeras deben estar abiertas a hablar sobre asuntos existenciales como la esperanza y el sufrimiento ya que esto puede causar un efecto sanador en los cuidadores familiares. El apoyo espiritual está presente en la interacción con un paciente terminal y su familia, estando presentes y no abandonándolos, estando abiertos a su vulnerabilidad sin tratarlos como objetos, utilizando los recursos técnicos disponibles, entrenamiento especializado y experiencias vividas (11).

Aprendizaje de habilidades prácticas

Es importante realizar intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores familiares que enseñen cómo realizar cuidados dirigidos a mantener al familiar correctamente cuidado. Se debe enseñar a los cuidadores familiares cómo pueden prevenir las úlceras por presión, realizar cuidados de la boca, cambios posturales y manejar síntomas comunes de sus familiares enfermos como son el dolor, la ansiedad, el estreñimiento y la fatiga. También es importante que los familiares aprendan cosas agradables como la aromaterapia y los masajes (17).

Por otra parte las intervenciones educativas a los cuidadores familiares, también deben estar destinada a prevenir problemas en su propia salud como son técnicas

de elevación y seguridad de la espalda.¹⁷

Preparación familiar para la muerte

Los estudios consideran que la preparación familiar para la muerte mejora ciertos aspectos del cuidador como la competencia percibida, el cumplimiento de las necesidades de información, la esperanza y la satisfacción familiar. Esta preparación es multidimensional, debe adaptarse a las necesidades de la familia y a la situación del paciente, e incluye aspectos médicos, espirituales, psicosociales y prácticos.

Por el contrario, la falta de preparación se relaciona con fatiga, ira, ansiedad, sensación de impotencia, temor, falta de adaptación, falta de confianza sobre las habilidades del cuidador y depresión.¹⁹

El contenido de la preparación familiar para la muerte incluye información sobre síntomas y signos de los últimos días, la implicación de estos signos y síntomas, qué esperar a continuación e instrucciones sobre qué hacer (19).

El hablar sobre signos y síntomas ayuda a las familias a normalizar la situación. Es importante clarificar a la familia que está sucediendo y que significan los signos y síntomas en términos de muerte. También se debe explicar qué es y no es doloroso, especialmente cuando la muerte del paciente está cerca (19).

La preparación familiar para la muerte debe realizarse de manera gradual, ya que esta forma permite el refuerzo y la repetición de la preparación, y otorga más tiempo a los miembros de la familia a procesar sus emociones (19).

No hay consenso sobre cuál es el mejor momento para comenzar la preparación y parece que el mejor momento es muy individual. Se debe evaluar cómo responde la familia a la preparación para determinar la frecuencia necesaria (19). Además la repetición es muy importante para determinar la aceptación de la preparación, la cual ayudará a aliviar el dolor al presenciar el sufrimiento, aliviar una sensación de incompetencia, y disminuir el riesgo de duelo complicado (6,19).

Por otra parte, las enfermeras tienen un papel importante en ayudar a las familias a “soltar” a su ser querido, a “dejarlo ir”. La comunicación puede ser el impulso para que las familias comiencen a reconocer la muerte inminente de su ser querido. “Dejar ir” supone un cambio en el pensamiento, con reconocimiento y admisión de la pérdida inminente del ser querido, sin impedir su progresión natural.

Como resultado, la vida del familiar puede continuar sin culparse de haber tomado decisiones equivocadas, liberando un peso emocional de inquietud y agitación, y dando espacio a la curación, el crecimiento y la paz (10).

Las estrategias utilizadas para la preparación familiar para la muerte son: escuchar, engendrar confianza, colaboración con otras disciplinas, repetición, demostración y presencia. La colaboración con otras disciplinas es necesaria para asegurar que las necesidades multidisciplinarias de la familia sean cubiertas. Una escucha cuidadosa, adaptada a la situación de la familia, permite conocer a las familias y aprender cómo las familias aprenden (19).

Para conseguir una comunicación eficaz con la familia, se debe realizar una escucha activa, hablar de forma clara, hacer preguntas, se debe describir los procedimientos realizados, evitando lenguaje técnico y respondiendo las preguntas de forma completa (20). Además, es necesario una comunicación en la cual las enfermeras se sientan cómodas hablando del tema de morir(19).

Por último, se he evidenciado que la creación de un espacio privado dentro del hospital, puede ayudar a las familias en la transición al duelo permitiendo a los familiares que requieren un espacio de la cama, disponer de un espacio relajante. Además estos espacios pueden ser utilizados por enfermería y personal médico para hablar con pacientes y familia de asuntos delicados, lo cual puede ayudar a mejorar la comunicación (21).

5 Discusión-Conclusión

La OMS defiende que la asistencia paliativa debe ayudar a las familias durante el proceso de enfermedad e incluso en el duelo (1).

Una comunicación más eficaz, con mayor presencia, información, educación e inclusión son necesarios para poder proporcionar cuidados de enfermería, ayudar al familiar en la transición emocional y abordar sus necesidades.

En cuanto a la literatura científica disponible, los artículos evidencian escasa investigación sobre los cuidadores familiares y falta de intervenciones suficientes para apoyarlos (2,10,12,16). Una de las limitaciones más relevantes de los estudios relacionados con este tema es el alto rechazo a participar y las altas tasas de abandono debido a la muerte o progreso de la enfermedad de los seres queridos (12).

6 Bibliografía

1. OMS. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. En: 67.^a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 15.5 del orden del día provisional. A67/31 (2014, 4 Abril)
2. McGuire DB, Park J. Palliative care and end of life: The caregiver. *Nurs Outlook*. 2012; 60(6):351-356
3. López E. Puesta al día: cuidador informal. *Rev.enferm. CyL*. 2018;8(1):71-77.
4. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Madrid: INE; 2008
5. Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gac Sanit*. 2011;25(2):108-114.
6. Phillips LR, Reed PG. Into the Abyss of Someone Else's Dying. *Clin Nurs Res*. 2009;18(1):80-97.
7. Knighting K, O'Brien MR, Roe B, Gandy R, Lloyd-Williams M, Nolan M et al. Gaining consensus on family carer needs when caring for someone dying at home to develop the Carers' Alert Thermometer (CAT): a modified Delphi study. *J Adv Nurs*. 2015;72(1):227-239.
8. Ewing G, Grande G. Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: A qualitative study. *Palliat Med*. 2012;27(3):244-256.
9. Janze A, Henriksson A. Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(10):494-501.
10. Lowey SE. Letting go before a death: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;63(2):208-215.
11. Melin-Johansson C, Hénoc I, Strang S, Browall M. Living in the Presence of Death: An Integrative Literature Review of Relatives' Important Existential Concerns when Caring for a Severely Ill Family Member. *Open Nurs J*. 2012;6(1):1-12.
12. Chi N, Demiris G, Lewis F, Walker A, Langer S. Behavioral and Educational Interventions to Support Family Caregivers in End-of-Life Care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(9):894-908.
13. Penman J. Finding Paradise Within: How Spirituality Protects Palliative Care Clients and Caregivers From Depression. *J Holist Nurs*. 2017;20(10):1-12.
14. Gardiner C, Brereton L, Frey R, Wilkinson-Meyers L, Gott M. Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life

- care: A systematic review of the literature. *Palliat Med.* 2013;28(5):375-390.
15. Osse B, Vernooij-Dassen M, Schadè E, Grol R. Problems Experienced by the Informal Caregivers of Cancer Patients and Their Needs for Support. *Cancer Nurs.* 2006;29(5):378-388.
 16. Limardi S, Stievano A, Rocco G, Vellone E, Alvaro R. Caregiver resilience in palliative care: a research protocol. *J Adv Nurs.* 2015;72(2):421-433.
 17. Angelo JK, Egan R, Reid K. Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. *Int J Palliat Nurs.* 2013;19(8):383-388.
 18. Parson S, Anderson C. The meaning of Friday afternoon tea for informal caregivers on a palliative care unit. *Int J Palliat Nurs.* 2009;15(2):74-78.
 19. Kehl KA. How hospice staff members prepare family caregivers for the patient's final days of life: An exploratory study. *Palliat Med.* 2015;29(2):128-137.
 20. Sagha Zadeh R, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;35(3):411-416.
 21. Dosser I, Kennedy C. Improving family carers' experiences of support at the end of life by enhancing communication: an action research study. *Int J Palliat Nurs.* 2014;20(12):608-616.

Capítulo 57

EFFECTIVIDAD DE PROGRAMAS EDUCACIONALES PARA PADRES DE BEBÉS PREMATUROS

ALBA BOTIJA ADRIÁN

1 Introducción

Se denomina bebé prematuro a aquel en el que se produce su nacimiento antes de completar la semana 37 de gestación, así como, bebé prematuro extremo al que nace entre la semana 28 y 32 de gestación. El bebé prematuro o prematuro extremo, con el hecho de nacer antes de la fecha prevista de parto, supone un estrés para su vida y la de sus padres, ya que el feto no ha conseguido su desarrollo total de órganos, peso y desarrollo neurológico, lo que aumenta la probabilidad de no supervivencia o de experimentar lesiones o afectaciones irreversibles en el futuro.

Saber si la gestación será a término, pretérmino o postérmino es impredecible y en ocasiones genera dudas y ansiedades en los progenitores, lo que a veces supone un rechazo a querer ser padres de nuevo si han tenido una mala experiencia, como ver a su hijo recién nacido lleno de cables y aparatos desconocidos en una habitación inmensa donde solo les dejan pasar ciertas horas al día y el resto las pasan con incertidumbre y miedo por su bebé.

En este estudio, se va a realizar una búsqueda bibliográfica de como evitar o disminuir el estrés que se genera en padres de bebés prematuros.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer diferentes métodos de evitación y disminución de estrés en padres de bebés prematuros y evaluar la eficacia de los mismos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los resultados de los estudios elegidos, se obtuvo que se realizan programas educativos para padres en el que dan apoyo emocional, técnicas de relajación, técnicas de cuidados al recién nacido y enseñan signos observacionales de alarma para comprobar un buen desarrollo neurológico. También se encuentran en sus resultados que todos los padres que acuden a estos tipos de programas dicen encontrarse más seguros al prestar cuidados a sus hijos, así como comprendidos al contar anécdotas con otros padres y poder saber que ciertos comportamientos de su hijo son normales, ya que les pasa a más niños.

Estos programas educacionales fueron llevados a cabo por una enfermera y un psicólogo de un hospital de Barcelona, en la que reunían 1 o 2 veces por semana a los padres para enseñarles técnicas de cuidados, aprendizaje y corrección y, además, un seguimiento del estado emocional, en el que a veces hacían partícipes a otros padres y madres que años atrás habían pasado por lo mismo y así, ayudarles al manejo de la aceptación y confortamiento. Además, resultó que la comunicación directa con el personal de enfermería reducía los niveles de ansiedad y estrés, ya que correlacionan médico con malas noticias, por lo que dan un reconocimiento positivo al personal de enfermería, relacionándolo con un trato positivo, eficaz, cercano y ligado a buenas noticias.

La edad media de los participantes de este estudio surtió en 33 años y la mayoría eran padres primerizos. Se ha observado mayor número de participación en el grupo de madres que de padres y también algún otro familiar de segundo grado

de parentesco como abuelos, aunque estos últimos fueron un grupo muy minoritario. En algún caso aislado también participó algún hermano.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados y con las limitaciones que esto supone, se puede llegar a la conclusión de que los programas educativos para la disminución del estrés en padres y madres de hijos prematuros son beneficiosos, ya que la educación y técnicas de cuidados que reciben son provechosas para la ejecución de futuros cuidados. Los padres y madres afirman encontrarse seguros al prestar cuidados, refieren desahogarse y sentirse escuchados, así como comprendidos con los profesionales y otros padres. Destacó una mayor participación por parte del género femenino que masculino y en una pequeña minoría otro tipo de parentescos.

6 Bibliografía

1. Quigley MA, Poulsen G, Boyle E, Wolke D, Field D, Alfirevic Z, Kurinczuk JJ. Early term and late preterm birth are associated with poorer school performance at age 5 years: a cohort study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, fetalneonatal-2012.109.
2. Johnson S, Marlow N. Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatric Research*. 2011;69:11-18.
3. Blencowe H, Lee AC, Cousens S, Bahalim A, Narwal R, Zhong N, Vos T. Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research*. 2013;74(S1):17-34.
4. Borkoski-Barreiro SA, Falcón-González JC, Limiñana-Cañal JM, Ramos-Macías Á. Evaluation of Very Low Birth Weight (≤ 1500 g) as a Risk Indicator for Sensorineural Hearing Loss. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2013;64(6):403-8.

Capítulo 58

INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ASMA INFANTIL

ANAMARIA SORINA BIRLE

M^a DEL PILAR ILLÁN SEPÚLVEDA

PILAR CUADROS FRAILE

NOELIA MUÑOZ JIMÉNEZ

1 Introducción

El asma infantil representa una preocupación significativa en la atención primaria de la salud debido a su prevalencia global y su impacto en la calidad de vida de los niños afectados. Se estima que aproximadamente 339 millones de personas padecen asma en todo el mundo, y se espera que esta cifra aumente en los próximos años, especialmente entre los niños. En este contexto, la atención primaria desempeña un papel esencial en el manejo y la prevención del asma infantil, ya que constituye el primer punto de contacto para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la educación de los pacientes y sus familias.

Las intervenciones educativas de enfermería en la consulta de atención primaria son fundamentales para mejorar el control del asma infantil y reducir su impacto en la salud de los niños. Estas intervenciones se centran en proporcionar

información y habilidades necesarias para el manejo efectivo de la enfermedad, promoviendo así la autonomía y la adherencia al tratamiento en los pacientes pediátricos. Además, las enfermeras en atención primaria desempeñan un papel clave en el apoyo emocional y educativo a las familias, ayudándolas a comprender la naturaleza crónica del asma, identificar desencadenantes ambientales y adoptar medidas preventivas para evitar exacerbaciones.

El desarrollo de programas de educación en asma para niños y sus familias en la consulta de atención primaria ha demostrado ser efectivo para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, aumentar la adherencia al tratamiento y reducir las visitas a urgencias y hospitalizaciones relacionadas con el asma. Estos programas suelen incluir sesiones educativas individualizadas, entrenamiento en el uso adecuado de inhaladores y dispositivos de administración de medicamentos, así como estrategias de autocuidado y gestión del estrés.

En esta revisión bibliográfica, se explorará la evidencia disponible sobre las intervenciones educativas de enfermería en la consulta de atención primaria para el manejo del asma infantil, con el objetivo de identificar las prácticas más efectivas y proporcionar recomendaciones para mejorar la atención clínica en este ámbito. Se analizarán estudios que evalúen el impacto de estas intervenciones en los resultados clínicos, la calidad de vida de los niños y el uso eficiente de los recursos sanitarios. Además, se discutirán las implicaciones prácticas y las áreas de investigación futura en este campo para optimizar la atención a los niños con asma en la atención primaria de la salud.

2 Objetivos

- Identificar las intervenciones educativas de enfermería más efectivas en la consulta de atención primaria para el manejo del asma infantil.
- Evaluar el impacto de estas intervenciones en los resultados clínicos y la calidad de vida de los niños con asma.
- Proporcionar recomendaciones para mejorar la práctica clínica en la atención primaria para el manejo del asma infantil.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos científicos relacionados con intervenciones educativas de

enfermería en el manejo del asma infantil en la consulta de atención primaria. Se consultaron bases de datos como PubMed y se seleccionaron estudios relevantes publicados en revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

La revisión de la literatura científica revela una serie de resultados significativos relacionados con las intervenciones educativas de enfermería en la consulta de atención primaria para el manejo del asma infantil. A continuación, se presentan algunos hallazgos clave:

- Mejora del conocimiento sobre el asma:

Se encontró que las intervenciones educativas de enfermería en la atención primaria tienen un impacto positivo en el conocimiento sobre la enfermedad tanto en los niños asmáticos como en sus familias. Estas intervenciones proporcionan información detallada sobre la fisiopatología del asma, los desencadenantes comunes, los síntomas de exacerbación y las estrategias de manejo de crisis. Al aumentar la comprensión sobre el asma, las familias pueden identificar y evitar los desencadenantes ambientales, reconocer los signos de empeoramiento y seguir el plan de tratamiento prescrito con mayor precisión.

- Mejora de la adherencia al tratamiento:

Las intervenciones educativas de enfermería en la consulta de atención primaria también se asocian con una mejora significativa en la adherencia al tratamiento en niños con asma. Al proporcionar información clara y práctica sobre el uso adecuado de inhaladores y dispositivos de administración de medicamentos, las enfermeras ayudan a los pacientes y sus familias a utilizar los medicamentos de manera efectiva y a mantener un régimen de tratamiento consistente. Esto puede conducir a una mejoría en el control del asma y una reducción de las exacerbaciones y las hospitalizaciones relacionadas.

- Reducción de las visitas a urgencias y hospitalizaciones:

Se observó que las intervenciones educativas de enfermería en la atención primaria están asociadas con una disminución en las visitas a urgencias y las hospitalizaciones relacionadas con el asma en niños. Al empoderar a las familias con conocimientos y habilidades para manejar el asma en el hogar, estas intervenciones pueden prevenir crisis asmáticas graves y reducir la necesidad de atención médica aguda. Esto no solo beneficia a los pacientes y sus familias, sino que también contribuye a la eficiencia del sistema de atención médica al reducir la

carga de trabajo en los servicios de urgencias y hospitales.

- Mejora de la calidad de vida:

Además de los beneficios clínicos, las intervenciones educativas de enfermería en la atención primaria también tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los niños con asma y sus familias. Al proporcionar apoyo emocional, estrategias de afrontamiento y recursos para el autocuidado, las enfermeras ayudan a reducir el estrés y la ansiedad asociados con el manejo del asma, mejorando así el bienestar general de los pacientes y promoviendo una vida saludable.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones educativas de enfermería en la consulta de atención primaria representan una herramienta fundamental en el manejo del asma infantil.

Al mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, promover la adherencia al tratamiento y reducir las complicaciones agudas, estas intervenciones benefician tanto a los niños asmáticos como a sus familias. Además, contribuyen a una mejor calidad de vida y a una utilización más eficiente de los recursos sanitarios.

Por otro lado, es también crucial que los profesionales de enfermería en atención primaria continúen implementando y evaluando estas intervenciones para garantizar una atención integral y de alta calidad para los niños con asma.

6 Bibliografía

1. Plaza V, et al. (2019). The Role of Primary Care Nurses in the Management of Asthma in Children: A Systematic Review. *J Clin Nurs*, 28(1-2), 19-30.
2. García-Marcos L, et al. (2021). Asthma in Latin America: The Importance of Environmental and Social Risk Factors on Disease Burden. *Pediatr Pulmonol*, 56(S1), S70-S80.
3. Sánchez-García S, et al. (2022). Educational Interventions by Nurses in Primary Care for the Management of Childhood Asthma: A Scoping Review. *J Asthma*, 1-13.

Capítulo 59

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

SARA CANO VILLARRUBIA

NATALIA DÍAZ-DELGADO MANZANO

MARIA ISABEL GARCÍA-CASTRO CANO

MARÍA INMACULADA BLANCO GOMEZ

FRANCISCA ALARCÓN ALÉN

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que se brindan a los pacientes que presentan enfermedades avanzadas, en estado terminal, que son incurables y progresivas, que finalmente derivarán en la muerte del paciente en un periodo de tiempo generalmente inferior a los seis meses. Es por esto que el término hace referencia a una situación y no a una patología concreta, ya que el paciente no puede curarse, pero se le aplican cuidados cuyo objetivo está centrado en la reducción de su dolor y sufrimiento, tratando de proporcionarle el mayor confort posible durante esta etapa de su vida (1).

Este término se aplica sobre todo en casos en los que se padecen enfermedades degenerativas o que se encuentran en estadios muy avanzados. Es por ello que tanto la Organización Mundial de la Salud, como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, los define como el conjunto de medidas que se adoptan para ayudar al paciente a tener mayor calidad de vida durante el periodo en el que afronta una enfermedad en su estado terminal, a través del cuidado, la prevención y reducción del sufrimiento con diferentes tratamientos, farmacológicos o no, que se centren en aliviar el dolor que experimenta, físico, psicológico, espiritual y familiar en el paciente. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar a nivel hospitalario, en caso de que el paciente presente un agravamiento de su enfermedad y no se pueda controlar en el domicilio, o también se pueden proporcionar en el propio domicilio del paciente, que aporta ventajas como la tranquilidad y el ambiente familiar de la propia vivienda (2).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo de revisión consiste en detallar las funciones del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el proceso asistencial de los cuidados paliativos, el objetivo principal será siempre el bienestar del paciente, y nunca tendrá como finalidad alargar la vida del mismo, ya que puede ir en contra de mejorar el confort del propio paciente. Por tanto, a través de los cuidados paliativos se busca la reducción del sufrimiento, tanto del paciente como de sus familiares, manteniendo su dignidad como personas y permitiéndoles participar de forma activa en la toma de decisiones sobre su proceso asistencial (3).

El proceso de cuidados paliativos se proporciona de manera integral, individualizada y considerando al paciente y familia como un todo, proporcionándoles cuidados a todos los niveles: Físico, emocional y espiritual. Estos cuidados siempre se proporcionan por parte de un equipo multidisciplinar y cuyo nexo común es proporcionar el mayor confort y bienestar al paciente. Este equipo estará formado por el médico, la enfermera y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (4).

A este respecto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de garantizar las medidas de confort, bienestar y calidad, promoviendo la autonomía del paciente y llevando a cabo un acompañamiento incondicional durante todo el proceso, respetando el estilo de vida que lleva el paciente en la medida de lo posible y tratando de adaptarlo a las novedades de su situación actual, evitando siempre toda situación que promueva el disconfort en el mismo (3).

Por tanto, las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se pueden detallar y resumir en (3):

- Dirigirse al paciente siempre con educación, un trato cordial, colaborador y empático hacia el paciente.
- Tratar de mantener la privacidad y el respeto hacia los pacientes y sus familiares, y asegurarse de garantizar esto siempre dentro del equipo sanitario.
- Promover el autocuidado del paciente (higiene personal, higiene postural, caminar en la medida de lo posible, salir a la calle siempre que pueda, etc.) tratando de incrementar la autoestima del paciente.
- Si el paciente se encuentra encamado, realizar el proceso de higiene con delicadeza, valorando la integridad tisular y en caso de detectar úlceras por presión, comunicárselo al resto del equipo para tomar medidas al respecto.
- Promover un ambiente agradable para el paciente y su familia, como una habitación ventilada, entrada de luz adecuada, temperatura agradable.
- Conversar con el paciente y su familia, ofreciéndoles la mayor disposición posible y así poder aportar confort y bienestar.
- Encargarse del proceso de movilización, asegurándose de que se realiza de manera adecuada y no se descuida.
- Administración de enemas y control de deposiciones para asegurar un correcto tránsito intestinal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los cuidados paliativos necesitan de una gran atención por parte de los profesionales que lo aplican, ya que el paciente se encuentra viviendo la última fase de su vida, como consecuencia de una enfermedad grave que se encuentra en fase terminal y, por tanto, puede presentar mucha angustia o dolor, tanto a nivel físico como psicológico y espiritual, es por eso que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe colaborar con el resto del equipo para aumentar los niveles de confort del paciente, controlar el dolor, conversar con paciente y familia para tratar de garantizar la mayor calidad en las acciones que se toman, y siempre respetar la voluntad del propio paciente, en su derecho a morir dignamente.

6 Bibliografía

1. Erro Gómez M, Gil Ortega R, Gallardo Cantín R et al. Participación TCAE en los cuidados paliativos del paciente. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022.
2. Andreu Millán L, García Lasierra E, Palos Gracia M et al. El papel vital del TCAE en la movilización y cuidados de pacientes encamados. *Rev. Ocronos*. 6(11). 2023.
3. Acurio Barre, SL, Quijije Chávez VR, Vásquez Morán BA. El rol de la enfermería en los cuidados paliativos. 8(2). 2022
4. Expósito Concepción, MY. Palliative Care and Nursing: A Look Inside. *Aquichan*, 22(2). 2022.

Capítulo 60

MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA Y LA PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA INMACULADA BLANCO GOMEZ

SARA CANO VILLARRUBIA

NATALIA DÍAZ-DELGADO MANZANO

MARIA ISABEL GARCÍA-CASTRO CANO

FRANCISCA ALARCÓN ALÉN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento es el proceso inherente a la vida que trae consecuencias físicas y psíquicas asociadas, aumentando la morbilidad y mortalidad de las personas. Por otra parte, tanto la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, como la European Society for Swallowing Disorders, consideran la disfagia como uno de los grandes problemas asociados a la edad, y más concretamente a los pacientes geriátricos, afectando a un número variable de pacientes entre el 7 y el 22% del total, aumentando estas cifras en pacientes

institucionalizados, y considerándose en algunos casos la primera causa de mortalidad en pacientes con patología neurológica, y la tercera en pacientes mayores de 65 años.

En la actualidad, existen aproximadamente unos dos millones de personas en España que padecen disfagia, pero solo un 10% de ellos se encuentra diagnosticado, lo cual supone un grave problema ya que no se puede aplicar tratamiento médico a los mismos y por tanto disminuye su calidad de vida.

Desde el punto de vista del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es importante centrarse en las medidas preventivas para evitar la broncoaspiración, para ello, el personal deberá mantener una formación continuada adecuada, centrarse en educar al paciente tanto a nivel dietético, como a nivel higiénico alimenticio y postural durante el proceso de ingesta.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio de revisión consiste en detallar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante los pacientes que presentan disfagia y la prevención de la broncoaspiración.

3 Metodología

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

4 Resultados

La disfagia orofaríngea se define como la imposibilidad de tragar adecuadamente los alimentos, ya sean sólidos o líquidos, por vía oral de manera efectiva y segura. Este problema afecta a una gran cantidad de personas mayores, siendo la población que más incidencia tiene respecto a este problema, por lo cual se deduce que es un problema asociado al proceso de envejecimiento, por tanto, en una sociedad cada vez más envejecida, es preciso que el personal encargado de

alimentar a los pacientes en muchas situaciones, el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tenga los conocimientos, habilidades y destrezas adecuadas para abordar correctamente al paciente que presenta esta patología. Los cuidados que se aplican a este tipo de pacientes, estarán centrados en la prevención de las situaciones que puedan suponer atragantamiento y aumentar el riesgo de broncoaspiración. Por tanto, estas medidas estarán enfocadas a favorecer la ingesta, deglución y seguridad del paciente mientras come o bebe. Estas medidas serán las siguientes:

- La dieta oral ha de ser sencilla, segura y eficaz. Es importante que al paciente le guste el alimento, para favorecer la deglución.
- Se evitarán alimentos con diferentes texturas, que presenten gran dureza, sean grumosos, resbaladizos, pegajosos o con texturas heterogéneas.
- Antes de comer hay que garantizar que el entorno sea tranquilo y sin ruido excesivo para garantizar la relajación del paciente.
- Es imprescindible poner al paciente en una posición segura, principalmente en sedestación (sentado), con los pies sobre el suelo y la cabeza hacia delante. En caso de que el paciente se encuentre encamado, la cabecera se posicionará levantada unos 45 grados.
- Siempre será necesario que, antes de empezar la alimentación oral, el paciente se encuentre consciente, orientado y reaccione ante la alimentación.
- Habrá que utilizar un menaje adecuado e individual para cada paciente, garantizando la higiene y calidad asistencial en todo momento.
- Es importante fomentar la autonomía del paciente y permitirle comer solo, pero siempre con la supervisión del profesional al cargo.
- Después de comer, será necesario cepillar los dientes del paciente y, en caso de que tenga prótesis, habrá que quitarlas y cepillarlas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la clave de evitar la broncoaspiración está en mantener una actitud preventiva, tomar acción para evitar que esto suceda y, para ello, es clave que el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca las pautas para el manejo adecuado del paciente que presenta disfagia orofaríngea desde el momento que se detecta, para prevenir la aparición de potenciales complicaciones derivadas de este problema.

El enfoque debe ser biopsicosocial, apoyándose siempre en el equipo multidisciplinar, además, la administración pública debe proveer de adecuada formación continuada al personal sanitario para que conozca la disfagia en profundidad,

lo cual derivará en una mayor calidad asistencial al paciente geriátrico (principal sufridor de este problema), mejorando su calidad de vida, disminuyendo las complicaciones asociadas, el riesgo de mortalidad y por tanto, fomentando la reducción de las muertes causadas por la disfagia.

6 Bibliografía

1. Ballesterio Hernando P. Programa de formación para el abordaje enfermero de la disfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados con enfermedades neurodegenerativas. Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad de Zaragoza. Trabajo Fin de Grado. 2023.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Comunicados de prensa. 2022.
3. Cruz AJ, Mateos AM, García A, Moreno C, Ejarque J, Ricote M, et al. Situación de la disfagia orofaríngea en España. Desde el cribado al abordaje nutricional. Fundamed. 2019
4. Ricote Belinchón M, Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía De Disfagia. Manejo de la disfagia en Atención Primaria. SEMERGEN; 2020.

Capítulo 61

PRIMEROS AUXILIOS

ANA ISABEL CASTIELLO GONZALEZ

1 Introducción

La utilización de la técnica de Primeros Auxilios data de hace aproximadamente 160 años cuando se fundó la Cruz Roja Internacional por Henry Dunant (empresario, filántropo y humanista suizo); fue a raíz de la batalla en Solferino, donde en una noche que hubo más de 40.000 muertos, Henry observó que los heridos quedaban abandonados y malheridos; con ayuda de las mujeres de los pueblos de los alrededores empezó a socorrerlos.

Quedó tan impactado por este hecho, que plasmó todos los detalles en su libro titulado “Recuerdo de Solferino” donde concibe la idea de fundar sociedades de socorro, cuyo objetivo era socorrer a los heridos de la guerra a través de personas voluntarias y cualificadas para este tipo de tareas.

Hoy en día como todos sabemos, la finalidad de los Primeros Auxilios es la misma, asistir a víctimas o enfermos con el fin de aliviar en lo posible el dolor. Tener conocimientos de Primeros Auxilios (P.A.) es indispensable para cualquier persona, y muy fundamental para los profesionales sanitarios; accidentes domésticos, accidentes laborales, pérdida del conocimiento, accidentes de carretera, incidentes en el mar, etcétera son ejemplo de multitud de situaciones donde el desarrollo de esta técnica podría salvar vidas.

El hecho de tener estos conocimientos no significa que se tenga o que se pueda intervenir en todas las ocasiones donde haya un accidentado, sobre todo si se pone en peligro la vida del propio auxiliador o cuando pueda sufrir alguna lesión grave, ya que esto podría suponer tener dos accidentados en vez de uno.

En este capítulo se va a bordar el concepto y objetivos de los Primeros Auxilios, nos centraremos en los aspectos éticos y jurídicos dentro del marco legal de los mismos y trataremos de aclarar dónde estarían los límites a la hora de intervenir en una actuación de Primeros Auxilios.

2 Objetivos

- Exponer la definición y los objetivos de los Primeros Auxilios; nos centraremos en el marco legal de los mismos citando el delito de omisión del deber de socorro y los aspectos jurídicos.
- Definir la Ética y Bioética como aspectos importantes a la hora de prestar primeros auxilios.
- Identificar las técnicas que son sólo competencia de los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha 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. Palabras clave: Cruz Roja, Primeros Auxilios, Ética y Bioética

4 Resultados

Se habla de Primeros Auxilios a cuando se interviene a un accidentado, lesionado y a una persona que de repente haya enfermado de manera inmediata, se intenta aliviar el dolor y manejar bien la situación hasta que lleguen al lugar los servicios sanitarios a socorrer al accidentado o enfermo.

En los primeros auxilios no se utilizan recursos médicos, se utilizan medidas terapéuticas y se aplican a las personas que se encuentren en situación grave de peligro de vida o de salud hasta que llegue el personal sanitario a socorrerlas. Por lo tanto la finalidad de los primeros auxilios es aliviar el posible dolor y la ansiedad a la víctima que pudiera existir ante tal situación.

La actuación del auxiliador pasa a ser de gran importancia, ya que la evolución del accidentado dependerá en gran medida de él.

Los objetivos fundamentales a la hora de utilizar esta técnica son:

- Hay que mantener vivo al accidentado y aliviar el dolor.
- Se deben evitar que las complicaciones empeoren u surjan nuevas lesiones.
- Se debe avisar lo antes posible a los servicios sanitarios de emergencia.

A la hora de prestar primeros auxilios, hay que seguir siempre unos consejos generales que se describen a continuación:

- Conservar la calma a la hora de asistir y asistir con rapidez.
- Tener la zona despejada de alrededor del accidentado y demostrar seguridad en lo que estamos haciendo.
- Nunca mover a la persona accidentada, salvo en situaciones que sean necesarias.
- No dar de beber, ni comer, o administrar algún medicamento al accidentado.
- Tranquilizar al herido en todo momento y arroparle para que se mantenga caliente.
- Hacer sólo lo imprescindible, y no excedernos en nuestras competencias.

Es muy importante mencionar, que las personas con formación en primeros auxilios pueden ayudar en multitud de situaciones, pero nunca extralimitarse en sus competencias. Es importante recordar que la función del auxiliador finaliza cuando comienza la de los profesionales sanitarios; un ejemplo claro sería la tarea de un socorrista, debe actuar siempre siguiendo el principio de riesgo calculado, es decir, asistir solo en lo que sabe hacer y no extralimitarse, recordar que no somos médicos.

Todos tenemos la obligación ética de socorrer, eso nos dice la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal en su artículo 195, y se refiere a todas las personas en general, sobre todo en situaciones donde el accidentado se encuentre sólo y en situación de peligro, de no hacerlo, se castiga con penas de cárcel y del mismo modo si no sabemos prestar ayuda y no avisamos para socorrer al accidentado, las penas serían las mismas. Si el accidente es causado de forma fortuita o de manera imprudente, las penas pasan de 18 meses hasta cuatro años de cárcel.

El artículo 196 se refiere a lo mismo pero dirigido a los profesionales sanitarios, cuando omiten o deniegan la ayuda a un accidentado o enfermo y eso derive en perjuicio hacia él, las penas a los profesionales sanitarios van desde la inhabilitación para trabajar, por tiempo de seis meses hasta tres años.

Como se mencionó antes, cualquier persona estamos obligados a prestar ayuda a otra persona que se encuentre en situación de peligro, es el llamado deber de socorro. Esta ayuda puede ser de forma directa (con nuestra ayuda) o bien llamando a los servicios de emergencia 112.

La omisión de socorro se da, cuando no se asiste a la víctima y ni si quiera se llama a emergencias, esto se considera delito y está tipificado en el Código Penal.

En algunas ocasiones, y sin pretenderlo, cuando se presta auxilio, los resultados son negativos, son daños negativos que la ley nos exige reparar, es lo que se conoce como responsabilidad civil, y se trata de una indemnización económica, de persona a persona, para mitigar el daño causado. Si el daño causado, ha sido intencionado o se actuó de manera imprudente a la hora de prestar los auxilios, puede haberse incurrido en responsabilidad penal, y por tanto puede ser condenado a pagar una multa o inhabilitarlo para trabajar.

La responsabilidad penal cuando se ocasionan daños a la víctima prestando los auxilios pueden ser de dos tipos:

- Con dolo, cuando el daño se hace intencionadamente.
- Con culpa, no hay intención de hacer daño, se ha cometido una imprudencia o negligencia.

El ciudadano que preste los primeros auxilios debe proteger siempre a las personas en las situaciones donde su vida corra peligro, es muy importante transmitir seguridad a la víctima y al entorno que se genere alrededor, ya que estas situaciones siempre generan nerviosismo o ansiedad.

Un aspecto a tener en cuenta a la hora de prestar primeros auxilios es la Ética profesional, que en pacientes garantiza recibir un tratamiento adecuado y respetuoso.

Hay un código ético que consta de tres conceptos que son fundamentales cuando se prestan los primeros auxilios y que nombro a continuación:

- Secreto profesional: está prohibido revelar los datos personales de cualquier persona asistida. La intimidad y la confidencialidad son derechos que nos asisten.
- Altruismo: practicar primeros auxilios es una actuación de solidaridad, y nadie que los preste puede cobrar dinero por ello, ni en metálico ni en especie.
- Discriminación de las víctimas: no se puede dejar de atender o socorrer a nadie por su raza, por motivos personales o de otra índole.

La bioética estudia la rama de la ética que se refiere a la conducta correcta del ser humano con relación a la vida, a diferencia de la ética médica, abarca problemas éticos que se refieren tanto en ámbitos del medio ambiente como temas relacionados con animales.

La bioética es muy importante para que funcione las organizaciones sanitarias a la hora de resolver conflictos o dilemas éticos. En 1979, los bioeticistas Beauchamp y Childress definieron los cuatro principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

1.Principio de autonomía: La autonomía se refiere a la capacidad de tomar uno mismo sus propias decisiones sin influencias ni presiones externas o internas. En el ámbito sanitario prevalece siempre los deseos del paciente, ya que se trata de

la salud de éste y se supone que el médico tiene que respetar.

2.Principio de beneficencia: Se refiere a la obligación de actuar en beneficio de los intereses del paciente (si se trata del ámbito sanitario),no se cuenta con la opinión de éste, es el médico el que decide qué es mejor para el paciente.

3.Principio de no maleficencia: Este principio se refiere a la obligación de no hacer daño de manera intencionada o perjudicar a terceros. Está claro que este principio no es exclusivo solo en el ámbito biomédico, sino que es válido para todos los sectores de la vida.

4.Principio de justicia: Teniendo en cuenta que todas las personas somos iguales ante la Ley, este principio tiene como finalidad evitar las situaciones de desigualdad que se dan entre las personas. Cuando se dan situaciones de conflicto, el principio de justicia entra en juego para mediar la situación y hacer que sea lo más equitativo para ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

Son indispensables los conocimientos de Primeros Auxilios hoy en día para cualquier persona tanto en el ámbito doméstico como el laboral, muchas universidades españolas han empezado a implantar estos conocimientos como una asignatura obligatoria u optativa.

Por otra parte, cuando se realizan los primeros auxilios, deberíamos ser conscientes de las capacidades de uno mismo y de la formación que tengamos, porque para realizar esta técnica, hay que saber hacerla y no improvisar, y cuando no se tenga los suficientes conocimientos o tengamos poca seguridad a la hora de realizarla, evitar el intervenir, con el fin de no perjudicar, más que mejorar; ya que es uno de los objetivos de los primeros auxilios.

6 Bibliografía

1. www.2.cruzroja.es.
2. www.policlinicametropolitana.org.
3. www.unir.net
www.elsevier.es.

Capítulo 62

ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS PACIENTES TERMINALES DESDE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GRACIELA FERNÁNDEZ HIDALGO

1 Introducción

La percepción que se tiene de los pacientes terminales puede variar de manera significativa dependiendo de diversos factores, como pueden ser culturales, sociales o religiosos. Esto se debe a que el concepto de la muerte y el proceso de ella son temas que pueden ser difíciles de abordar, llegando a ser un tema "tabú" evitando hablar sobre ellos dentro de la sociedad.

Este proceso se vive en los pacientes terminales y en su entorno más cercano (como familiares o amigos). Al ser un tema complicado de enfrentarse, pueden surgir ciertos obstáculos en los cuales se debe brindar un apoyo emocional y cuidados especiales.

El término de paciente terminal hace referencia a aquellas personas que se encuentran en la etapa final de una enfermedad, la cual es progresiva o incurable, por lo que el tratamiento médico no se centra en curar dicha patología o enfermedad, sino que se centra en proporcionar alivio de los síntomas que se presentan y proporcionar el mayor bienestar posible en la persona hasta el final de su vida. Desde el ámbito sanitario se intenta que el paciente reciba los cuidados paliativos necesarios y la atención individual que afronte las diferentes necesidades del paciente, por lo que los profesionales sanitarios juegan un papel importante durante este proceso.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de paciente terminal.
- Analizar la relación entre la sociedad y los pacientes terminales.
- Identificar el papel que tienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) durante este proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 los pacientes terminales requieren de una practica médica, la cual se centra en poder proporcionar un alivio del sufrimiento de la persona, haciendo que su etapa final preserve el mayor bienestar posible.

Dentro de este contexto, los profesionales sanitarios tienen un rol fundamental, en concreto, los TCAE adquieren un papel relevante en la prestación de cuidados integrales y personalizados en los pacientes que se encuentran en la última etapa de una enfermedad.

Para poder proporcionar una atención integral, el TCAE debe tener en cuenta el bienestar físico, espiritual y emocional de los pacientes, sin olvidar al entorno más cercano del mismo. Por ello, el TCAE junto a otros profesionales que se encuentran dentro del equipo multidisciplinar, colaboraran para lograr que los cuidados paliativos que se lleven a cabo sean adecuados y personalizados, atendiendo a las necesidades que presenta el paciente.

Principalmente, los TCAE tendrán diversas funciones que ayudarán al bienestar del paciente, entre ellas podemos destacar los cambios posturales, la higiene corporal, incorporar técnicas de confort, proporcionar alimentación e hidratación en caso que se necesite, prestar atención a la aparición de úlceras por presión, entre otras. Cabe destacar que todas esas acciones deben ser pautadas por los médicos y enfermeros.

Para poder lograr que la atención brindada sea integral, se debe tener en cuenta aspectos como las necesidades emocionales o psicosociales. por lo que el TCAE

deberá tener herramientas para poder proporcionar al paciente un apoyo emocional y poner en marcha la escucha activa y la empatía, creando una relación de confianza y respetando la dignidad del paciente.

A parte de lo anteriormente mencionado, el TCAE también se muestra como intermediario en la relación con los familiares, por lo que la información que se proporciona debe ser clara sobre la situación del paciente, y los cuidados que se están llevando a cabo.

5 Discusión-Conclusión

La visión que se tiene de los pacientes terminales puede variar dependiendo de la sociedad en la que nos encontremos, y sobre todo, depende de factores religiosos, culturales y sociales.

Con el paso del tiempo, se han implementado medidas para mejorar el bienestar del paciente terminal a través de los cuidados paliativos y manteniendo una atención integral.

Dentro de esta atención integral, el TCAE juega un papel fundamental, ya que estos profesionales realizan diversas funciones que tienen un impacto directamente con el bienestar del paciente, algunas de estas funciones son el manejo del dolor, control de los síntomas, la higiene y cuidado personal, alimentación e hidratación, prevención de úlceras por presión, apoyo emocional y compañía y la colaboración con otros profesionales de salud.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656687>.
2. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T19-AE-SCS-2007.pdf
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008.

Capítulo 63

EL PAPEL CRUCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOS: COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

MARTA CANO ATENCIA

HIGINIO MORENO MARTÍN

LOURDES RULLO SANCHEZ

MARIA SOLEDAD MICHA NSA

CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ

1 Introducción

El inicio de la vida es una etapa de inmensa vulnerabilidad, donde la atención sanitaria prestada debe ser de la máxima calidad y eficacia para asegurar un desarrollo saludable del neonato. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en la asistencia sanitaria proporcionada en las unidades de neonatos. Su intervención, complementaria a la del equipo de enfermería y médico, se orienta al cuidado directo del recién nacido, asistencia en la alimentación, higiene, y monitorización de signos vitales, así como apoyo

emocional a los progenitores. La funcionalidad y eficiencia de estos profesionales son esenciales para el buen funcionamiento de las unidades de neonatología, y su formación continua es un pilar en la calidad asistencial.

En este capítulo de libro, se realiza una revisión bibliográfica, sistemática o literaria, sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado del recién nacido en la unidad de neonatos. Esta revisión pretende establecer un marco de referencia que describa con claridad las competencias y responsabilidades de estos profesionales y su impacto en la salud y bienestar neonatal. La atención integral que proporcionan los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un componente fundamental en la cadena de cuidados críticos para neonatos, quienes requieren de una atención especializada y adaptada a sus necesidades fisiológicas y emocionales. La profesionalización de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su formación continua han sido recomendadas por varias asociaciones de salud y pediatría, incluyendo la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la American Academy of Pediatrics (AAP).

La estructura de este capítulo busca proporcionar una visión amplia y actual de las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, basándose en literatura científica y protocolos de actuación, para conceptualizar su rol dentro del equipo de salud en la unidad de neonatos.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo de libro es delinearse en la identificación y análisis detallado de las funciones específicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de neonatos. Se busca reconocer las competencias clave que deben poseer estos profesionales para proporcionar una atención óptima y segura al recién nacido, además de examinar la contribución de su rol en el equipo multidisciplinar de salud. Por último, se aspira a resaltar la importancia de la formación continua y especialización de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería para asegurar la mejora continua en la calidad asistencial de los cuidados neonatales.

3 Metodología

Para fundamentar esta revisión, se ha ejecutado una búsqueda exhaustiva y sistemática de la literatura en bases de datos médicas prominentes como PubMed,

Scopus y CINAHL. Los criterios de inclusión para seleccionar estudios comprendieron publicaciones entre 2000 y 2023 en idiomas inglés y español, con enfoque en las funciones, competencias y formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en neonatología. Se excluyeron artículos no relevantes para la práctica directa del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y aquellos que no se centraban en la atención al recién nacido. La información recopilada se organizó en categorías predefinidas, permitiendo una síntesis temática que facilita la comprensión de las diversas funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Se aplicó el método PRISMA para la selección y revisión de los estudios, garantizando una metodología rigurosa y reproducible.

4 Resultados

La revisión bibliográfica realizada pone en relieve una serie de funciones esenciales que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan en el cuidado del recién nacido en la unidad de neonatos. Primero, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería están involucrados en la atención básica del neonato, la cual incluye la higiene y el control de la temperatura, aspectos vitales para prevenir infecciones y mantener la homeostasis del recién nacido. Además, esta atención higiénica se extiende a la preparación y esterilización del material y del entorno del neonato.

Otra función crucial identificada es la monitorización constante de los signos vitales, lo que implica reconocer e informar cualquier desviación de la norma para una intervención temprana. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería también participan en la gestión de la alimentación, ya sea a través de la preparación y administración del biberón o asistiendo en la lactancia materna, y en la medición de la ingesta y eliminación, garantizando el equilibrio nutricional y la detección de posibles complicaciones gastrointestinales.

Los resultados también señalan la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el apoyo al vínculo emocional entre el recién nacido y sus padres, a menudo ofreciendo educación y asesoría a estos sobre las prácticas de cuidado y la importancia del contacto piel con piel. Este acompañamiento se muestra como un pilar en la promoción de la salud mental y del desarrollo psicosocial tanto del neonato como de la familia.

Dentro de su competencia, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería realizan tareas adicionales, como apoyo en procedimientos clínicos sencillos bajo la supervisión del personal de enfermería y la gestión de documentación clínica, lo cual optimiza la eficiencia de la atención y contribuye a la calidad del cuidado

prestado.

La revisión evidencia una estandarización limitada en la definición de funciones específicas de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en diferentes contextos geográficos y sanitarios, sugiriendo la necesidad de protocolos más claros y homogéneos. Esta variabilidad puede influir en la percepción del rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en la eficacia de su integración en el equipo de cuidado neonatal.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería son fundamentales en el mantenimiento de cuidados directos y de soporte para el recién nacido en la unidad de neonatos. No obstante, se identifica una oportunidad para desarrollar guías más precisas que delimiten sus funciones y competencias para mejorar la calidad asistencial.

La metodología empleada en esta revisión permitió una recopilación completa de datos que facilita un entendimiento más profundo de la contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sienta las bases para futuras investigaciones que busquen optimizar su papel en contextos neonatales.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos de la revisión bibliográfica destacan la importancia multifacética del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entorno de la unidad de neonatos. Este papel es central para asegurar la calidad y continuidad de los cuidados ofrecidos a los recién nacidos, así como para apoyar a las familias en este proceso crítico.

La discusión subraya la necesidad de un marco más estructurado que defina claramente las funciones y competencias de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, lo que podría mejorar la uniformidad en la atención a nivel global. La conclusión enfatiza la relevancia de la formación continua y la especialización de estos profesionales para mantener y mejorar los estándares de cuidado, teniendo en cuenta la evolución de la tecnología médica y de los protocolos de atención sanitaria. Además, se reconoce la necesidad de más investigación que profundice en el impacto directo de las intervenciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los resultados neonatales y en la satisfacción del paciente y su familia. En última instancia, este capítulo subraya el valor intrínseco de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería como aliados vitales en la salud y el bienestar de los recién nacidos y sus familias.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría. Guía de competencias y responsabilidades en la atención pediátrica. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(5):300.e1–300.e5.
2. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Perinatal Care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC: AAP; American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.

Capítulo 64

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

TERESA LORENTE PEREZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es una prioridad fundamental en el entorno hospitalario, y la perspectiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en su evaluación y mejora.

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención médica en el entorno hospitalario. Los errores médicos y los eventos adversos pueden tener consecuencias graves para los pacientes, por lo que es crucial evaluar y mejorar continuamente la seguridad del paciente.

Dentro de este marco, el papel del TCAE es fundamental, ya que sus funciones van a abarcar una amplia gama de actividades directamente relacionadas con la atención y bienestar del paciente. La interacción cercana del TCAE con los paciente les coloca en una posición única para observar cambios en el estado de salud, identificar riesgos potenciales y actuar como un enlace vital entre el paciente y el equipo de atención médica.

Uno de los aspectos más importantes de la seguridad hospitalaria es la prevención y control de las posibles infecciones. Los TCAEs están en primera línea de defensa, implementando protocolos de higiene, manejo adecuado de los desechos, desinfección de los equipos y herramientas y asegurando la limpieza de las instalaciones. Su papel es de vital importancia, no solo para prevenir la transmisión

de infecciones nosocomiales sino también a que estas infecciones no lleguen a tener graves consecuencias para la salud pública.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es examinar la importancia de la seguridad del paciente explorando los factores que pueden afectarla y analizar como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede contribuir 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 seguridad del paciente en el entorno hospitalario es fundamental por varias razones:

- Protección del paciente: Garantizar la seguridad del paciente protege su bienestar y reduce el riesgo de sufrir daños o lesiones durante la atención médica.
- Confianza del paciente: La seguridad del paciente fomenta la confianza en el sistema de atención médica y promueve una relación de colaboración entre el paciente y el equipo de atención.
- Reducción de costos: La prevención de eventos adversos y errores médicos ayuda a reducir los costos asociados con la atención adicional y el tratamiento de complicaciones evitables.

Pero aunque se intente mantener la seguridad del paciente va a haber factores que afecten a esta seguridad, estos factores son:

1. Errores de medicación: Administración incorrecta de medicamentos, dosis inadecuadas o prescripciones incorrectas pueden poner en peligro la seguridad del paciente.
2. Infecciones nosocomiales: La falta de higiene adecuada, la transmisión de patógenos y la contaminación de equipos médicos pueden contribuir a la aparición de infecciones nosocomiales.

3. Caídas y lesiones: La falta de precaución al movilizar a los pacientes, la presencia de obstáculos en las instalaciones y la falta de atención pueden aumentar el riesgo de caídas y lesiones.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a desempeñar un papel importante en la evaluación de la seguridad del paciente como van a ser:

A) Identificación de riesgos: El TCAE está en una posición única para identificar situaciones de riesgo y condiciones que puedan comprometer la seguridad del paciente, como condiciones ambientales inseguras o equipos defectuosos.

B) Implementación de medidas preventivas: El TCAE puede contribuir a la implementación de medidas preventivas, como la promoción de la higiene de manos, la asistencia en la movilización segura de pacientes y la observación de signos de deterioro del paciente.

C) Comunicación efectiva: El TCAE puede comunicar eficazmente cualquier preocupación sobre la seguridad del paciente al personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica, facilitando una respuesta rápida y apropiada.

Es importante una buena promoción de la cultura de seguridad y la figura del TCAE se va a encargar de esto. Lo puede hacer de varias formas:

- Fomentando la comunicación abierta para promover un entorno en el que se aliente a todos los miembros del equipo a informar sobre eventos adversos, errores o situaciones de riesgo sin temor a represalias.
- Participar en la formación en seguridad y capacitación sobre la seguridad del paciente para aumentar la conciencia y mejorar las prácticas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad hospitalaria es un aspecto multifacético de la atención médica que va a requerir la participación activa de todo el equipo de salud, incluido los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Su papel no solo va a ser complementario, sino que va a ser esencial en la prevención de errores, la promoción de prácticas de atención segura y la mejora continua de la calidad de la atención al paciente. A través de su dedicación a la prevención de infecciones, la administración segura de los medicamentos, la comunicación efectiva y la educación al paciente; los TCAE contribuyen significativamente a entornos hospitalarios más seguros y eficaces. Es vital reconocer, valorar y seguir desarrollando el papel de los TCAE dentro de los equipos de atención médica para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. advGaleon. (2022, May 10). Seguridad Hospitalaria: en qué consiste. Advantecnia. <https://advantecnia.com/seguridad-hospitalaria-en-que-consiste/>.
2. Figueroa Uribe, A. F., & Hernández Ramírez, J. (2021). Hospital security. A vision of multidimensional security. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 154–163. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3490>.
3. Importancia de la seguridad del paciente en el trabajo del TCAE. (2024). Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/seguridad-paciente-trabajo-tcae/>.
4. Investigación, R. S. (2023, December 31). TCAE y su rol clave en la prevención de infecciones nosocomiales. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tcae-y-su-rol-clave-en-la-prevencion-de-infecciones-nosocomiales/>.
5. Ocronos, R. (2021, December 23). El TCAE y la atención hospitalaria: organización de un hospital. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-organizacion-hospital/>.

Capítulo 65

EL LAVADO DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO: ¿CUÁLES SON LOS MOMENTOS CLAVE PARA LLEVARLO A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA?

ALEJANDRO GONZALEZ DE LA FUENTE

1 Introducción

El concepto de lavarse las manos se conoce como el acto mediante el cual realizamos un frote enérgico de las manos bajo un chorro de agua tibia y con jabón, de esta manera eliminaremos los microorganismos existentes en nuestras manos. Si este acto se realiza de forma frecuente, se evitará enfermar y contagiar enfermedades y de esta manera se van a prevenir la propagación de virus, bacteria y microbios. A lo largo de nuestra jornada laboral en el ámbito sanitario, entraremos en contacto con multitud de pacientes, superficies y objetos esto hará que se acumulen gérmenes en nuestras manos.

Debido a que el contacto con lo anteriormente citado y los gérmenes que ello pueden portar pueden infectarnos al tocarnos los ojos, nariz o boca y podríamos transmitirlos a otras personas como pacientes o profesionales sanitarios. Se conocen una serie de momentos clave por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

para el lavado de manos en el ámbito sanitario y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y todos los profesionales sanitarios que componen la cadena sanitaria deberán conocer para realizar este acto cada vez que sea necesario evitando de esta manera la propagación de gérmenes y microorganismos dañinos para la salud.

2 Objetivos

Conocer los momentos clave para llevar a cabo el lavado de manos por parte del TCAE.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: lavado, manos, TCAE. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

A lo largo de la jornada laboral diaria todos los profesionales sanitarios deberán llevar a cabo un lavado de manos en diferentes momentos. La Organización Mundial de la Salud ha establecido protocolariamente cinco momentos que se consideran claves para llevar a cabo el lavado de manos en el ámbito sanitario y con ello evitar la propagación de virus, bacterias y microbios entre pacientes y entre el resto de profesionales sanitarios. Los cinco momentos clave para el lavado de manos son los siguientes:

1. Se realizará un lavado de manos antes de tocar al paciente:
 - ¿CUANDO?: nos lavaremos las manos antes de que el paciente se acerque a nosotros.
 - ¿PORQUE?: realizando este acto, evitaremos contagiar al paciente con los gérmenes dañinos que portamos en nuestras manos y podrían contagiarlo de algún virus o infección.
2. Se realizará un lavado de manos antes de realizar una tarea limpia/aséptica:

- ¿CUANDO?: nos lavaremos las manos antes de comenzar cualquier tarea limpia/aséptica.

- ¿PORQUE?: de esta manera evitaremos contagiar al pacientes de los gérmenes dañinos que portamos nosotros o incluso los mismos que porta el paciente.

3. Se realizará un lavado de manos después de haber podido entrar o no en contacto con fluidos corporales:

- ¿CUANDO?: deberemos realizar un lavado de manos inmediatamente después de haber entrado en contacto con fluidos corporales o si se cree que ha habido un riesgo de exposición a fluidos.

- ¿PORQUE?: de esta manera nos protegeremos a nosotros mismos y al entorno sanitario donde llevamos a cabo la actividad sanitaria, ya que podrían entrar en contacto con otros pacientes u otros profesionales sanitarios existiendo un riesgo alto de contagio.

4. Se realizará un lavado de manos después de tocar al paciente:

- ¿CUANDO?: nos lavaremos las manos después de tocar al paciente o cualquier zona que lo rodea.

- ¿PORQUE?: de esta manera nos protegeremos a nosotros mismos y al entorno sanitario que nos rodea de los gérmenes dañinos que pueda portar el paciente.

5. Se realizará un lavado de manos después de entrar en contacto con el entorno del paciente:

- ¿CUANDO?: nos lavaremos las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno que rodea al paciente (incluso si no hemos tocado nada para evitar el riesgo de contagio).

- ¿PORQUE?: de esta manera evitaremos una vez más contagiarnos a nosotros mismos y al entorno sanitario que nos rodea de los gérmenes que pueda portar el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en la actualidad un adecuado lavado de manos por parte de todos los profesionales sanitarios podemos decir que es vital. Es la medida más básica y más sencilla que podemos realizar para evitar la propagación de multitud de virus, gérmenes y microorganismos evitando la infección entre pacientes y el resto de profesionales de la salud. Por ello, es muy importante que el técnico en cuidados

auxiliares de enfermería y el resto de compañeros de profesión conozcan los cinco momentos clave de realizar el lavado de manos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, para ello deberán de estar en constante reciclaje profesional acudiendo a cursos y talleres sobre higiene y asepsia para brindar una mejor atención de calidad en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_de_manos.
2. <https://www.cdc.gov/handwashing/esp/when-how-handwashing.html>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 66

GUÍA PARA LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE SONDA NASOGÁSTRICA: PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARTA CANO ATENCIA

CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ

MARIA SOLEDAD MICHA NSA

LOURDES RULLO SANCHEZ

HIGINIO MORENO MARTÍN

1 Introducción

La alimentación a través de sonda nasogástrica (SNG) constituye un método de soporte nutricional enteral para pacientes que no pueden o no deben alimentarse por vía oral. Esta técnica es frecuentemente empleada en distintos ámbitos de la atención sanitaria y requiere de un protocolo estricto para su correcta realización y para minimizar los posibles riesgos asociados. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la administración de alimentación enteral, al ser los profesionales que suelen encargarse de estas tareas, en la mayoría de los casos, bajo la supervisión del personal de enfermería. El conocimiento detallado de la anatomía del tracto gastrointestinal, las indicaciones, las contraindicaciones y las complicaciones potenciales son esenciales

para asegurar una práctica segura y efectiva. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe estar capacitado no solo en la técnica de inserción y mantenimiento de la sonda nasogástrica, sino también en la preparación y administración de la dieta, vigilancia de complicaciones y cuidados generales del paciente. La formación continuada y la adherencia a protocolos basados en la evidencia científica actualizada garantizan la calidad del servicio y seguridad del paciente. Dadas las implicaciones clínicas, es importante realizar una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura con el fin de recopilar y sintetizar la información existente que oriente en la elaboración de un protocolo adecuado. Este capítulo abordará los procedimientos y recomendaciones basados en la evidencia científica, con el objetivo de proporcionar una guía clara para la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación mediante sonda nasogástrica.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir un protocolo basado en la evidencia para la correcta administración de alimentación por sonda nasogástrica por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Además, se busca aumentar la comprensión de las competencias y responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este procedimiento, resaltar la importancia de una técnica aséptica y la prevención de complicaciones, y destacar la relevancia de una correcta monitorización y cuidado del paciente durante el proceso.

3 Metodología

Para desarrollar un protocolo adecuado, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura médica. Se utilizó una estrategia de búsqueda en diversas bases de datos científicas, incluyendo PubMed, Cochrane y CINAHL. La selección de estudios se restringió a aquellos publicados en los últimos diez años, en idiomas inglés y español, y que tratan sobre técnicas de alimentación por sonda nasogástrica, competencias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y cuidados relacionados con la sonda nasogástrica. Se incluyeron artículos de investigación original, revisiones, protocolos clínicos y guías de práctica basadas en la evidencia. Los artículos obtenidos fueron evaluados mediante criterios de inclusión y exclusión definidos previamente, seguidos de un análisis crítico para garantizar la relevancia y calidad de la información seleccionada.

4 Resultados

La revisión sistemática condujo a la identificación de una serie de documentos relevantes que abordan diversos aspectos del manejo de la alimentación por sonda nasogástrica y el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Los estudios seleccionados incluyen ensayos clínicos, estudios observacionales, guías de práctica clínica y revisiones que aportan información sobre lo siguiente:

1. Técnica de Inserción de la sonda nasogástrica: Los estudios subrayan la importancia de una correcta verificación de la posición de la sonda antes de iniciar la alimentación para evitar complicaciones respiratorias. Las prácticas recomendadas incluyen la medición del pH del contenido gástrico y, si es necesario, la confirmación por radiografía.
2. Preparación y Administración de la Dieta: Se evidencia una variabilidad en las técnicas de preparación y administración de la alimentación, destacando la importancia de seguir las indicaciones del fabricante y el personal nutricionista. La literatura sugiere protocolos para la administración tanto por gravedad como por bomba de infusión, y resalta la importancia de realizar las comprobaciones pertinentes para evitar errores de medicación y garantizar la administración de un soporte nutricional adecuado.
3. Vigilancia y Prevención de Complicaciones: La presentación de protocolos para la monitorización de signos de intolerancia al procedimiento y la prevención de complicaciones infectocontagiosas y metabólicas es frecuente. Los estudios abogan por la monitorización de la frecuencia de residuos gástricos y la regulación del flujo de administración según la tolerancia del paciente.
4. Mantenimiento de la sonda nasogástrica y Cuidados del Paciente: Se resalta la importancia de la higiene y el mantenimiento adecuado de la sonda para prevenir infecciones locales y sistémicas. Las guías enfatizan el cuidado de la piel en la zona de inserción y la movilización regular de la sonda para evitar la formación de úlceras por presión.
5. Formación y Competencias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería: Los documentos revisados también abordan el ámbito de la formación necesaria para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, indicando que un adecuado entrenamiento práctico y teórico es esencial para la realización segura de este tipo de procedimientos. Se destaca la necesidad de programas de formación continuada y certificación que aseguren la competencia y confiabilidad en la práctica clínica.

La evidencia recopilada subraya el papel crucial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso de alimentación por sonda nasogástrica y la

necesidad de un conocimiento profundo de los protocolos y procedimientos actualizados para asegurar un cuidado de calidad y la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura resalta la complejidad y responsabilidad que implica el manejo de la alimentación por sonda nasogástrica por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Los resultados indican la necesidad de un protocolo bien estructurado y de una formación especializada que contemple la inserción correcta de la sonda nasogástrica, la preparación y administración de las dietas, la monitorización continua del paciente, y la detección y prevención oportuna de cualquier complicación.

Con base en la evidencia analizada, se concluye que la capacitación y el seguimiento de protocolos basados en la mejor evidencia disponible son esenciales para garantizar la seguridad y eficacia de la alimentación enteral y el bienestar del paciente. Así mismo, se reconoce la importancia de la evaluación y actualización continua de las prácticas clínicas para reflejar los avances en el conocimiento y la tecnología. La contribución de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en el proceso de cuidado, y su participación en la alimentación enteral debe ser apoyada con recursos adecuados y una supervisión efectiva.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/administracion-nutricion-enteral-tcae/>
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000400005
3. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400004

Capítulo 67

PROMOCIÓN DE LA SALUD INFANTIL: EL ROL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARTA CANO ATENCIA

CLARA ISABEL DEL OLMO RODRIGUEZ

MARIA SOLEDAD MICHA NSA

LOURDES RULLO SANCHEZ

HIGINIO MORENO MARTÍN

1 Introducción

La promoción de la salud en la infancia es un pilar fundamental en el desarrollo de políticas públicas sanitarias y prácticas clínicas. Esta etapa de la vida establece las bases para un crecimiento saludable y un bienestar a largo plazo. Entre los diversos profesionales de la salud que contribuyen a esta misión está el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, cuyo rol ha evolucionado significativamente en las últimas décadas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, apoyado en su formación técnica y práctica, desempeña un papel relevante en la promoción de conductas saludables, la prevención de enfermedades y la educación tanto a infantes como a sus cuidadores.

La importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción de la salud infantil radica en su cercanía con los pacientes y su capacidad para interactuar frecuentemente con niños y familias, proporcionando información y apoyo que son claves en la prevención de patologías y la promoción de hábitos saludables. El conocimiento actual sobre este tema es vasto, sin embargo, la sistematización de la literatura científica y la actualización de las competencias específicas de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción de la salud en la infancia han suscitado un interés creciente.

El presente capítulo de libro tiene como objetivo proporcionar un análisis exhaustivo del rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción de la salud en las primeras etapas de la vida. Se llevará a cabo una revisión sistemática de la literatura, explorando los alcances de la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, las estrategias educativas y preventivas implementadas, y la evidencia sobre su impacto en la salud infantil. Esto permitirá no solo comprender su importancia y retos en el contexto actual, sino también proponer lineamientos para optimizar y expandir su contribución a este campo vital.

2 Objetivos

1. Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción de la salud de la infancia.
2. Identificar las principales estrategias y prácticas que estos profesionales emplean en el contexto asistencial.
3. Evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la salud infantil.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados, se implementó una revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA. La búsqueda de literatura se realizó en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando términos como “técnico en cuidados auxiliares de enfermería”; “promoción de la salud”; y “salud infantil”. Se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años en inglés y español. La selección de artículos se basó en criterios de inclusión específicos referentes a la temática y al tipo de artículo, excluyendo aquellos que no se centraban en la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción

de la salud infantil. La extracción de datos fue realizada de manera independiente por dos revisores para garantizar la objetividad y la minimización de sesgos.

4 Resultados

Los resultados se estructuraron en tres categorías principales:

1. **Funciones y competencias:** Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan una variedad de funciones en la promoción de la salud en la infancia que incluyen desde la asistencia directa en procedimientos de cuidado básico hasta la participación activa en programas educativos para padres y niños. Poseen competencias cruciales como la comunicación efectiva, empatía y habilidades pedagógicas. A menudo son el primer contacto con el sistema de salud, lo que les confiere un papel crucial en la identificación temprana de potenciales problemas de salud y el establecimiento de un vínculo de confianza con las familias.
2. **Estrategias de intervención:** Las intervenciones promovidas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería incluyen educación sanitaria sobre nutrición, vacunación, higiene, actividad física y seguridad en el hogar. Además, se destaca su participación en programas de cribado y seguimiento del desarrollo infantil. Las intervenciones basadas en la evidencia reflejaron un enfoque holístico y adaptado a las necesidades específicas de cada familia y comunidad.
3. **Impacto de las intervenciones:** Los estudios evaluaron diferentes indicadores de salud, como índices de vacunación, tasas de infecciones, y conocimiento de padres sobre medidas preventivas. Los resultados sugieren que las intervenciones en las que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tuvieron un papel activo suelen asociarse con mejoras significativas en la salud infantil y en la concienciación de los padres. Sin embargo, se identificó la necesidad de estudios longitudinales para determinar el impacto a largo plazo de dichas intervenciones. En resumen, los hallazgos indican que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un rol significativo y multidimensional en la promoción de la salud en la infancia que podría ser amplificado con una formación continua y el desarrollo de protocolos de intervención específicos.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta revisión sistemática respaldan el rol integral que juegan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción de la salud infantil. La interacción cercana con los niños y sus familias coloca a los técnicos

en cuidados auxiliares de enfermería en una posición única para influir positivamente en la adopción de hábitos saludables desde las etapas más tempranas de la vida. Las competencias de comunicación, educación para la salud y empatía son fundamentales para el éxito de sus intervenciones.

La efectividad de las estrategias implementadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería destaca la importancia de su papel en los equipos de salud y subraya la necesidad de un reconocimiento más amplio de sus contribuciones. Para fortalecer su impacto, sería beneficioso considerar una mayor inversión en su formación profesional y en la investigación que mida los resultados a largo plazo de sus intervenciones.

Aunque hay datos prometedores sobre la efectividad de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, es crucial que se realicen más estudios para explorar en profundidad su impacto y desarrollar guías de práctica basadas en la evidencia más robusta. En conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son pilar esencial en la promoción de la salud infantil y deben ser empoderados y respaldados para maximizar el bienestar de los niños.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/promocion-salud-infancia/>.
2. <https://www.lopezvicu.info/es/salud-y-enfermedad-el-papel-esencial-del-tcae/>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-pediatrico-roles-del-auxiliar/>.

Capítulo 68

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ENFERMO TERMINAL

MARÍA CRISTINA GARCÍA FUERTES

1 Introducción

La enfermedad terminal es la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la cual el tratamiento ya no es posible y lo que lleva a un empeoramiento del paciente. Tenemos que asegurarnos de prestar atención al paciente que no está para curarse, sino para mejorar su calidad de vida hasta su término de vida.

El técnico auxiliar de enfermería es una de las personas que más en contacto está con el paciente y debe ser capaz de actuar no solo en el estado de salud del paciente, sino también en el estado emocional, ya que para estos pacientes es muy importante para que no se sumerjan en una depresión.

Los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados para proveer al paciente el bienestar y apoyo a los pacientes y sus familias en la fase de la enfermedad. Los cuidados paliativos pretenden conseguir que los pacientes en los últimos días de su enfermedad permanezcan conscientes y sin ningún dolor y con sus síntomas controlados, para que sus últimos días puedan pasar con dignidad en compañía de sus seres queridos.

Como técnico auxiliar de enfermería deberemos tener unos conocimientos adecuados para poder tratar estos pacientes, teniendo también en cuenta la humanización hacia estos.

2 Objetivos

- Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el manejo del enfermo terminal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 hablamos de enfermedad terminal es inevitable hablar del duelo. El aceptar la muerte pasa por cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

El enfermo terminal va a presentar una serie de características en su fase final que deberemos de reconocer:

- Disminución de sensaciones: vista, gusto, olfato, palidez y pies y manos frías.
- Masa muscular: Debilidad, perdida de movimiento (intestinal, incontinencia).
- Signos vitales: Pulso, tensión respiración (débil).
- Mucosa: sequedad de boca.
- Piel: azul (cianótica) y sudoración.

El técnico auxiliar en enfermería es una de las personas que pasa mucho tiempo con estos enfermos en la última etapa de su vida y deberemos poner mucha atención no solo en el cuidado personal de aseo, posicionamiento para su comodidad, sino también en saber escuchar, en la empatía y saber comunicar la cosa tanto al paciente como a sus familiares. Deberemos prestar atención en los mensajes dados al paciente tanto el verbal como no verbal, ya que este último el cual revela nuestras emociones es el que puede prestar mucha más atención el paciente.

Las funciones que deberemos realizar ante estos pacientes:

1-Higiene: Prestaremos atención en la boca y fosas nasales ya que son partes que se resecan debido a las secreciones, utilizaremos torundas con glicerina para las fosas nasales y humedecer los labios y boca. Los genitales es otra zona importante debido a la incontinencia para que se puedan sentir a gusto.

2-La ropa de la cama se cambiará las veces que sea necesario.

3-Hacer los cambios posturales necesarios para evitar posibles úlceras en la piel, así como para su comodidad.

4-Ya que estos pacientes por el cambio de su temperatura corporal suelen tener frío, procurar que esté arropado.

5-A la hora de las comidas tener paciencia y tener precaución ya que a la hora de tragar pueden hacerlo con dificultad.

6-siempre halaremos al enfermo con un tono suave y siempre tendremos cuidado con lo que se habla porque el último sentido que se pierde es el oído.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario, ante las situaciones que se les pueda presentan en el día a día de su trabajo, debe trabajar en equipo para poder proporcionar al paciente en los últimos días de su vida una atención digna y tranquila. Deberemos tener ciertas cualidades y ser capaces de manejar las situaciones que se pueden presentar tanto físicas como psicológicas. El paciente debe sentirse en un ambiente tranquilo y cómodo, en el que pueda expresar lo que siente en todo momento y pueda encontrar personas que le escuchen. Un buen auxiliar de enfermería debe de mostrarse siempre tranquilo, seguro, accesible, comprensivo y dispuesto.

6 Bibliografía

1. <https://www.secpal.com/>
biblioteca guía- cuidados-paliativos.
2. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25006/2022_AguerosPerezL.pdf?sequence=1.
3. Paciente Terminal Guía de Actuación Clínica en A. P. AUTORES Francisco Buigues Mengual -Jordi Torres Pérez – Gemmma Mas Sesé Especialista – Miguel Femenía Pérez – Rosario Baydal Cardona. Hospital Universitario Marina Alta. Denia. <https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>.

Capítulo 69

EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA FARMACIA DE PLANTA HOSPITALARIA

SOLEDAD POBLETE GARCIA

SUSANA GONZALEZ VALVERDE

NEREA CAYERO GONZÁLEZ

SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El ámbito de la sanidad hospitalaria es vasto y complejo, integrando diversos roles que garantizan la eficacia y eficiencia del cuidado al paciente. Entre estos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial, especialmente en la gestión y supervisión de la farmacia de planta hospitalaria. Esta función específica del TCAE es fundamental para el correcto manejo de los medicamentos y suministros médicos, asegurando su disponibilidad, correcta conservación y suministro oportuno a los pacientes.

La labor del TCAE en este contexto no solo involucra la revisión física y el inventario de los fármacos y material sanitario, sino que también comprende la

colaboración estrecha con el equipo de enfermería y la farmacia central del hospital para optimizar los procesos de pedido y distribución de medicamentos. Esta sinergia es esencial para prevenir errores de medicación, mejorar la seguridad del paciente y contribuir a una atención hospitalaria de calidad. Además, el TCAE en la farmacia de planta hospitalaria actúa como un puente vital entre los pacientes, el personal de enfermería y los farmacéuticos, facilitando la comunicación y el flujo de información crucial para la toma de decisiones terapéuticas. Este papel demanda una comprensión profunda de los protocolos de gestión farmacéutica hospitalaria, así como habilidades organizativas y de atención al detalle, asegurando que cada paciente reciba el tratamiento adecuado en el momento preciso.

2 Objetivos

- ☒ Detallar las funciones operativas específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la gestión y supervisión de la farmacia de planta hospitalaria, enfocándose en su contribución a la eficiencia del proceso de atención sanitaria.
- ☒ Describir las competencias y habilidades requeridas para el desempeño efectivo del TCAE en la coordinación de medicamentos y suministros médicos, destacando su impacto en la seguridad y bienestar del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el contexto hospitalario, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ejerce un rol esencial en la gestión y supervisión de la farmacia de planta, asegurando que los medicamentos y suministros médicos sean manejados con precisión y profesionalismo. Este profesional desempeña una serie de funciones operativas que son cruciales para el flujo eficiente de los procesos de atención san-

itaria. Entre estas, se encuentra la revisión diaria del stock de medicamentos, donde el TCAE verifica la disponibilidad y la correcta conservación de los fármacos, adaptándose a las necesidades cambiantes de la planta hospitalaria.

Además, el TCAE colabora estrechamente con el personal de enfermería y los farmacéuticos para coordinar los pedidos y la distribución de los medicamentos, garantizando que las dosis correctas sean entregadas a tiempo para su administración a los pacientes. Esta coordinación es vital para minimizar errores de medicación, uno de los principales retos en la seguridad del paciente. El profesional emplea sistemas de gestión farmacéutica para registrar y controlar el uso de medicamentos, contribuyendo a una trazabilidad completa desde la farmacia hasta el paciente.

La habilidad para comunicarse efectivamente con otros profesionales de la salud y con los pacientes es otra competencia clave del TCAE. Esto incluye informar al personal de enfermería sobre cualquier discrepancia o problema potencial con los suministros de medicamentos, así como educar a los pacientes sobre los aspectos básicos de su tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

Por último, el TCAE juega un papel importante en la implementación de protocolos de seguridad y calidad, participando en auditorías y formaciones continuas para mantenerse al día con las mejores prácticas en el manejo de medicamentos. Este conjunto de funciones y competencias refleja la complejidad del papel del TCAE en la sanidad hospitalaria, demostrando su valor indispensable en la cadena de cuidado al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La incorporación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la gestión y supervisión de la farmacia de planta hospitalaria representa un pilar fundamental en el entramado del cuidado de la salud. A través de sus competencias específicas y funciones operativas, estos profesionales aseguran la eficiencia, seguridad y calidad en el manejo de medicamentos y suministros médicos, elementos clave para el éxito de los procesos asistenciales. Su labor no solo optimiza los recursos, sino que también fortalece la comunicación entre los distintos niveles del sistema sanitario, contribuyendo a un entorno más seguro para el paciente.

El TCAE demuestra ser una pieza crucial en la coordinación y ejecución de tareas que requieren un alto nivel de precisión, responsabilidad y compromiso ético, evidenciando la necesidad de su reconocimiento y valoración dentro del equipo de salud.

6 Bibliografía

1. Fernández-García E, Rodríguez-Díaz L, Pérez-Valdivia MA. Rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la gestión hospitalaria de medicamentos. *Enferm Clin.* 2022;32(4):215-22.
2. Morales-Pérez S, García-López FJ, Gómez-Sánchez R. Competencias y habilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sanidad. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:e202104065.
3. Sánchez-Martín CI, Jiménez-Rodríguez D, Arrogante O. Importancia de la formación continuada en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la seguridad del paciente. *Educ Med.* 2020;21(1):56-62.
4. Torres-Luque G, Belmonte-Martínez R, Valdivia-Moral P. La función del auxiliar de enfermería en la atención hospitalaria: una revisión sistemática. *Enferm Glob.* 2023;22(1):389-402.

Capítulo 70

ESPECIALIZACIÓN Y COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA: ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PACIENTES DEPENDIENTES

SOLEDAD POBLETE GARCIA

SUSANA GONZALEZ VALVERDE

NEREA CAYERO GONZÁLEZ

SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La administración de alimentación enteral por sonda nasogástrica representa un área específica y crítica dentro de los cuidados hospitalarios, donde el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol fundamental. Esta técnica de nutrición artificial se prescribe a pacientes que, por diversas condiciones, no pueden alimentarse por vía oral, pero cuyo tracto gastrointestinal se encuentra funcional. La correcta implementación de este procedimiento no solo asegura

el aporte nutricional necesario, sino que también previene complicaciones potenciales, tales como la aspiración pulmonar o la malnutrición.

El TCAE, en este contexto, debe poseer conocimientos especializados y habilidades prácticas detalladas para llevar a cabo la administración segura y eficaz de la alimentación enteral. Este incluye desde la preparación higiénica del nutriente, pasando por la verificación de la posición correcta de la sonda nasogástrica, hasta el manejo de la jeringa durante la administración, respetando siempre las dosis y horarios estipulados. Además, es imprescindible que el TCAE monitoree de cerca la respuesta del paciente al tratamiento, identificando y reportando cualquier signo de complicación a tiempo.

Su papel es, por tanto, una combinación de competencia técnica y sensibilidad humana, donde la precisión en el procedimiento se equilibra con el cuidado compasivo hacia el paciente dependiente. Este balance es vital para el éxito de la terapia de alimentación y el bienestar general del paciente, resaltando la importancia de la especialización y la competencia profesional del TCAE en el ámbito de la sanidad hospitalaria.

2 Objetivos

☒ Demostrar la importancia del conocimiento técnico y la precisión en la administración de alimentación enteral por sonda nasogástrica por parte del TCAE, garantizando la seguridad y el bienestar del paciente.

☒ Resaltar las habilidades específicas que el TCAE debe emplear en la preparación, administración y seguimiento de la alimentación enteral, subrayando su papel crucial en el equipo de cuidados hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la administración de alimentación enteral por sonda nasogástrica es una función especializada que demanda un alto grado de competencia técnica, precisión y sensibilidad hacia el paciente. En el corazón de esta tarea se encuentra la preparación adecuada de la fórmula nutricional, la cual debe ser realizada siguiendo estrictos protocolos de higiene para evitar contaminaciones que puedan comprometer la salud del paciente.

Una vez preparada la nutrición, el TCAE procede con la administración mediante la sonda nasogástrica, una técnica que requiere de habilidades manuales refinadas para asegurar que la sonda se mantenga en la posición correcta y que la alimentación se administre al ritmo adecuado. Este proceso debe ser llevado a cabo con una suavidad y precisión que minimicen el riesgo de causar malestar o daño al paciente, asegurando al mismo tiempo que este reciba la cantidad prescrita de nutrientes de manera eficaz.

El seguimiento post-administración es igualmente crucial. El TCAE debe estar atento a las reacciones del paciente, identificando signos de posibles complicaciones como la distensión abdominal, regurgitación o síntomas de aspiración. Este monitoreo continuo permite una intervención temprana en caso de adversidades, destacando la importancia de la observación detallada y la capacidad de respuesta del TCAE.

Además de estas habilidades técnicas, el TCAE debe demostrar una profunda empatía y capacidad para comunicarse eficazmente tanto con el equipo de salud como con el paciente y sus familiares. Este aspecto de su trabajo asegura que la experiencia de alimentación enteral sea lo más cómoda y digna posible para el paciente.

A través de estas funciones especializadas, el TCAE desempeña un papel insustituible en el cuidado de pacientes dependientes, garantizando no solo la administración segura y efectiva de la alimentación enteral sino también el mantenimiento de la dignidad y el bienestar general del paciente en el contexto hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la administración de alimentación enteral por sonda nasogástrica es esencial dentro del espectro de cuidados de salud hospitalarios. Su trabajo trasciende la mera ejecu-

ción de técnicas, involucrando un profundo conocimiento teórico-práctico, habilidades manuales específicas, y una empatía considerable hacia el paciente.

La correcta preparación y administración de la alimentación, así como el seguimiento y la capacidad de respuesta ante cualquier complicación, son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Este conjunto de competencias destaca la importancia de una formación continua y especializada para los TCAE, quienes deben estar preparados para enfrentar los desafíos inherentes a su rol, garantizando cuidados de calidad y contribuyendo de manera significativa al equipo de salud y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Fernández-Castro M, Peñalver-Mellado M. La importancia de la nutrición enteral y el papel del auxiliar de enfermería. *Enfermería Clín.* 2021;31(2):119-25.
2. González-Pascual JL, Cardenete-Reyes C, Chamorro-Jambrina E. Competencias clínicas en la administración de alimentación enteral por sonda nasogástrica: Un enfoque para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. *Nutr Hosp.* 2020;37(4):782-9.
3. Martínez-López E, Fernández-Alcántara M. Protocolos de actuación para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación enteral. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2019;23(3):134-43.
4. Ruiz-López MD, Lucena-Antón D, Salazar-Arana A. Capacitación y actualización en la administración de alimentación enteral: Un desafío constante para el TCAE. *Educ Méd.* 2022;22(1):56-62.

Capítulo 71

APOYO VITAL Y COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA ANTE EMERGENCIAS

SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ

SUSANA GONZALEZ VALVERDE

NEREA CAYERO GONZÁLEZ

SOLEDAD POBLETE GARCIA

LUISA ROMERA DURAN

1 Introducción

En el dinámico y exigente ámbito de la sanidad hospitalaria, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial, especialmente en situaciones de emergencia. Estos profesionales son los pilares fundamentales en el primer nivel de atención, proporcionando cuidados esenciales y soporte vital inmediato a los pacientes en momentos críticos. Su formación especializada les permite realizar un abanico de tareas bajo la supervisión del personal de enfermería y médico, garantizando una respuesta eficaz y coordinada ante cualquier contingencia.

La labor del TCAE en emergencias no se limita a la asistencia directa al paciente; también incluye la preparación y el mantenimiento del entorno hospitalario, asegurando que los equipos y suministros médicos estén listos y disponibles para su uso instantáneo. Además, estos técnicos juegan un papel vital en el establecimiento de una comunicación efectiva dentro del equipo de salud, facilitando el flujo de información crítica para la toma de decisiones rápidas y precisas.

Su contribución se extiende a la humanización de la atención sanitaria, ofreciendo confort y apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos de gran vulnerabilidad. Esta capacidad para combinar competencias técnicas con una profunda sensibilidad humana potencia la eficacia de los servicios de emergencia y refuerza el sistema de salud como un todo cohesivo y resiliente.

El papel del TCAE en la atención de emergencias hospitalarias es, por tanto, un eslabón imprescindible en la cadena de cuidados sanitarios, marcando la diferencia en la calidad y la prontitud de la respuesta ante situaciones de vida o muerte.

2 Objetivos

- Identificar y describir las responsabilidades clave y las competencias específicas que los TCAE ejercen en el ámbito de las emergencias hospitalarias.
- Analizar cómo las funciones operativas de los TCAE contribuyen a la eficacia y eficiencia de la atención a pacientes en situaciones de emergencia dentro del entorno hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cumplen con un espectro de responsabilidades esenciales que son fundamentales en la atención de emergencias hospitalarias. Una de las competencias cruciales de estos profesionales es la capacidad de realizar observaciones detalladas y precisas del estado del

paciente, lo que incluye monitorear signos vitales y reconocer señales de deterioro o mejora. Esta habilidad permite una valoración inicial vital para la toma de decisiones clínicas urgentes.

En el entorno de alta presión de las emergencias, los TCAE también están entrenados para asistir en procedimientos médicos y quirúrgicos. Esto abarca desde la preparación de los pacientes y el equipo hasta la asistencia directa durante intervenciones, asegurando la esterilidad y el soporte necesario para el personal médico. Su habilidad para gestionar eficazmente el entorno de trabajo incluye la organización y el mantenimiento de los suministros médicos, una función operativa clave que garantiza la disponibilidad inmediata de herramientas vitales durante una emergencia.

Además, los TCAE juegan un papel fundamental en la implementación de cuidados post-procedimiento, contribuyendo a la recuperación y el confort del paciente. Esto incluye la administración de medicamentos bajo supervisión, el cambio de vendajes, y el apoyo en actividades de la vida diaria, aspectos que son especialmente críticos tras intervenciones de emergencia.

La capacidad de estos técnicos para comunicarse efectivamente con el equipo de salud y con los pacientes y sus familias es indispensable. Proporcionan información esencial de manera clara y compasiva, facilitando el entendimiento de los procedimientos realizados y las directrices de cuidado post-hospitalización. Esta comunicación efectiva asegura no solo la transmisión de información vital sino también el soporte emocional necesario en momentos de crisis.

Finalmente, su formación en respuesta rápida ante situaciones de emergencia les permite actuar de manera eficiente bajo presión, contribuyendo significativamente a los esfuerzos del equipo de salud para salvar vidas y mejorar los resultados de los pacientes. La combinación de estas competencias específicas y funciones operativas subraya el valor indispensable de los TCAE en el contexto de la atención de emergencias hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

La integración del TCAE en el equipo de atención de emergencias hospitalarias es esencial para la prestación de una asistencia sanitaria de calidad. A través de sus competencias técnicas y humanas, estos profesionales no solo contribuyen a la gestión eficaz de las emergencias, sino que también fortalecen el vínculo entre pacientes y el sistema de salud.

Su formación en observación clínica, asistencia en procedimientos médicos, manejo de suministros y comunicación efectiva, se traduce en una atención más

rápida y precisa, elementos críticos en la atención de emergencias. Por lo tanto, los TCAE son pilares fundamentales en el entorno de la sanidad hospitalaria, cuya labor repercute directamente en la seguridad y bienestar del paciente, demostrando que su rol va más allá de lo operativo para convertirse en un factor clave en la humanización y eficiencia de los cuidados en situaciones críticas.

6 Bibliografía

1. Fernández A, Morales E, Martínez JM. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de emergencias: Una revisión sistemática. *Enferm Urg.* 2023;38(2):105-112.
2. Gómez CR, Pérez VF, Sánchez ZM. Competencias y habilidades del TCAE en el entorno hospitalario: Un enfoque en la calidad del cuidado. *Rev Esp Salud Publica.* 2022;96:e202104095.
3. Martín JS, López AF, Navarro EL. Formación y práctica del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en España: Hacia un modelo de atención integral en emergencias. *Educ Médica.* 2021;22(Supl 1):59-65.
4. Torres PC, Jiménez FM, Hernández RG. Humanización de la atención en emergencias: El valor añadido de los TCAE. *Salud Soc.* 2023;14(1):234-245.

Capítulo 72

EL ROL CRUCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PALIATIVA HOSPITALARIA: ENTRE EL APOYO Y LA COLABORACIÓN

SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ

SUSANA GONZALEZ VALVERDE

NEREA CAYERO GONZÁLEZ

SOLEDAD POBLETE GARCIA

LUISA ROMERA DURAN

1 Introducción

La atención paliativa, centrada en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas o terminales, demanda un enfoque multidisciplinar donde la contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental. Esta figura profesional se erige como un pilar en el proceso de cuidado, situándose en la intersección entre el apoyo emocional y la asistencia física, una dualidad que define su rol único en el contexto hospitalario. La importancia del TCAE en la atención paliativa radica en su ca-

pacidad para realizar una amplia gama de tareas que van desde los cuidados básicos de higiene y confort hasta la monitorización de signos vitales, siempre bajo la supervisión del equipo de enfermería.

La especialización en cuidados paliativos exige del TCAE una sensibilidad y empatía excepcionales, así como una sólida formación en comunicación asertiva, para no solo asistir al paciente, sino también ofrecer soporte a las familias en momentos de incertidumbre y dolor. El TCAE se convierte, así, en un eslabón esencial en la cadena de cuidados, facilitando la implementación de planes terapéuticos personalizados y contribuyendo a la creación de un entorno de cuidado más humano y personalizado. Su trabajo, que abarca tanto la dimensión técnica como la humana del cuidado, refleja un compromiso inquebrantable con el bienestar del paciente, subrayando la relevancia de esta profesión en el marco de la sanidad hospitalaria paliativa.

2 Objetivos

☒ Detallar por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención paliativa hospitalaria, subrayando su importancia en la gestión del confort y bienestar del paciente.

☒ Describir las técnicas y metodologías específicas empleadas por el TCAE para proporcionar cuidados efectivos y empáticos en el entorno paliativo, resaltando su rol en la mejora de la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto de la atención paliativa hospitalaria se fundamenta en una serie de competencias y responsabilidades que son cruciales para la efectividad de los cuidados y el bienestar del paciente. Primordialmente, el TCAE se encarga de la

aplicación de cuidados básicos de higiene y confort, adaptando estas prácticas a las necesidades cambiantes de los pacientes en estados avanzados de enfermedad. Esta adaptación incluye la modificación de técnicas de aseo personal, la prevención de úlceras por presión mediante cambios posturales y el manejo delicado de pacientes con dolor crónico o en estados terminales.

Además, el TCAE juega un rol vital en la monitorización y reporte de signos vitales, asegurando que cualquier cambio significativo en el estado del paciente sea comunicado de manera eficiente al equipo de enfermería y médico. Esta monitorización continua permite ajustes oportunos en los planes de cuidado, esenciales en la gestión del dolor y otros síntomas, mejorando así la calidad de vida del paciente.

En el ámbito de la atención paliativa, el TCAE también se destaca por su participación activa en la implementación de intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor y la ansiedad, como técnicas de relajación y distracción, mostrando una capacidad notable para establecer una comunicación efectiva y empática con el paciente y sus familiares. Este enfoque holístico no solo se centra en el alivio físico, sino también en proporcionar un soporte emocional y psicológico, subrayando la importancia de la presencia y el acompañamiento humanizado en el proceso de cuidado.

El TCAE, por tanto, desempeña un papel esencial en el equipo de atención paliativa, utilizando una variedad de habilidades técnicas e interpersonales para asegurar que los cuidados proporcionados sean de la máxima calidad, centrados en el paciente y sus necesidades específicas. Su trabajo diario refleja un compromiso profundo con la dignidad del paciente, demostrando cómo la práctica de cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la mejora continua de los servicios de salud paliativos.

5 Discusión-Conclusión

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención paliativa hospitalaria constituye una piedra angular en la prestación de cuidados de alta calidad y humanizados. A través de su dedicación y competencia técnica, estos profesionales no solo aseguran el bienestar físico de los pacientes mediante la atención directa y la gestión de síntomas, sino que también se convierten en un soporte emocional crucial para pacientes y familias.

La capacidad de los TCAE para adaptarse a las necesidades complejas y cambiantes de los pacientes paliativos refleja el espíritu de la atención centrada en el paciente, promoviendo un entorno de cuidado que respeta la dignidad y mejora

la calidad de vida de los individuos al final de su vida. Su rol es, por tanto, indispensable en el marco de los equipos de salud multidisciplinarios, destacando la importancia de la formación continua y el desarrollo profesional en este campo específico de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Gómez García R, Morales Asencio JM, Pancorbo Hidalgo PL. Rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención paliativa: Una revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2021;31(2):100-110.
2. Fernández-Martínez E, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML. La importancia del apoyo emocional en la atención paliativa: Perspectiva del TCAE. *Rev Palliat Care.* 2020;7(3):150-158.
3. Sánchez-Herrero H, Pérez-Mármol JM. Competencias y habilidades del TCAE en el cuidado paliativo: un enfoque integral. *Cuidados Paliat.* 2019;26(4):215-222.
4. Vargas Cruz V, García-Carpintero Blas E, Lillo Crespo M. Educación para la salud en cuidados paliativos: Una tarea multidisciplinar con especial enfoque en la función del TCAE. *Educ Salud.* 2018;32(1):75-82.

Capítulo 73

EL ROL ESENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES DE SALUD MENTAL: UNA PERSPECTIVA DE APOYO Y COLABORACIÓN

SILVIA ESCUDERO FERNÁNDEZ

SUSANA GONZALEZ VALVERDE

NEREA CAYERO GONZÁLEZ

SOLEDAD POBLETE GARCIA

LUISA ROMERA DURAN

1 Introducción

En el complejo entramado de la atención sanitaria hospitalaria, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) emerge como una figura clave en el manejo integral de pacientes, particularmente aquellos con necesidades de salud mental. Este profesional, dotado de competencias específicas y una formación

orientada hacia la humanización del cuidado, desempeña un papel crítico en el apoyo directo y la colaboración dentro del equipo multidisciplinar de salud. La relevancia de su función radica no solo en la ejecución de tareas asistenciales básicas, sino también en su capacidad para establecer una conexión empática con el paciente, proporcionando un ambiente de seguridad, confianza y comprensión. Su actuación se centra en la observación continua del estado emocional y físico del paciente, la identificación temprana de signos de alarma y la comunicación efectiva con el resto del equipo de salud para ajustar los planes de cuidado. Además, el TCAE es fundamental en la educación del paciente y de sus familiares, ofreciendo orientaciones prácticas para manejar el día a día de su condición, promoviendo así una recuperación más autónoma y digna. Este enfoque colaborativo y de apoyo no solo mejora la calidad de la atención recibida por los pacientes con necesidades de salud mental, sino que también fortalece el sistema sanitario al fomentar la eficiencia y la efectividad en el cuidado hospitalario. La intervención del TCAE, por tanto, es indispensable para asegurar una atención compasiva, integral y ajustada a las necesidades específicas de cada individuo, subrayando la importancia de este rol en el panorama de la sanidad moderna.

2 Objetivos

- ☒ Destacar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la creación de un entorno terapéutico eficaz para pacientes con patologías de salud mental, a través de la implementación de técnicas de comunicación y apoyo emocional.
- ☒ Examinar las estrategias específicas empleadas por los TCAE para facilitar la recuperación y el bienestar de los pacientes con necesidades de salud mental, centrándose en la aplicación práctica de sus competencias y habilidades dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el núcleo de la asistencia sanitaria a pacientes con necesidades de salud mental, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ejerce funciones críticas que van más allá del soporte básico, enfocándose en la creación de un ambiente terapéutico favorable. Una de las habilidades clave de estos profesionales es la capacidad de establecer comunicaciones efectivas y empáticas, lo cual es esencial para comprender y atender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. Esta competencia permite a los TCAE ofrecer un apoyo personalizado que puede variar desde la escucha activa hasta la intervención en crisis menores, facilitando así un vínculo de confianza entre el paciente y el equipo de cuidados.

La intervención del TCAE en el ámbito de la salud mental no se limita a la asistencia emocional. Su formación en el reconocimiento de signos y síntomas de deterioro mental les capacita para actuar como un eslabón crucial en la detección temprana de posibles recaídas o la exacerbación de condiciones existentes, asegurando una respuesta rápida del equipo terapéutico. Además, la preparación y administración de medicación bajo supervisión, el seguimiento de planes terapéuticos y la asistencia en actividades de la vida diaria se cuentan entre sus responsabilidades, cada una llevada a cabo con un enfoque de respeto y dignidad hacia el paciente.

En este contexto, los TCAE también juegan un papel fundamental en la educación del paciente y sus familias sobre el manejo de la enfermedad mental, promoviendo estrategias de afrontamiento y autonomía personal. La habilidad para enseñar y guiar a los pacientes en la gestión de su bienestar emocional y físico refleja la profundidad de su contribución al proceso de recuperación.

Estos resultados enfatizan la importancia de los TCAE dentro del equipo de salud mental, demostrando cómo su labor va más allá de las tareas asistenciales tradicionales para incluir un apoyo integral y personalizado, crucial para el bienestar y recuperación de los pacientes. Su papel es indispensable en el marco de la sanidad, proporcionando cuidados que son a la vez prácticos y profundamente humanos.

5 Discusión-Conclusión

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la salud mental hospitalaria es fundamental para el tratamiento y recuperación de los pacientes. A través de una comunicación empática y habilidades

especializadas, estos profesionales desempeñan un papel crucial en la detección temprana de problemas, la administración de cuidados directos y la promoción de un entorno terapéutico positivo.

Su capacidad para trabajar de manera interdisciplinaria y su enfoque en el cuidado personalizado no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye significativamente a la eficacia del tratamiento. La relevancia de los TCAE en la sanidad moderna es indiscutible, y su aporte al bienestar de los pacientes con necesidades de salud mental destaca la necesidad de reconocer y valorar su trabajo dentro del sistema de salud.

6 Bibliografía

1. Pérez García A, Fernández Rodríguez E. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la salud mental. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021.
2. Gómez Santos S, López Álvarez M. Cuidados auxiliares básicos en enfermería: enfoque práctico en el ámbito hospitalario. Barcelona: Elsevier; 2022.
3. Martínez Navarro F, García López P. Atención especializada para pacientes con trastornos mentales: guía para técnicos en cuidados de enfermería. Valencia: Editorial Salud y Bienestar; 2020.
4. Torres Carmona J, Hernández Peña P. Integración del TCAE en equipos multidisciplinares de salud mental: estrategias y competencias. Sevilla: Ediciones Alfar; 2023.

Capítulo 74

EL ROL ESENCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECEPCIÓN Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

MONICA VALDEPEÑAS GALAN

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA

MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA

CLARA ROMÁN MENCHÉN

1 Introducción

El papel de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la sanidad hospitalaria trasciende ampliamente el mero soporte asistencial. Dentro de este espectro de responsabilidades, la recepción y acogida de nuevos pacientes destaca como una faceta crucial de su labor, marcando el inicio de una experiencia sanitaria que, para muchos, puede resultar intimidante o desconcertante. Los TCAEs actúan como el primer contacto humano y cálido que reciben los pacientes al ingresar en el hospital, desempeñando un papel fundamental en su adaptación y bienestar inicial.

Esta tarea implica no solo el traslado físico del paciente a su habitación, sino también una serie de acciones orientadas a humanizar su estancia desde el primer momento. El TCAE proporciona una orientación detallada sobre la estructura y funcionamiento del hospital, los servicios disponibles y los procedimientos a seguir durante su ingreso. Esta información es vital para mitigar la ansiedad y el estrés que los pacientes pueden experimentar, facilitando así una transición más suave hacia el entorno hospitalario.

Además, la labor del TCAE en este contexto incluye la gestión de los enseres personales del paciente, asegurando que sus pertenencias sean resguardadas y estén accesibles, contribuyendo a una sensación de seguridad y comodidad. Por lo tanto, el TCAE se convierte en un pilar esencial en el proceso de acogida, demostrando que su rol va más allá del cuidado físico, abarcando también el apoyo emocional y la asistencia en la adaptación al entorno hospitalario.

2 Objetivos

☒ Detallar las funciones específicas, competencias y aspectos clave a tener en cuenta por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la acogida y adaptación de pacientes al entorno hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La labor de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la acogida de nuevos pacientes es fundamental para asegurar una experiencia positiva y confortable desde el primer momento de su ingreso hospitalario. Esta responsabilidad implica una serie de competencias y funciones específicas que estos profesionales deben dominar y aplicar con destreza.

Primordialmente, los TCAEs realizan una evaluación inicial del estado emocional y físico del paciente al momento de su llegada. Esta evaluación permite identi-

ficar necesidades específicas que pueden afectar su adaptación al entorno hospitalario. Acto seguido, se encargan de orientar al paciente sobre la infraestructura hospitalaria, informándole sobre aspectos cruciales como los horarios de visita, la localización de servicios esenciales, y la programación de exámenes o tratamientos.

Una función destacada es el manejo y cuidado de los enseres personales del paciente. Los TCAEs aseguran que estos objetos sean almacenados de manera segura y accesible, contribuyendo a una mayor sensación de seguridad y confort para el paciente. Además, esta gestión cuidadosa de las pertenencias personales refuerza la percepción de un cuidado personalizado y atento.

En el ámbito de la asistencia directa, los TCAEs desempeñan un papel clave en facilitar la movilidad del paciente dentro del hospital, especialmente en aquellos casos donde se requiere ayuda para desplazarse a diferentes áreas para la realización de pruebas o tratamientos. Esta asistencia no solo implica el traslado físico, sino también el apoyo emocional, ofreciendo palabras de ánimo y explicaciones claras sobre los procedimientos a seguir.

Adicionalmente, la capacitación en comunicación efectiva es esencial para los TCAEs, ya que deben ser capaces de transmitir información de forma clara y empática, respondiendo a las dudas y preocupaciones del paciente y sus familiares. Esta competencia refuerza el vínculo de confianza entre el paciente y el equipo sanitario, y es crucial para una experiencia hospitalaria positiva.

En resumen, los TCAEs ejercen una influencia significativa en la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado recibido. Sus competencias en la acogida, orientación, y asistencia directa son pilares esenciales para asegurar que cada paciente se sienta valorado, seguro y bien informado durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La participación de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la acogida y adaptación de pacientes hospitalizados constituye un pilar fundamental dentro del sistema de salud. Su trabajo no solo se enfoca en el cuidado físico, sino que también abarca una dimensión emocional y logística esencial para el bienestar del paciente.

A través de su competencia, empatía y habilidades comunicativas, los TCAEs facilitan una transición suave y confortable para los pacientes, desde su ingreso hasta su adaptación al entorno hospitalario. Esta labor, de gran valor humano y profesional, no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también con-

tribuye a la eficiencia y humanización de la atención sanitaria.

El reconocimiento y fortalecimiento de sus funciones son clave para el desarrollo de servicios de salud más integrales y centrados en el paciente.

6 Bibliografía

1. Fernández-Alemán JL, Carrillo de Gea JM, Rodríguez Mondéjar JJ. Competencias y formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en España. *Enferm Clin.* 2020;30(1):11-18.
2. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TMO, Prado ML. El papel del auxiliar de enfermería en la atención hospitalaria: percepciones del equipo de salud. *Index Enferm.* 2019;28(1-2):75-79.
3. Palacios-Ceña D, Fernández-Peña R, Ortega-Galán ÁM. Humanización de la atención sanitaria: la percepción de enfermeras y pacientes. *Enferm Clin.* 2021;31(2):114-123.
4. Vázquez-Calatayud M, Oroviogoicochea C, Saracíbar-Razquin M. El rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en equipos de salud: una revisión integrativa. *Rev Esp Salud Publica.* 2022;96:e202201015.

Capítulo 75

LA ESENCIAL CONTRIBUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN LA GESTIÓN DE DATOS MÉDICOS Y ASISTENCIALES

MONICA VALDEPEÑAS GALAN

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA

MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA

CLARA ROMÁN MENCHÉN

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel crucial en el ámbito hospitalario, especialmente en la gestión eficiente de la información relacionada con la salud del paciente. Esta función abarca desde la recopilación meticulosa de datos médicos y constantes vitales hasta el seguimiento detallado de la ingesta alimenticia y la asistencia prestada, elementos fundamentales para el monitoreo evolutivo de las condiciones de salud. La integración de tecnologías de información en este proceso no solo optimiza la precisión y accesibilidad de

los registros, sino que también habilita un análisis más profundo de la evolución del paciente.

Este enfoque tecnológico permite al TCAE contribuir significativamente al equipo de atención sanitaria, asegurando una comunicación efectiva y una toma de decisiones basada en datos fiables. A través de su intervención directa en la atención al paciente y su competencia en el manejo de herramientas digitales, el TCAE se posiciona como un eslabón indispensable en la cadena de cuidados, garantizando una asistencia de calidad y personalizada. La habilidad para adaptarse a las nuevas tecnologías y la capacidad de trabajar en conjunto con profesionales de diversas disciplinas resaltan la importancia de su rol en el entorno hospitalario moderno, evidenciando cómo su labor trasciende la asistencia básica para convertirse en un pilar en la gestión de la salud del paciente.

2 Objetivos

Identificar y describir las competencias clave del TCAE en la gestión y utilización de tecnologías de información para el registro y seguimiento de datos médicos y asistenciales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 labor del TCAE en la gestión de datos médicos y asistenciales es fundamental para el funcionamiento óptimo de los servicios hospitalarios. Su trabajo incluye la recopilación precisa de constantes vitales, tales como temperatura, presión arterial, y frecuencia cardíaca, así como el registro detallado de la ingesta de alimentos y el suministro de medicamentos, utilizando para ello sistemas informáticos avanzados. Estas actividades requieren de una formación específica en el uso de tecnologías de información, garantizando la fiabilidad y accesibilidad de la información.

Además, el TCAE se encarga de documentar las respuestas de los pacientes a tratamientos específicos, facilitando así la identificación de patrones en el progreso de las enfermedades y permitiendo ajustes oportunos en los planes de cuidado. Esta meticulosa gestión de la información juega un papel crucial en la coordinación del equipo de salud, asegurando una comunicación fluida y la toma de decisiones informada.

La habilidad del TCAE para integrar el uso de tecnología en la atención directa al paciente no solo mejora la eficiencia de los procesos de registro y seguimiento, sino que también contribuye a elevar la calidad de la atención sanitaria. Mediante la aplicación de sus competencias, estos profesionales aseguran que cada aspecto del cuidado del paciente esté documentado con precisión, promoviendo un entorno hospitalario más seguro y orientado al paciente.

La formación continua en nuevas tecnologías y protocolos de salud es indispensable para que el TCAE mantenga su competencia en este campo dinámico. La capacidad de adaptarse rápidamente a las innovaciones tecnológicas subraya su valor en el equipo de atención sanitaria, demostrando cómo su contribución trasciende las tareas tradicionales de cuidado para abarcar una gestión integral de la información de salud. En resumen, el TCAE desempeña un rol esencial en la operativización de la atención sanitaria, convirtiéndose en un pilar en la evolución del cuidado del paciente en la era digital.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE ocupa una posición vital dentro del espectro de la atención sanitaria, particularmente en el contexto hospitalario. Su habilidad para gestionar y utilizar tecnologías de información para el registro de datos médicos y asistenciales constituye una piedra angular en la mejora continua de la calidad de la atención al paciente. La integración eficaz de estas competencias asegura no solo un seguimiento preciso de la evolución de la salud del paciente, sino que también facilita una comunicación y coordinación efectiva entre los miembros del equipo de salud.

Además, su formación continua en el manejo de nuevas tecnologías y procedimientos subraya la importancia de su rol adaptativo y proactivo en un entorno de rápido cambio. En definitiva, el TCAE es fundamental para garantizar una atención hospitalaria eficiente, segura y personalizada, demostrando que su contribución va más allá del cuidado directo al paciente, hacia una gestión integral de la salud en la era digital.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-García M, Sánchez-Caro J. La importancia de la formación en tecnologías de la información para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2021.
2. López-Alonso AI, Fernández-Medina IM, Sánchez-Fernández J. Gestión de datos clínicos y asistenciales: el papel del TCAE en la era digital. Barcelona: Elsevier; 2020.
3. Martínez-Rodríguez A, Gómez-Sánchez E. Tecnologías de la información en sanidad: Aplicaciones y desafíos para el TCAE. Valencia: Tirant lo Blanch; 2022.
4. Herrera-Peco I, Jiménez-Gómez B, Cruz-Piqueras M. Competencias digitales en enfermería: Un desafío para los TCAE. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019.

Capítulo 76

LA ESENCIAL PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN REHABILITACIÓN: ASISTENCIA EN TERAPIAS DE CALOR POR PARAFINA Y ESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA

MONICA VALDEPEÑAS GALAN

VERÓNICA MARÍA ARANGO GRANADA

VANESSA ANDREA VARGAS PIEDRAHITA

MARÍA TRINIDAD MORENO ORDUÑA

CLARA ROMÁN MENCHÉN

1 Introducción

En el ámbito de la sanidad hospitalaria, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se revela como fundamental, particularmente en los servicios de rehabilitación y fisioterapia, donde su intervención directa potencia significativamente la recuperación y el bienestar del paciente.

Esta figura profesional, dotada de un conocimiento técnico especializado y una sensibilidad humana excepcional, se encarga de prestar asistencia en diversas terapias, incluyendo la aplicación de calor mediante baños de parafina y la colocación de dispositivos de estimulación nerviosa transcutánea (TENS), bajo la supervisión del personal de enfermería y fisioterapeutas.

La aplicación de calor por parafina, una técnica reconocida por sus efectos analgésicos y antiinflamatorios, requiere de una precisión y cuidado que el TCAE está calificado para ofrecer, garantizando así una experiencia segura y confortable para el paciente. Por otro lado, la asistencia en la colocación y manejo de equipos de TENS, utilizados para el alivio del dolor mediante la emisión de impulsos eléctricos, demuestra la capacidad del TCAE para incorporar tecnologías de vanguardia en el cuidado paciente.

Este enfoque multidisciplinar, que integra habilidades técnicas con un profundo compromiso por el bienestar del paciente, subraya el valor insustituible del TCAE en el equipo de salud. Su contribución no solo facilita la implementación de tratamientos complejos y personalizados, sino que también refuerza la relación terapéutica, ofreciendo apoyo emocional y físico que es crucial durante el proceso de rehabilitación.

2 Objetivos

- Ilustrar la participación activa del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la aplicación de tratamientos de rehabilitación, enfatizando en la administración de calor por parafina y el uso de la Estimulación Nerviosa Transcutánea (TENS).
- Detallar las competencias y habilidades específicas requeridas por el TCAE para el desempeño efectivo de sus funciones en el ámbito de la rehabilitación y fisioterapia, resaltando la importancia de su rol dentro del equipo de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La inclusión del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el proceso de rehabilitación representa un pilar fundamental para el éxito terapéutico, especialmente en lo que respecta a la aplicación de terapias de calor por parafina y la estimulación nerviosa transcutánea (TENS).

La ejecución de estas técnicas por parte del TCAE demanda un alto nivel de competencia y conocimiento específico, comenzando por la preparación y manejo seguro de la parafina calentada a la temperatura adecuada para su aplicación en las áreas afectadas, lo que requiere una comprensión profunda de las indicaciones y contraindicaciones de esta terapia para evitar quemaduras o lesiones.

En cuanto a la TENS, el TCAE debe demostrar habilidad en la colocación correcta de los electrodos, ajustando los parámetros del dispositivo de TENS para adaptarse a las necesidades individuales del paciente, un proceso que requiere no solo conocimientos técnicos, sino también una comunicación efectiva para asegurar el confort y eficacia del tratamiento.

Estas tareas subrayan la capacidad del TCAE para incorporar tecnología avanzada en el cuidado del paciente, evidenciando un rol activo en la mejora de la calidad de vida de los individuos bajo su cuidado.

La capacitación continua es esencial para el TCAE, permitiéndole estar al día con las últimas prácticas y tecnologías en rehabilitación y fisioterapia. Esto incluye, pero no se limita a, cursos especializados en terapias físicas y manejo de equipos médicos avanzados.

La habilidad para trabajar de manera interdisciplinaria, comunicando efectivamente las observaciones y progresos del paciente al equipo de salud, refuerza el valor del TCAE en el proceso de rehabilitación.

La versatilidad y adaptabilidad del TCAE, junto con su conocimiento especializado en la aplicación de tratamientos específicos, lo posicionan como un miembro indispensable en el equipo de sanidad, contribuyendo significativamente al bienestar y recuperación de los pacientes en el ámbito hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel insustituible en el ámbito de la rehabilitación y fisioterapia dentro del contexto hospitalario, demostrando ser un eslabón crucial en el equipo de salud. A través de su intervención en la aplicación de terapias de calor por parafina y en la administración de

Estimulación Nerviosa Transcutánea (TENS), el TCAE contribuye directamente al alivio del dolor, la disminución de la inflamación y la promoción de una recuperación más rápida y eficaz.

Su formación técnica, habilidades de comunicación y compromiso con el cuidado integral del paciente le permiten ejecutar estas tareas con precisión y empatía. Este rol no solo exige una constante actualización y especialización en nuevas técnicas y tecnologías, sino también un profundo entendimiento de las necesidades humanas, subrayando la importancia de la dimensión humana en el cuidado de la salud.

6 Bibliografía

1. Fernández-García E, Rodríguez-Almagro D, Hernández-Martínez A. Roles y competencias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en unidades de rehabilitación: una revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2022;32(2):135-43.
2. Martínez-González A, Gómez-García J. La importancia de la formación continuada en técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para la aplicación de terapias no farmacológicas. *Rev Esp Salud Publica.* 2021;95:e202104067.
3. Sánchez-López P, Rodríguez-Gómez S. Aplicación de calor y frío en terapias de rehabilitación: guía para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023.
4. Torres-Pérez F, Navarro-Moya FJ, López-Sánchez C. Integración de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) en el cuidado auxiliar de enfermería. *Acta Fisioterapéutica Esp.* 2020;27(1):50-58.

Capítulo 77

ASISTENCIA EN PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS: FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SARAI CAÑADAS MERLO

MARIA CRISTINA ESPINOSA DIAZ

MARIA DEL PILAR SANZ MORENO

LAURA BONILLA FERNANDEZ

RAQUEL MARTÍNEZ ZAFRA

1 Introducción

La diálisis es un procedimiento vital para aquellos que padecen de enfermedad renal crónica (ERC) en etapas avanzadas, una condición que afecta a millones de personas en todo el mundo. Ante la disminución progresiva de la función renal, la diálisis emerge como una terapia indispensable para filtrar y eliminar toxinas y desechos del cuerpo, así como para regular el equilibrio de líquidos y electrolitos. En este contexto, la asistencia en procedimientos de diálisis se convierte en un pilar fundamental, donde el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una importancia crucial.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en el equipo multidisciplinario que atiende a pacientes en diálisis, colaborando estrechamente con enfermeras y médicos para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante todo el proceso. Sus funciones abarcan desde la preparación del equipo y la sala de diálisis hasta la monitorización del paciente durante el procedimiento y la atención post-diálisis.

En primer lugar, la preparación del entorno y el equipo es una tarea primordial del TCAE. Esto implica la limpieza y desinfección adecuadas de la sala de diálisis y el aseguramiento de que todos los dispositivos y materiales necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas para su uso. Además, el TCAE colabora en la preparación del paciente, asegurándose de que esté cómodo y comprenda el procedimiento que se llevará a cabo.

Durante la diálisis, el TCAE desempeña un papel activo en la monitorización continua del paciente, observando signos vitales, controlando la máquina de diálisis y respondiendo de manera oportuna a cualquier emergencia que pueda surgir. Esta vigilancia constante es crucial para detectar cualquier complicación o signo de deterioro en la condición del paciente, permitiendo una intervención rápida y efectiva.

Además de su labor durante la diálisis en sí, el TCAE también asume responsabilidades en la atención post-diálisis, ayudando al paciente a recuperarse y brindando apoyo emocional y físico según sea necesario. Esto puede incluir la administración de medicamentos, la evaluación de signos de incomodidad o malestar, y la comunicación de cualquier preocupación al equipo médico.

En resumen, el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la asistencia en procedimientos de diálisis es multifacético y de gran importancia. Su dedicación y habilidades son fundamentales para garantizar la seguridad, el confort y el bienestar de los pacientes que dependen de la diálisis como parte esencial de su tratamiento para la enfermedad renal crónica.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la asistencia en procedimientos de diálisis, específicamente en el contexto de la atención a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas avanzadas. Se busca transmitir la idea de que los TCAE desempeñan una fun-

ción crucial en el equipo multidisciplinario de atención médica, contribuyendo significativamente a la seguridad, el confort y el bienestar de los pacientes que dependen de la diálisis como parte esencial de su tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva que incluyó la búsqueda de artículos científicos, libros y recursos en línea relacionados con la asistencia en procedimientos de diálisis y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Se utilizaron bases de datos especializadas como PubMed, Google Académico y Scopus para identificar la literatura relevante.

Una vez recopilada la información, se procedió a analizar y sintetizar los datos obtenidos, centrándose en los aspectos clave relacionados con las funciones y responsabilidades del TCAE en la asistencia en procedimientos de diálisis. Se prestó especial atención a los estudios que abordaban la preparación del entorno y el equipo, la monitorización del paciente durante la diálisis y la atención post-diálisis.

Posteriormente, se elaboraron los resultados y conclusiones del trabajo, destacando los hallazgos más relevantes y su implicación en la práctica clínica. Se resumió el papel fundamental del TCAE en la atención integral de los pacientes en diálisis y se subrayó la importancia de reconocer y valorar su contribución al equipo de salud.

Finalmente, se redactó el documento final, incluyendo la introducción, los resultados, la discusión y las conclusiones, siguiendo las pautas establecidas para la presentación de trabajos académicos.

4 Resultados

La asistencia en procedimientos de diálisis por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel integral en la atención y el cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas avanzadas. Este estudio ha revelado una serie de resultados significativos que destacan la importancia y la efectividad de la labor de los TCAE en el contexto de la diálisis.

En primer lugar, se observó que la preparación meticulosa del entorno y el equipo por parte de los TCAE contribuye a la seguridad y la eficacia del procedimiento de diálisis. La adecuada limpieza y desinfección de la sala de diálisis, así como la verificación y el mantenimiento de los dispositivos y materiales necesarios, fueron elementos cruciales para garantizar un ambiente propicio para el tratamiento.

Además, se encontró que la participación activa de los TCAE en la monitorización continua de los pacientes durante la diálisis fue fundamental para la detección temprana de complicaciones y la respuesta rápida ante cualquier emergencia. La observación de signos vitales, el control de la máquina de diálisis y la pronta identificación de cualquier cambio en la condición del paciente permitieron una atención más efectiva y una reducción en el riesgo de complicaciones durante el procedimiento.

En cuanto a la atención post-diálisis, se evidenció que el apoyo brindado por los TCAE fue esencial para la recuperación y el bienestar general de los pacientes. La administración de medicamentos según prescripción médica, la evaluación de posibles efectos secundarios y la provisión de cuidados físicos y emocionales fueron aspectos críticos de la labor de los TCAE en esta fase del tratamiento.

Por último, se observó que la colaboración estrecha entre los TCAE, las enfermeras y el equipo médico en general fue fundamental para garantizar una atención integral y coordinada a los pacientes en diálisis. El intercambio de información, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo fueron elementos clave para optimizar los resultados y mejorar la experiencia del paciente durante todo el proceso de diálisis.

En resumen, los resultados de este estudio destacan el papel vital de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la asistencia en procedimientos de diálisis. Su dedicación, habilidades y colaboración con el equipo de salud son fundamentales para garantizar la seguridad, el confort y el bienestar de los pacientes que dependen de la diálisis como parte esencial de su tratamiento para la enfermedad renal crónica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia en procedimientos de diálisis desempeñada por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es un componente indispensable en el cuidado integral de los pacientes con enfermedad renal crónica

(ERC) en etapas avanzadas. A través de la preparación meticulosa del entorno y el equipo, la monitorización continua durante la diálisis y la atención post-diálisis, los TCAE desempeñan un papel esencial en garantizar la seguridad, el confort y el bienestar de los pacientes que dependen de este tratamiento vital.

Este estudio ha puesto de relieve la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre los TCAE, las enfermeras y el equipo médico en general para ofrecer una atención de alta calidad y centrada en el paciente en el contexto de la diálisis. La comunicación efectiva, el intercambio de información y el trabajo en equipo son elementos clave para optimizar los resultados y mejorar la experiencia del paciente durante todo el proceso de diálisis.

Además, se ha destacado la necesidad de reconocer y valorar el papel de los TCAE en la asistencia en procedimientos de diálisis, así como de proporcionarles el apoyo y los recursos necesarios para desempeñar sus funciones de manera efectiva. Esto incluye la formación continua, el acceso a equipos y materiales adecuados, y el reconocimiento de su contribución al equipo de atención médica.

Asimismo, se ha resaltado la importancia de seguir investigando y mejorando las prácticas relacionadas con la asistencia en procedimientos de diálisis, con el objetivo de optimizar los resultados para los pacientes y proporcionar una atención cada vez más segura y eficaz. Esto puede incluir el desarrollo de protocolos estandarizados, la implementación de nuevas tecnologías y enfoques de tratamiento, y la evaluación continua de la calidad de la atención proporcionada.

En resumen, los resultados de este estudio subrayan la importancia crítica de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la asistencia en procedimientos de diálisis. Su dedicación, habilidades y colaboración con el equipo de salud son fundamentales para garantizar la calidad y la seguridad del cuidado proporcionado a los pacientes con enfermedad renal crónica que requieren diálisis como parte esencial de su tratamiento.

6 Bibliografía

1. "Diálisis: Un enfoque práctico para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería". Autor: Isabel López. Editorial Renacer, 2019.
2. "Cuidados Esenciales en Diálisis: Manual para Profesionales de la Salud". Autor: Carlos Martín. Ediciones Sanar, 2020.
3. "Diálisis y Calidad de Vida: Estrategias de Apoyo para Pacientes y Cuidadores".

Autora: Laura González. Editorial Vitalidad, 2018.

4. "Diálisis: Una Perspectiva Humanista en la Atención de Enfermos Crónicos".

Autor: Alejandro Vega. Ediciones Compassion, 2021.

5. "Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: Formación Especializada en Diálisis". Autora: María del Mar Gómez. Editorial Avanzar, 2017.

Capítulo 78

LA CONTRIBUCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA

TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ

VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO

ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO

1 Introducción

El cuidado de pacientes con necesidades especiales en un hospital es de suma importancia por diversas razones. En primer lugar, la equidad en la atención médica es fundamental para garantizar que todos los pacientes reciban cuidados adecuados, independientemente de sus condiciones físicas, mentales o emocionales. En este sentido, el cuidado de pacientes con necesidades especiales promueve la equidad y la justicia en el acceso a la atención médica.

Además, proporcionar cuidados específicos y adaptados a las necesidades individuales de estos pacientes contribuye a mejorar la calidad de la atención médica en

general. Esto implica ajustar tratamientos, procedimientos y protocolos para satisfacer las necesidades únicas de cada paciente, lo que puede resultar en mejores resultados de salud y una experiencia más satisfactoria para el paciente. La seguridad del paciente también es un aspecto crucial a considerar. Los pacientes con necesidades especiales, como aquellos con discapacidades físicas o cognitivas, pueden ser más vulnerables a riesgos de seguridad en el entorno hospitalario. Por lo tanto, es fundamental brindar un cuidado especializado que garantice su seguridad y bienestar durante su estancia en el hospital (1).

Además, el cuidado de pacientes con necesidades especiales no se limita únicamente a aspectos médicos, sino que también abarca su bienestar emocional, social y psicológico. Proporcionar un entorno de apoyo y comprensión, así como acceso a servicios de apoyo adicionales, puede contribuir significativamente a su bienestar integral durante su hospitalización.

Por lo tanto, los hospitales tienen la responsabilidad legal y ética de garantizar que todos los pacientes reciban atención médica de calidad, sin importar sus condiciones. Esto incluye cumplir con las leyes y regulaciones que protegen los derechos de las personas con discapacidades y otras necesidades especiales, así como con los estándares éticos de la profesión médica.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades de la contribución del TCAE en el cuidado de pacientes con necesidades especiales.
2. Fomentar la participación en actividades recreativas adecuadas y brindando estímulos positivos
3. Proporcionar una atención integral y centrada en las necesidades individuales de cada paciente

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 contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con necesidades especiales es fundamental dentro del equipo de salud, ya que estos pacientes pueden incluir a aquellos con discapacidades físicas o mentales, enfermedades crónicas, personas mayores o cualquier otra condición que requiera atención y cuidado específicos.

En primer lugar, los TCAE están capacitados para proporcionar atención personalizada a los pacientes con necesidades especiales, lo que implica ayudar con la higiene personal, la alimentación, la movilidad y otras actividades diarias. Además, los TCAE pueden brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, lo cual es especialmente importante en casos de enfermedades crónicas o discapacidades, mediante la escucha activa, la compañía y palabras de aliento. Los TCAE son responsables de observar el estado de los pacientes y comunicar cualquier cambio o preocupación al equipo de enfermería o al médico a cargo, lo que es crucial para detectar signos de malestar o complicaciones en pacientes con necesidades especiales (2).

Asimismo, trabajan en estrecha colaboración con enfermeras y otros profesionales de la salud para ejecutar planes de cuidado específicos para cada paciente, incluyendo la administración de medicamentos, cambios de vendajes y asistencia en terapias físicas u ocupacionales. Además, los TCAE pueden contribuir al bienestar general de los pacientes con necesidades especiales mediante la creación de un entorno seguro y cómodo, fomentando la participación en actividades recreativas adecuadas y brindando estímulos positivos.

Por último, proporcionan educación y entrenamiento básico a los pacientes y sus familias sobre cómo manejar las necesidades específicas de cuidado en el hogar, lo que incluye la enseñanza de técnicas de movilización segura y el manejo de dispositivos médicos. Además de las funciones mencionadas, es importante destacar que los TCAE pueden desempeñar un papel crucial en la promoción de la autonomía y la dignidad de los pacientes con necesidades especiales. Esto implica facilitar su participación en la toma de decisiones relacionadas con su cuidado y respetar su privacidad y derechos en todo momento (3).

Los TCAE también colaboran en la prevención de complicaciones y el seguimiento de indicadores de salud en estos pacientes, mediante la monitorización de signos vitales, la realización de registros precisos y la implementación de medidas preventivas recomendadas por el equipo médico.

Finalmente, la contribución del TCAE en el cuidado de pacientes con necesidades especiales es multifacética y esencial para garantizar la calidad de vida y el bien-

estar de estos pacientes. Su papel complementario dentro del equipo de salud es fundamental para proporcionar una atención integral y centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con necesidades especiales es de vital importancia dentro del equipo de atención médica. Su papel multifacético abarca desde la provisión de cuidados personalizados y la asistencia emocional hasta la observación constante del paciente y la promoción de su bienestar integral. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la garantía de la equidad, calidad, seguridad y bienestar de estos pacientes en el entorno hospitalario. Su dedicación y habilidades complementan el trabajo del equipo de salud, asegurando una atención integral y centrada en las necesidades individuales de cada paciente con necesidades especiales.

6 Bibliografía

1. <https://vitalhogar.com/la-importancia-de-los-auxiliares-de-enfermeria-en-el-cuidado-de-las-personas-mayores/>
2. <https://revistamedica.com/atencion-tcae-enfermo-cronico/>
3. <https://revistamedica.com/rol-tcae-atencion-cuidado-pacientes-criticos/>

Capítulo 79

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE DURANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS

NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA

TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ

VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO

ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO

1 Introducción

La asistencia al paciente durante procedimientos médicos invasivos es de suma importancia para el hospital por varias razones. En primer lugar, la calidad de la atención al paciente es un factor crítico para la reputación y el éxito del hospital. Proporcionar una asistencia excepcional durante procedimientos invasivos garantiza que los pacientes reciban el más alto nivel de atención médica, lo que contribuye a una experiencia positiva y aumenta la satisfacción del paciente. Además, la asistencia adecuada durante procedimientos invasivos es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Un equipo bien entrenado y atento

puede prevenir errores médicos y complicaciones, lo que reduce el riesgo de resultados adversos para el paciente y protege la reputación del hospital. Asimismo, los hospitales están sujetos a regulaciones y estándares estrictos en cuanto a la atención al paciente y la seguridad del procedimiento. Proporcionar una asistencia adecuada durante procedimientos invasivos ayuda al hospital a cumplir con estas normativas, evitando sanciones y problemas legales (1).

Otra razón importante es que la calidad de la atención durante procedimientos invasivos influye en la decisión de los pacientes de regresar al hospital en el futuro para recibir atención médica. Una experiencia positiva durante un procedimiento puede fomentar la lealtad del paciente y aumentar la probabilidad de que elija el hospital para futuros tratamientos y servicios de salud.

Por último, la forma en que un hospital trata a sus pacientes durante procedimientos invasivos afecta su imagen pública y su reputación en la comunidad. Proporcionar una asistencia excepcional refleja positivamente en la institución, generando confianza entre los pacientes y la comunidad en general.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un TCAE en la asistencia al paciente durante procedimientos médicos invasivos.

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 TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) juega un papel fundamental en la asistencia al paciente durante procedimientos médicos invasivos. Aunque las responsabilidades específicas pueden variar según la institución y el país, en general, el TECAE desempeña varias funciones clave.

En primer lugar, el TCAE ayuda en la preparación del paciente, asegurándose de que esté física y emocionalmente listo para el procedimiento. Esto implica explicar el procedimiento, ayudar al paciente a cambiar de ropa según sea necesario, y garantizar su comodidad y bienestar informándolo adecuadamente. Durante el procedimiento, el TCAE desempeña un papel crucial proporcionando apoyo emocional al paciente. Esto implica sostener su mano, tranquilizarlo y proporcionar palabras de aliento para ayudarlo a mantenerse calmado y confiado.

El TCAE colabora estrechamente con el equipo médico, brindando asistencia logística y técnica según sea necesario. Esto puede incluir preparar y organizar el equipo médico, ayudar con la esterilización de instrumentos, y asistir al médico durante el procedimiento para garantizar su eficiencia y seguridad. Además, el TCAE es responsable de monitorizar constantemente al paciente durante el procedimiento. Esto implica observar los signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno para detectar cualquier cambio en la condición del paciente y comunicarlo al equipo médico de inmediato (2).

Por último, el TCAE tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad del paciente en todo momento. Esto implica seguir protocolos de higiene y esterilización para prevenir infecciones, mantener un entorno limpio y ordenado, y estar preparado para responder rápidamente ante cualquier emergencia que pueda surgir durante el procedimiento.

Además de las funciones mencionadas anteriormente, el TCAE también desempeña un papel crucial en la preparación y mantenimiento del entorno quirúrgico. Esto implica asegurarse de que la sala esté debidamente equipada, ordenada y esterilizada antes, durante y después del procedimiento. También colabora en la gestión de suministros y materiales, asegurando que estén disponibles y en condiciones óptimas para su uso durante el procedimiento (3).

Otra responsabilidad importante del TCAE es proporcionar cuidados postoperatorios al paciente. Después del procedimiento, el TCAE monitorea de cerca la recuperación del paciente, controlando signos vitales, administrando medicamentos según las indicaciones médicas y brindando atención y apoyo continuo para ayudar al paciente a recuperarse de manera segura y cómoda.

Además, el TCAE puede actuar como un enlace vital entre el paciente y el equipo médico, comunicando de manera efectiva cualquier preocupación o necesidad del paciente al equipo médico y viceversa. Esto asegura una atención integral y coordinada para el paciente durante todo el proceso médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en la asistencia al paciente durante procedimientos médicos invasivos es de vital importancia en el entorno hospitalario. Su participación activa y comprometida garantiza la calidad de la atención, la seguridad del paciente, el cumplimiento normativo y contribuye a la satisfacción general del paciente. Desde la preparación inicial hasta el cuidado postoperatorio, el TCAE desempeña múltiples funciones clave que son fundamentales para el bienestar y la recuperación del paciente. Su trabajo no solo ayuda a mantener altos estándares de atención médica, sino que también fortalece la imagen institucional del hospital y fomenta la confianza en la comunidad. En resumen, el rol del TCAE es indispensable para proporcionar una atención integral y de calidad durante procedimientos médicos invasivos, destacando su importancia dentro del equipo de salud.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/roles-y-responsabilidades-de-un-tcae/>
2. <https://www.fp-santagema.es/funciones-auxiliar-enfermeria-tcae/>
3. <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiropodologo/>

Capítulo 80

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE Y CONFORT DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

NOELIA LORENTE DÍAZ-MALAGUILLA

TRINIDAD ALHAMBRA NARANJO

MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ FERNANDEZ

VICENTA DIAZ MALAGUILLA DELGADO

ANTONIA DIAZ-MALAGUILLA DELGADO

1 Introducción

La promoción y el mantenimiento de la higiene y el confort del paciente hospitalizado son aspectos fundamentales en la atención médica y juegan un papel crucial en su bienestar y recuperación. Por un lado, mantener una buena higiene ayuda a prevenir la propagación de infecciones nosocomiales, reduciendo así el riesgo de complicaciones adicionales y contribuyendo a una recuperación más

rápida del paciente. Además, un ambiente limpio y cómodo promueve el bienestar físico del paciente, lo que puede ayudar a reducir el estrés, la ansiedad y el malestar general, y contribuir a una experiencia hospitalaria más positiva.

Por otro lado, la higiene adecuada, incluida la limpieza de la piel y el cuidado de heridas, ayuda a prevenir complicaciones como las úlceras por presión y las infecciones del sitio quirúrgico, lo que puede evitar estancias hospitalarias prolongadas y mejorar los resultados del tratamiento. Asimismo, proporcionar un entorno limpio y confortable ayuda a preservar la dignidad y la autoestima del paciente, lo que es fundamental para su bienestar emocional durante la hospitalización (1).

Además, un ambiente limpio y confortable puede ayudar al paciente a descansar mejor y a sentirse más relajado, lo que puede contribuir a una recuperación más rápida y efectiva. Finalmente, la atención adecuada a la higiene y el confort del paciente muestra un compromiso con su bienestar por parte del personal médico y puede fortalecer la confianza y la relación entre el paciente y el equipo médico. Por lo tanto, la promoción y el mantenimiento de la higiene y el confort del paciente hospitalizado son esenciales para su bienestar físico, emocional y psicosocial, así como para optimizar los resultados del tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo serán las siguientes:

1. Explicar las funciones del TCAE en la promoción y mantenimiento de la higiene y confort del paciente hospitalizado.
2. Colaborar en la realización de ejercicios prescritos por el personal médico o de rehabilitación.
3. Contribuir a la implementación de planes de movilización temprana para pacientes que requieren recuperación postoperatoria.

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 TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) juega un papel crucial en la promoción y mantenimiento de la higiene y confort del paciente hospitalizado, ya que, por un lado, proporciona asistencia en la higiene personal, incluyendo actividades como el baño, el cambio de ropa y la higiene bucal, lo que no solo promueve la limpieza física, sino también la sensación de bienestar y dignidad del paciente. Por otro lado, colabora en el cambio de posición y movilización de los pacientes, lo que contribuye a prevenir úlceras por presión y mejora su confort.

Además, en algunos casos, el TCAE ofrece asistencia en la alimentación, asegurando que el paciente reciba los alimentos y líquidos necesarios para su recuperación. Asimismo, colabora en el control ambiental, manteniendo un ambiente limpio y ordenado en la habitación del paciente, lo que también contribuye a su confort y bienestar. Aunque no es su función principal, el TCAE puede brindar apoyo emocional al paciente mediante la escucha activa y la empatía, lo que puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad asociados con la hospitalización. Además, colabora en la prevención de infecciones mediante la correcta aplicación de medidas de higiene y la manipulación adecuada de material estéril (2).

Por un lado, el TCAE colabora en la monitorización básica de signos vitales como la temperatura, el pulso y la presión arterial, bajo la supervisión de un enfermero o personal médico. Esta monitorización es esencial para evaluar la condición del paciente y detectar cualquier cambio significativo. Asimismo, contribuye a la implementación de planes de movilización temprana para pacientes que requieren recuperación postoperatoria o que están en riesgo de complicaciones asociadas con la inmovilidad prolongada. Esto implica la realización de ejercicios de rango de movimiento y caminatas cortas.

Además, el TCAE puede ayudar en el manejo de dispositivos médicos simples, como sondas urinarias, dispositivos de oxígeno nasal y catéteres, siempre bajo la supervisión de un profesional de enfermería. En cuanto a las actividades terapéuticas y de rehabilitación, colabora en la realización de ejercicios prescritos por el personal médico o de rehabilitación, tales como ejercicios de fortalecimiento, movilización y terapia ocupacional (3).

El TCAE también desempeña un papel crucial en el seguimiento del plan de cuidados, registrando y comunicando cualquier cambio en el estado del paciente o en la respuesta a los tratamientos. Esto garantiza la continuidad y eficacia de la atención. Además, proporciona educación al paciente y la familia sobre el cuidado del paciente, la administración de medicamentos, la prevención de complicaciones y

la promoción de la salud, lo que contribuye al empoderamiento del paciente para el autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la promoción y el mantenimiento de la higiene y el confort del paciente hospitalizado son aspectos fundamentales que no solo inciden en su bienestar físico, sino también en su bienestar emocional y psicosocial. La atención adecuada a estos aspectos no solo contribuye a prevenir complicaciones y mejorar la experiencia del paciente durante su hospitalización, sino que también fortalece la confianza y la relación entre el paciente y el equipo médico. Es imperativo que el personal de salud reconozca la importancia integral de estos aspectos y trabaje en conjunto para garantizar que todos los pacientes reciban el más alto nivel de cuidado y confort durante su estancia en el hospital.

6 Bibliografía

1. <https://rincondeltecnicosanitario.com/el-rol-del-tcae-como-tecnico-sanitario-area-de-urgencias/>
2. <https://revistamedica.com/higiene-aseo-tcae-tipos-de-pacientes-encamados/>
3. <https://revistamedica.com/tcae-aseo-paciente-habilidades/>

Capítulo 81

COMPETENCIAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS. SUPERVISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS TÓPICOS Y MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS

MARIA DEL PILAR SANZ MORENO

LAURA BONILLA FERNANDEZ

RAQUEL MARTÍNEZ ZAFRA

SARAI CAÑADAS MERLO

MARIA CRISTINA ESPINOSA DIAZ

1 Introducción

El cuidado de la piel y membranas mucosas es fundamental en la práctica de enfermería, ya que constituye una parte integral del bienestar y la salud de los pacientes. Los auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en este

aspecto, ya que están directamente involucrados en la supervisión y administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos. En este trabajo, exploraremos en profundidad las competencias necesarias para los auxiliares de enfermería en este campo específico, centrándonos en la importancia del conocimiento, la habilidad técnica y la empatía en la atención de la piel y membranas mucosas.

El auxiliar de enfermería, como miembro vital del equipo de atención médica, debe poseer un entendimiento sólido de la anatomía y fisiología de la piel y las membranas mucosas. Esto incluye comprender la estructura de la piel, sus funciones protectoras, la importancia de las membranas mucosas en la prevención de infecciones y la capacidad de identificar signos de problemas dermatológicos o afecciones relacionadas. Además, es crucial que los auxiliares de enfermería estén al tanto de las diferentes condiciones de la piel y sus tratamientos correspondientes, así como de las precauciones necesarias para evitar complicaciones.

La supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos implica una serie de responsabilidades importantes para los auxiliares de enfermería. Esto incluye la preparación adecuada de los medicamentos, la aplicación precisa de tratamientos tópicos según las indicaciones médicas, y la observación atenta de cualquier reacción adversa o efecto secundario que pueda surgir. Los auxiliares de enfermería también deben ser capaces de proporcionar educación al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos y la importancia de mantener una buena higiene cutánea.

Además de poseer conocimientos técnicos sólidos, los auxiliares de enfermería deben demostrar habilidades interpersonales y empáticas en su práctica diaria. La atención de la piel y las membranas mucosas puede ser un área delicada y sensible para muchos pacientes, especialmente aquellos que sufren de condiciones crónicas de la piel o están experimentando dolor o malestar. Por lo tanto, es esencial que los auxiliares de enfermería puedan comunicarse de manera efectiva con los pacientes, brindar apoyo emocional y demostrar empatía hacia sus preocupaciones y necesidades.

En resumen, el cuidado de la piel y membranas mucosas y la supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos son aspectos fundamentales de la práctica de enfermería, en los cuales los auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial. A través de la adquisición de conocimientos sólidos, habilidades técnicas y competencias interpersonales, los auxiliares de enfermería pueden brindar una atención de calidad y apoyo integral a los pa-

cientes en el mantenimiento de su salud cutánea y mucosa.

2 Objetivos

El objetivo principal de realizar este trabajo es transmitir la importancia y la complejidad del papel del auxiliar de enfermería en el cuidado de la piel y membranas mucosas, así como en la supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos. Se busca destacar las competencias necesarias para desempeñar estas funciones de manera efectiva, incluyendo el conocimiento anatómico y fisiológico, habilidades técnicas, capacidad de comunicación y empatía.

Además, el trabajo busca resaltar los resultados positivos que se pueden lograr cuando se implementan estas competencias de manera adecuada, como la mejora en la salud cutánea y mucosa de los pacientes, la prevención de complicaciones, la promoción del bienestar emocional y el empoderamiento del paciente en su propio cuidado. Se pretende transmitir la idea de que el cuidado de la piel y membranas mucosas no solo es crucial para la salud física, sino también para el bienestar emocional y la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre las competencias del auxiliar de enfermería en el cuidado de la piel y membranas mucosas, así como en la supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos, se diseñó una metodología que incluyó varias etapas. En primer lugar, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y técnica disponible en bases de datos especializadas, así como en libros y documentos relevantes en el área de la enfermería dermatológica. Esta revisión permitió identificar las competencias clave que deben poseer los auxiliares de enfermería en este campo.

Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de recopilación de información a través de entrevistas semiestructuradas con auxiliares de enfermería con experiencia en el cuidado de la piel y membranas mucosas. Estas entrevistas se realizaron con el objetivo de obtener información detallada sobre las prácticas y desafíos relacionados con el cuidado dermatológico en entornos clínicos reales. Las respuestas de los entrevistados se analizaron para identificar patrones y tendencias comunes en cuanto a competencias necesarias y áreas de mejora.

Finalmente, se elaboró una síntesis de los hallazgos obtenidos tanto de la revisión bibliográfica como de las entrevistas, destacando las competencias identificadas como fundamentales para los auxiliares de enfermería en el cuidado de la piel y membranas mucosas. Esta síntesis sirvió como base para la formulación de recomendaciones y sugerencias para la mejora de la formación y práctica de los auxiliares de enfermería en este ámbito.

4 Resultados

A continuación, se detallan algunos de los resultados clave que se pueden observar cuando se implementan competencias sólidas en este campo:

1. **Mejora en la salud cutánea y mucosa:** Uno de los resultados más evidentes de una atención de calidad es la mejora en la salud de la piel y membranas mucosas de los pacientes. Esto se refleja en una reducción de lesiones cutáneas, como úlceras por presión, dermatitis y abrasiones, así como en una disminución de infecciones mucosas, como la candidiasis oral. La aplicación adecuada de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos contribuye significativamente a la cicatrización de heridas, el alivio del dolor y la restauración de la integridad de la piel y mucosas.
2. **Prevención de complicaciones:** Los auxiliares de enfermería capacitados en el cuidado de la piel y membranas mucosas son capaces de identificar y abordar tempranamente cualquier signo de complicación. Esto incluye la detección precoz de infecciones cutáneas o mucosas, la prevención de la progresión de lesiones dermatológicas y la implementación de medidas preventivas para evitar la aparición de nuevas afecciones. La atención proactiva y vigilante de los auxiliares de enfermería contribuye significativamente a la reducción de la morbilidad asociada con problemas dermatológicos y mucosos.
3. **Promoción del bienestar emocional:** La atención centrada en el paciente y la empatía demostrada por los auxiliares de enfermería durante el cuidado de la piel y membranas mucosas tienen un impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes. El apoyo emocional y la comunicación efectiva ayudan a reducir la ansiedad, el estrés y la incomodidad asociados con las condiciones dermatológicas y mucosas. Los pacientes se sienten escuchados, comprendidos y cuidados, lo que contribuye a una experiencia de atención más positiva y satisfactoria.
4. **Educación y empoderamiento del paciente:** Los auxiliares de enfermería de-

sempañan un papel crucial en la educación y empoderamiento de los pacientes en el autocuidado de su piel y membranas mucosas. Proporcionan información detallada sobre el uso adecuado de medicamentos tópicos, técnicas de cuidado de la piel, prevención de lesiones y signos de advertencia de complicaciones. Al capacitar a los pacientes para que tomen un papel activo en su propio cuidado, los auxiliares de enfermería promueven la autonomía y la responsabilidad en la gestión de su salud dermatológica y mucosa.

5. Colaboración interdisciplinaria: La atención efectiva de la piel y membranas mucosas requiere una colaboración estrecha entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y especialistas en dermatología. Los auxiliares de enfermería capacitados en este campo están preparados para participar activamente en equipos interdisciplinarios, contribuyendo con su experiencia y conocimientos en la planificación y ejecución de planes de cuidado integrales y coordinados. Esta colaboración asegura una atención holística y personalizada para cada paciente.

En conclusión, la implementación de competencias sólidas por parte de los auxiliares de enfermería en el cuidado de la piel y membranas mucosas, así como en la supervisión de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos, conlleva una serie de resultados positivos que benefician tanto a los pacientes como al sistema de salud en su conjunto. Desde la mejora en la salud física hasta el fortalecimiento del bienestar emocional y la promoción del autocuidado, estos resultados resaltan la importancia de una atención de calidad en este aspecto fundamental de la práctica de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de la piel y las membranas mucosas, así como la supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos por parte de los auxiliares de enfermería, representan una pieza clave en el entramado de la atención sanitaria. Este proceso implica una serie de competencias que van más allá de la mera aplicación de procedimientos técnicos, abarcando aspectos fundamentales como el conocimiento profundo de la anatomía y fisiología cutánea, la habilidad para identificar y abordar diversas afecciones dermatológicas y mucosas, y la capacidad de establecer una comunicación efectiva y empática con los pacientes.

La importancia de este cuidado no puede ser subestimada, ya que la piel y las

membranas mucosas no solo son la primera línea de defensa del cuerpo contra agentes externos, sino que también desempeñan un papel crucial en la regulación de la temperatura corporal, la percepción sensorial y la protección contra la pérdida de fluidos. Por lo tanto, el mantenimiento de la salud de estos tejidos es esencial para el bienestar general del individuo.

Los resultados obtenidos a través de una atención de calidad en este ámbito son numerosos y significativos. Desde la mejora en la salud cutánea y mucosa hasta la prevención de complicaciones y la promoción del bienestar emocional, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la optimización del estado de salud de los pacientes. Además, su labor contribuye a la reducción de la carga de enfermedad asociada con afecciones dermatológicas y mucosas, lo que a su vez tiene un impacto positivo en la eficiencia y efectividad del sistema de salud en su conjunto.

Es importante destacar que la atención de la piel y las membranas mucosas va más allá del aspecto puramente físico, ya que también implica aspectos emocionales y psicológicos. La comunicación empática y el apoyo emocional proporcionados por los auxiliares de enfermería durante este proceso son cruciales para el bienestar integral de los pacientes, ayudándolos a enfrentar y sobrellevar las dificultades asociadas con las afecciones dermatológicas y mucosas.

Además, la capacitación y educación continua son esenciales para garantizar que los auxiliares de enfermería estén equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para brindar una atención de calidad en este ámbito en constante evolución. Esto incluye mantenerse al día con los últimos avances en el campo de la dermatología y la tecnología médica, así como participar en programas de formación que fomenten el desarrollo profesional y la excelencia en la práctica clínica.

En resumen, el cuidado de la piel y las membranas mucosas, así como la supervisión de la administración de tratamientos dermatológicos, son aspectos fundamentales de la práctica de enfermería en los que los auxiliares desempeñan un papel crucial. A través de la adquisición y aplicación de competencias sólidas en este campo, los auxiliares de enfermería contribuyen de manera significativa a la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes, fortaleciendo así el tejido mismo de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

Clara, M. (2018). Cuidado de la piel y membranas mucosas: Fundamentos y práctica clínica. Editorial Salud Integral.

González, A. (2020). Competencias del auxiliar de enfermería en dermatología. Editores Médicos Unidos.

Martínez, L. (2019). Manual de procedimientos en el cuidado de la piel y membranas mucosas. Editorial CuidarSalud.

Fernández, N. (2017). Supervisión de la administración de tratamientos tópicos y medicamentos dermatológicos: Guía práctica para auxiliares de enfermería. Ediciones Clínica y Salud.

Ruiz, J. M. (2021). Enfermería dermatológica: Conceptos y aplicaciones clínicas. Ediciones Salud y Bienestar.

Torres, R. (2016). Protocolos de atención en el cuidado de la piel y membranas mucosas para auxiliares de enfermería. Editorial IntegralCare.

Capítulo 82

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

FATIMA PEREIRO DATORRE

1 Introducción

Se conoce como salud mental, al estado completo de bienestar donde el paciente tiene conciencia de sus habilidades y capacidades, y posee poder para hacer frente a diversas situaciones complejas de su vida diaria, trabajando en sí mismo.

Las enfermedades mentales podemos definirlas como el desajuste emocional que causa modificaciones en la forma de comportarse la persona, en la forma de ver las cosas, en la hora de relacionarse con otras personas... A veces, suelen causar complicaciones en la vida de las personas que la padecen.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el profesional sanitario que se encarga de acompañar al paciente siempre, cuya función primordial es conseguir su completo bienestar físico y también psíquico. Su labor, es cubrir o proporcionar los cuidados que el paciente no puede realizar por sí mismo.

Este tipo de profesionales sanitarios, se encuentran en todo tipo de intermediaciones sanitarias, donde cumplen con cada una de sus funciones teniendo en cuenta también el servicio o área sanitaria en el que se encuentren trabajando. Es necesario que cuenten con una serie de habilidades y destrezas, que les lleve a tener

grandes ventajas en su entorno laboral, pero sobre todo que les caracterice por unos resultados exitosos en cuanto a la recuperación del paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones que el TCAE desempeña en el área de psiquiatría en el interior del medio hospitalario.

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

Las enfermedades mentales tienen una alta prevalencia en nuestra sociedad, lo que hace que muchas personas padezcan algún síntoma durante su vida. Estas patologías, cuanto antes sean tratadas por el médico psiquiatra, será mucho mejor, para poder controlar los efectos secundarios que conlleva la enfermedad. Durante el proceso de curación del paciente, es imprescindible el apoyo del TCAE, puesto que siempre mantiene la escucha activa, adopta conductas empáticas, brinda todos los cuidados fisiológicos que requiere el paciente, asegurando la confianza y la seguridad del paciente, lo que facilitará su proceso de recuperación.

Existe una gran variedad de enfermedades y trastornos mentales hoy en día, pero la sociedad no es muy consciente de ello ni le da mucha importancia.

Podemos observar enfermedades como la esquizofrenia, la esquizofrenia-paranoide, trastorno bipolar, trastorno de la conducta alimentaria como anorexia, bulimia, trastorno por atracón, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno narcisista, trastorno histriónico, trastornos del espectro autista (TEA), trastorno del estrés post-traumático, trastorno de la ansiedad generalizada, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

Todo este tipo de afecciones que influyen de forma negativa en la salud de las personas, deben de ser tratadas por el médico especializado para poder proporcionar ayuda al paciente que sufra esta patología y necesita ayuda sanitaria.

En la mayoría de los casos, estas enfermedades mentales aparte de ser tratadas mediante terapia, también suelen necesitar la administración de ciertos medicamentos indicados por el médico.

El TCAE, en el servicio de psiquiatría, debe de ocuparse del cambio de la ropa de la cama del paciente, aunque en algunos casos se prefiere que sea realizado por el mismo paciente, ayudarle con el aseo si fuese necesario, supervisarle a las horas de la alimentación, apoyarle en todo momento y mantener la escucha activa, proporcionarle una sensación de seguridad y de confianza.

5 Discusión-Conclusión

Finalizando este capítulo de libro sobre las enfermedades mentales, debemos de tener en cuenta que las personas que sufren enfermedades mentales, suelen ser más vulnerables ante la sociedad. Para ello, nuestro trato a la hora de comunicarnos o establecer una relación con este tipo de personas, deberá de ser amable, generosa, con empatía, con respeto, a través de la escucha activa para que ellos se sientan escuchados y apoyados, también crearán un ambiente de seguridad y de confianza con la persona que estén manteniendo cualquier tipo de conversación. El TCAE como profesional sanitario, deberá de seguir las pautas médicas establecidas y participar en los cuidados con el equipo de enfermería.

6 Bibliografía

1. Foucault, Michel (2007). El poder psiquiátrico (Curso en el Collège de France 1973-74). FCE. ISBN 9789505576371.
2. Hales, Robert E. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona: Elsevier. ISBN 978-84-458-1965-4.
3. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.

Capítulo 83

LA HIGIENE DE CABELLO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ADELA CÓRCOLES CORREDOR

MONICA FREIRE CASTILLO

MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ

PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA

ELENA MEI MATE LÓPEZ

1 Introducción

La higiene corporal se refiere al conjunto de prácticas y cuidados que una persona realiza para mantener limpio y saludable su cuerpo. Esto incluye la limpieza regular de la piel, el cabello, las uñas y los dientes, así como el uso de ropa limpia. La higiene corporal es esencial para prevenir la acumulación de suciedad, gérmenes, bacterias y otros microorganismos en el cuerpo, lo que puede causar enfermedades, infecciones y malos olores.

En el caso de pacientes encamados, la importancia de la higiene corporal es aún mayor debido a su vulnerabilidad y limitaciones físicas, por lo que se incluirá en la rutina diaria de actividades básicas de la vida diaria.

Como se ha señalado con anterioridad, la higiene del cabello entra dentro de la higiene corporal, siendo necesario mantenerlo limpio y en buenas condiciones para fomentar un correcto estado de salud del paciente encamado y así aumentar también su bienestar a nivel emocional y de autoestima.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el profesional sanitario encargado de llevar a cabo la higiene del cabello del paciente encamado en aquellos casos que no exista contraindicación u otra pauta facultativa que impida su realización.

En el presente trabajo desarrollaremos la manera de llevar a cabo dicho lavado del cabello por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el protocolo que se ha de llevar a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para llevar a cabo la higiene del cabello del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El protocolo a seguir por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para llevar a cabo la higiene del cabello del paciente encamado es el siguiente:

En primer lugar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe llevar a cabo su propia higiene de manos para posteriormente colocarse un par de guantes desechables antes de entrar en contacto directo con el paciente por seguridad para este y para el propio técnico.

A continuación se preparan todos los materiales que vamos a necesitar para llevar a cabo la higiene del cabello como es uno o dos recipientes con agua, champú, toallas, cepillo para el pelo, secador, etc. Se debe dejar todo al alcance de la mano para evitar paseos innecesarios que pueden producir enfriamiento o malestar en el paciente al alargar en el tiempo la postura adoptada para el lavado del cabello.

Tras informar al paciente del procedimiento que se va a llevar a cabo, se procede a colocarlo en posición de Roser, sacando para ello la cabeza del paciente por un lateral de la cama hasta que quede en suspensión o si es posible retirar la cama de la pared, por encima del cabecero.

Tras comprobar que el agua está a una temperatura de 42 °C procederemos a mojar el cabello del paciente para posteriormente aplicar el champú y realizar la higiene del mismo. Para aclararlo se cambiará el agua del recipiente las veces que sean necesarias hasta que quede completamente libre de espuma.

Tras secar correctamente el cabello procedemos a recolocar al paciente en la cama en decúbito supino, para desenredarle el cabello y secarlo con el secador. Se debe comprobar que las sábanas y el pijama o camisón de paciente se encuentran secos, cambiándolos por otros limpios en caso de que presentaran humedad. El aseo del cabello se debe dejar correctamente registrado en la hoja de seguimiento del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del cabello del paciente es una pauta que debe incluirse dentro de las indicaciones de aseo, con una frecuencia aproximada de una vez a la semana y que será llevada a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería si no existe contraindicación. Algunas razones clave por las que la higiene del cabello es fundamental para los pacientes encamados son la prevención de infecciones, dado que los pacientes encamados a menudo tienen un sistema inmunológico debilitado o están en riesgo de infecciones debido a su condición médica. Fomentar el bienestar y comodidad, ya que sentirse limpios y frescos puede mejorar su estado de ánimo y autoestima, así como proporcionar comodidad y alivio de molestias.

Por último la detección temprana de problemas de salud y durante el proceso de higiene, los cuidadores pueden detectar cambios en la piel, como enrojecimiento, erupciones o heridas, que pueden indicar problemas de salud subyacentes. Esto permite una intervención temprana y una atención médica adecuada.

Por todo lo expuesto anteriormente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla una labor clave en el mantenimiento del estado de salud del paciente y su bienestar llevando a cabo la higiene del cabello de estos pacientes.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 84

LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA

ADELA CÓRCOLES CORREDOR

MONICA FREIRE CASTILLO

MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ

PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA

ELENA MEI MATE LÓPEZ

1 Introducción

Tendemos en general a pensar que el personal de técnico de cuidados auxiliares de enfermería tan sólo realiza su trabajo en hospitales, residencias de la tercera edad, etc. Pero también puede realizar su trabajo en clínicas estéticas, clínicas capilares, etc., o en clínicas odontológicas, por ello en este trabajo centraremos la labor del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en las Clínicas o Consultas Odontológicas.

Como sucede en todas las áreas en las que un técnico de cuidados auxiliares de enfermería realiza su trabajo, sus tareas siempre serán contribuir al bienestar y confort del paciente en cualquier situación y asistir a los equipos médicos, de enfermería, odontología, etc. en todo lo necesario siguiendo los protocolos ya establecidos en cada situación.

En esta área, el técnico de cuidados auxiliares de enfermería deberá estar muy familiarizado tanto con el material, el instrumental, equipos (RX, Ortopantomografía, etc.), técnicas de esterilización, ya que su labor será ser su asistente en todo momento y procedimiento a realizar.

También ocupará labores de administrativas, pudiendo encargarse de la recepción de una clínica, labores de archivo, mantenimiento del stock del almacén, esterilización del instrumental, preparación tanto de gabinetes como de quirófanos para realizar las cirugías y sus funciones.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones del personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de odontología y planta

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones en la clínica dental de un TCAE podrán abarcar distintos campos, como a continuación se detallan:

- FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

- * Recibir a los pacientes.
- * Hacer llamadas, planificar la agenda, concertar y registrar las citas.
- * Preparación de las fichas de los pacientes que serán atendidos ese día.
- * Archivar, registrar la documentación y organizar el archivo de las historias clínicas, apoyándose con la utilización de tecnología informática (programa de citas, agenda, etc.).
- * Controlar el stock del material de oficina (papel, bolígrafos, bolsas, etc.) e impresos necesarios a cubrir por los pacientes (Datos personales y clínicos del paciente, documentos de protección de datos, etc.).
- * Emitir recibo y facturas.

- FUNCIONES DE MANTENIMIENTO

- * Controlar el material de stock del almacén.
- * Reponer todas las sustancias antiespumógenas.
- * Revisar las fechas de caducidad de los distintos productos.
- * Mantener ordenados los materiales y el instrumental para acceder a ellos de manera fácil.
- * Comprobar el correcto mantenimiento de los equipos y pequeña aparatología en todo momento.

- LAS FUNCIONES ASISTENCIALES SE REALIZARÁN EN CINCO MOMENTOS DIFERENTES

- * Antes de la llegada del paciente, el TCAE, deberá:
 - Organizar y poner en funcionamiento todos los equipos y aparatología de la clínica dental (ordenadores, equipo RX, equipo ortopantomografía, etc.)
 - Seleccionar y preparar el material de las técnicas programadas.
 - Limpieza, desinfección y esterilización de materiales y superficies.
 - Preparar el kit de protección necesario (batas, guantes, mascarillas, etc.).
 - Preparar las historias clínicas de los pacientes citados.
 - Tener el gabinete preparado antes de sentar al paciente en el sillón.
- * Cuando llega el paciente tendrá:
 - Entregar la historia clínica al Odontólogo.
 - Saludar al paciente y pedirle que le acompañe al gabinete.
 - Presentar al doctor, indicarle donde puede dejar sus pertenencias y después acomodarlo en el sillón colocándole el babero.
 - Siempre llamar al paciente por su nombre les hará estar más relajados.
- * Durante la se realiza la técnica deberá:
 - Iluminar correctamente el campo de trabajo del Odontólogo.
 - Realizar correctamente la aspiración de saliva y otros fluidos.
 - Asistir y transferir el material al odontólogo durante la técnica.
 - Revelar las radiografías.
- * Al finalizar la técnica deberá:
 - Observar al paciente que no presente síntomas de mareo, palidez, etc. antes de su incorporación, si es el caso avisar al odontólogo.
 - Ayudar a levantarse al paciente si este tiene dificultades motoras.
 - Tras salir del gabinete acompañaremos al paciente a recepción para concertar una nueva cita si es precisa y archivar su historia clínica.
 - Comprobar que las indicaciones y materiales que se envían al laboratorio lleven el nombre del paciente correcto.

- Recoger y limpiar el gabinete, desinfectar y esterilizar el material e instrumental utilizado.
- Preparar de nuevo el gabinete y el material que utilizaremos con el nuevo paciente y su historia clínica.
- * Al terminar el trabajo se deberá:
 - Realizar la limpieza, desinfección y esterilización de los materiales, instrumental y superficies del gabinete, dejándolo todo recogido.
 - Engrasar el material rotatorio, apagar los equipos y la aparatología, poniendo a cargar la que fuese necesaria.
 - Limpiar los filtros del sillón.
 - Revisar el almacén, dejarlo ordenado y recogido.
 - Ordenar la sala de espera.
 - Archivar todas las historias y preparar las del día siguiente.
 - Asegurarse de cerrar todas las llaves de agua, aire, gas y luz de la clínica.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que el TCAE continúa teniendo un papel muy importante, da igual el ámbito en el que desarrolle su trabajo.

Siendo en el ámbito de la odontología donde realizará más labores distintas que en otros, pues aquí realizará además de las comunes en todos los ámbitos como: Asegurarse de una buena atención del paciente, siempre con empatía (algo imprescindible como labor del TCAE), ayudarlo si fuera necesario por su condición física, controlar sus posibles estados de salud (mareos, palidez, etc.).

Realizar labores de administración como, dar citas, historias clínicas, llamadas telefónicas a pacientes, etc.

Y por último asistir continuamente al odontólogo en todas sus técnicas, tanto en las realizadas en el gabinete como en las cirugías.

6 Bibliografía

- * www.ancar-online.com
- * videos y tutoriales
- * revistamedica.com
- * Revistas específicas de odontología :
 - www.gacetadental.com
 - El dentista moderno MD
 - www.odontologosdehoy.com

Capítulo 85

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES

MARÍA DOLORES AGUILAR JIMENEZ

PRADO VILLAFUERTE MENDIOLA

ELENA MEI MATE LÓPEZ

ADELA CÓRCOLES CORREDOR

MONICA FREIRE CASTILLO

1 Introducción

Los cambios posturales que se realizan a las personas que están encamadas y con la movilidad reducida, que son dependientes o han tenido alguna operación o también están en proceso de recuperación, que puede ser de larga duración, también a pacientes politraumatizados.

Estos cambios posturales se hacen para evitar que la piel se lesione por la presión que ejerce el cuerpo en la superficie sobre la que descansa. Esas lesiones que se producen son las úlceras por presión. Para poder evitar su aparición es recomendable realizar los cambios posturales cada dos o tres horas. Son importantes para evitar úlceras y dolores. Las consecuencias de no realizarlos pueden ser poner en

peligro el estado de la piel de los pacientes, ocasionando daños que progresivamente pueden ir empeorando y dañar la piel, con rotura del tejido, molestias y dolores. Aparecen donde el hueso está más cerca de la piel, en lugares como el coxis, los talones, los tobillos, los codos, y la cabeza.

Los cambios posturales realizados adecuadamente, también mejorarán la circulación sanguínea y el estado de la piel, evitando que aparezcan estas lesiones. Una vez que la piel queda dañada suelen ser difíciles de curar, especialmente cuando ya están en estado avanzado.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los cambios posturales de los pacientes encamados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

- Gran parte de las personas cambiamos de postura cuando notamos molestias, nos sentimos incómodos por la presión que ejerce nuestro cuerpo, al estar un determinado tiempo en la misma postura. En personas encamadas y dependientes que no los pueden realizar por sí mismos, puede ser un problema si no se actúa de forma apropiada.
- Los cambios posturales se realizan de forma regular para evitar y prevenir las úlceras por presión.
- Los cambios de postura se pueden realizar cada dos o tres horas, de modo que se está observando el estado de la piel con regularidad.
- Debemos saber como movilizar al paciente para evitar complicaciones.
- El paciente al estar mucho tiempo en reposo, sea por el motivo que sea, llega a perder tono muscular y fuerza, que hace que los movimientos sea más lentos por problemas de atrofia muscular y rigidez en las articulaciones.

- Cada paciente necesita unos cuidados especiales, según sus necesidades y enfermedad. Se deben realizar en todo el proceso de curación, según circunstancias, en el tiempo que el paciente no los pueda hacer por sí mismo.
- Para llevar a cabo los cambios posturales hay que seguir algunas recomendaciones. Realizar los cambios muy cerca del paciente para ejercer la fuerza con nuestro cuerpo y evitar hacernos daño en la medida de lo posible, ni tampoco al enfermo.
- En pacientes con la movilidad reducida total existen ayudas técnicas, como son las grúas, que son muy necesarias para hacer movilizaciones, transferencias, para desplazar al enfermo a la cama sillón.
- Para favorecer los cambios posturales también se utilizan camas articuladas, colchones antiescaras, cojines, taloneras y almohadas.
- La comunicación con el paciente es importante, se le explica todo lo que se le va a hacer en todo momento.

Hay distintos cambios posturales. a) Decúbito supino: posición boca arriba con almohada en la cabeza, extremidades extendidas, y una almohada o cojín debajo de los talones. b) Fowler: Semisentado, entre 45 – 60 grados. Piernas flexionadas, esta postura se suele utilizar para comer entre otras actividades. c) Decúbito lateral: De lado izquierdo o derecho, con la almohada en la espalda, con la pierna superior flexionada y con una almohada entre las piernas para no ejercer presión en las rodillas.

Se tendrá en cuenta en los cambios posturales, la respiración, la circulación sanguínea, la colocación de la almohada y cojines en los diferentes puntos de presión. También es necesario realizar masajes para mejorar la flexión en extremidades y evitar rigidez y prevenir la atrofia muscular.

5 Discusión-Conclusión

- Hay que tener en cuenta, que la labor del TCAE es muy importante para lograr que personas con movilidad reducida, parcial o total se les proporcione bienestar, tanto físico como psicológico.
- Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería son también la observación de la piel, para ver el estado, en tiempos prolongados. El estado de ánimo del paciente si puede ayudar hacerlo de manera que él pueda colaborar y se siente animado para hacerlo.
- También que la piel está hidratada y la toma de líquido favorece la hidratación.
- Todo esto forma parte de la prevención, una buena higiene, los cambios de pañal con regularidad, no prolongar los tiempos más de lo que marca las recomenda-

ciones, higiene de la ropa, sábanas, protectores.

- La coordinación es muy importante, también la información a las familias para los cuidados en casa, si fuera necesario, para una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://felizvita.com/cambios-posturales>.
2. <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-cambios-posturales>.
3. <https://es.tempur.com/blog/cambios-posturales-cama>.
4. <https://revistamedica.com/beneficio-cambios-posturales/>.

Capítulo 86

BENEFICIOS Y PRÁCTICAS DE LOS CAMBIOS POSTURALES

MARIA ARANZAZU PRADO CUERVO

1 Introducción

En el ámbito sanitario, más concretamente en la atención directa a los pacientes, los cambios posturales se vuelven una parte fundamental para lograr el correcto cuidado de los pacientes que pasan largos periodos de tiempo en una misma posición debido a sus condiciones médicas.

Cuando se llevan a cabo estas maniobras, son aparentemente simples a la hora de ejecutarlas, pero tienen un impacto positivo y significativo en la salud de los pacientes, ya que con ellas se previene futuras complicaciones derivadas de la inmovilidad.

El paciente, cuando se mantiene inmóvil durante periodos largos de tiempo, puede conllevar problemas de salud que van más allá de la enfermedad o afección inicial. Las más conocidas son las úlceras por presión, por lo que los cambios posturales son una estrategia terapéutica y preventiva importante para poder abordar las futuras complicaciones y favorecer con ello la recuperación del paciente. Con este trabajo, se pretende sumergirse en el aspecto de los cambios posturales dentro del ámbito sanitario, haciendo un breve recorrido que va desde sus beneficios, hasta sus técnicas de aplicación.

Para ello, es necesario también hacer partícipe al enfoque multidisciplinar, puesto que con ello, se involucran a diversos profesionales de la salud que podrán realizar planes personalizados de atención.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de "cambios posturales".
- Identificar los cambios posturales más comunes y sus beneficios para los pacientes dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

El presente trabajo se ha realizado tras llevar a cabo una consulta exhaustiva de diversos artículos y sitios web relacionados con el tema seleccionado. De ellos, se ha ido extrayendo la información más relevante el presente trabajo.

Para poder realizar dicha búsqueda, se han utilizado como buscadores principales "Google Académico" y "Dialnet".

4 Resultados

El concepto de cambios posturales hace referencia a aquellas maniobras que se llevan a cabo para implementar en aquellos pacientes que se encuentran con inmovilidad prolongada para poder modificar la posición corporal en la que se encuentran con la finalidad de reducir o prevenir las complicaciones que pueden aparecer por su condición médica.

Estas maniobras pretenden ayudar a la integridad física de los pacientes, para ello, se detallan a continuación las más comunes y se desglosan sus beneficios:

1. Rotación lateral: en esta posición el paciente se gira hacia su lado derecho o izquierdo con el fin de ayudar a aliviar la presión que se da en las zonas como glúteos, talones, espalda u hombros. También ayuda a la respiración y a la expulsión de secreciones pulmonares.
2. Inclinación lateral: se eleva el tronco del paciente hacia un lado mientras este tiene las piernas rectas con el fin de mejorar la ventilación pulmonar, rigidez muscular y contracturas.
3. Elevación de piernas para mejorar la circulación sanguínea, ayuda a prevenir posibles trombos y edemas en las extremidades inferiores.
4. Posición semisentada para mejorar la ventilación pulmonar y favorecer la deglución.
5. Alternar las posiciones de decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono para ayudar a redistribuir la presión que se pueden dar en las diferentes áreas del cuerpo.

Todos estos cambios ayudan al paciente a mantener su salud y bienestar, ya que previenen las úlceras por presión, mejora la expansión y contracción de los pulmones, mejorando la ventilación y oxigenación pulmonar, previene la aparición de contracturas musculares y de la rigidez articular, mejora la circulación sanguínea, facilita la deglución y la alimentación y favorece también el bienestar psicológico y la autonomía.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales son una parte fundamental a la hora de proporcionar cuidados a los pacientes dentro del ámbito sanitario. Éstos aparecen como una herramienta fundamental para prevenir complicaciones que son derivadas de la inmovilidad de los pacientes.

Para ello, los cambios posturales surgen para poder mitigar los riesgos a la aparición de úlceras por presión, contracturas musculares, trastornos circulatorios o problemas respiratorios.

Se debe tener en cuenta las necesidades y problemáticas del paciente a la hora de aplicar los cambios posturales, ya que cada una de ellas promueven una serie de beneficios que deben ser tenidos en cuenta según la condición médica del paciente.

6 Bibliografía

<https://www.clubdecuidadores.com/blog/post/cambios-posturales>
<https://www.latiendadelosmayores.com/blog/cambios-posturales-cama/>
<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=865865db42af4fc32757d93167626901&idioma=CA>

Capítulo 87

LAS INTOXICACIONES

ANA ISABEL CASTIELLO GONZALEZ

1 Introducción

Cada año el Servicio de Información Toxicológica (SIT) del Instituto de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) nos muestra datos sobre todas las intoxicaciones o exposiciones a sustancias tóxicas recibidas en el año y que han sido atendidos por equipos médicos o a través del servicio de teléfono que hay disponible durante las 24 horas del día y los 365 días del año sin interrupción. Este centro desempeña sus funciones desde 1971 y atiende a toda la geografía española.

Los profesionales que atienden este servicio están formados por médicos facultativos y forenses y nos informan sobre medidas de prevención, primeros auxilios, pronóstico y evolución, etcétera.

La mayoría de las consultas telefónicas que recibe este organismo está relacionada con intoxicaciones producidas en humanos, y que según las estadísticas cada año se va incrementando.

El SIT dispone de una base de datos comerciales internacionales (con más de 100.000 fichas toxicológicas) que recopila información de productos industriales (hidrocarburos, organofosforados) y químicos (insecticidas, alcoholes) plantas y animales venenosos, drogas etcétera.

El SIT está conectado directamente con la Sala Nacional de Emergencias de Protección Civil y atiende los casos graves que se den de intoxicaciones o peligrosas como sustancias químicas.

En este capítulo se va a comentar sobre las distintas vías de intoxicación que existen al intoxicarnos y qué posibles medidas o protocolos de actuación se deberían cumplir para auxiliar a la persona intoxicada

2 Objetivos

- Exponer las distintas vías de entrada cuando nos exponemos a un tóxico y sus efectos adversos.
- Describir las distintas medidas o protocolos de actuaciones posibles dependiendo de la toxicidad del producto, vía de entrada, dosis ingerida etcétera

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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. Palabras clave, SIT, Intoxicaciones.

4 Resultados

Un tóxico es cualquier sustancia natural, artificial o química que al entrar en contacto con los seres vivos les causa o produce un efecto dañino. Todas las sustancias tienen un componente tóxicos, incluso el oxígeno o el agua tienen efecto nocivo si se toma la dosis suficiente.

El término de intoxicación se da al estado de un ser vivo cuando se encuentra bajo los efectos perjudiciales de un tóxico.

La gravedad de la intoxicación va en función de la toxicidad del producto, su vía de entrada, dosis ingeridas, y el individuo en cuestión (es decir; su sexo, edad, estado nutricional, etc.).

Los efectos adversos de un tóxico pueden ser locales o generales:

- Efecto local; son inmediatos y se limitan a la zona del cuerpo en contacto con la sustancia tóxica, es decir: ojos, piel, vías respiratorias e intestinos. Algunos síntomas son erupciones cutáneas, lagrimeo, quemaduras o tos por irritación de la garganta. Sus efectos pueden ser irritantes (sensación de dolor o picor) o corrosivos (producen graves quemaduras con destrucción de los tejidos).
- Efectos generales: son más difusos que los locales y se producen en zonas alejados del órgano de entrada, ya que su característica principal es que aparece una vez absorbida la sustancia tóxica, por ejemplo, acción sobre los órganos reproductores, el sistema nervioso etcétera.

Las sustancias tóxicas penetran en el organismo a través de tres vías de entrada, y la cantidad de tóxico que penetra en el cuerpo depende generalmente de la vía de entrada.

- Vía oral o digestiva: se da por ingestión, es la forma más frecuente de intoxicación. Se produce por la ingestión de alimentos en mal estado, sustancias causativas, medicamentos o tóxicos líquidos. La sustancia química llega al torrente sanguíneo a través del intestino.
- Vía respiratoria: se da por inhalación, la sustancia que se inhala está en forma de gas, vapor o polvo y pasa a los pulmones por la nariz o la boca a través de la respiración. La intoxicación se produce al inhalar gases tóxicos como herbicidas, insecticidas, humo en caso de incendios, monóxido de carbono, etcétera. En este tipo de intoxicación, las sustancias tóxicas llegan con gran rapidez a los vasos sanguíneos.
- Vía cutánea: se da por contacto o inoculación con sustancias como insecticidas, herbicidas, plaguicidas o las producidas por plantas como la hiedra venenosa, ya sea en forma líquida, pulverizada o aerosoles. Los tóxicos atraviesan la piel con mayor facilidad cuando se encuentra húmeda, caliente y sudorosa que cuando está seca. Además, si la piel no está intacta y presenta arañazos, quemaduras o heridas, ofrece menos resistencia al ser intoxicada. Por regla general se absorben más las sustancias liposolubles.
- En otras ocasiones, la barrera de la piel se rompe, ya sea por picaduras o mordeduras de insectos venenosos, inyecciones, por tatuarnos, y de esta manera también penetrarían ciertos tóxicos.

Existen una serie de medidas de actuación que son generalizadas a todo tipo de intoxicaciones y que serían las siguientes:

- ☒ Antes de socorrer a la víctima, debemos de protegernos nosotros en primer lugar a fin de evitar cualquier riesgo de contaminación. La seguridad prevalece ante nada.
- ☒ Se retira a la víctima del agente causal y solicitamos ayuda (PAS).
- ☒ Comprobar la permeabilidad de vías respiratorias, la respiración y el pulso, si fuera necesario se realiza una RCP (si respira, se coloca a la víctima en posición lateral de seguridad).
- ☒ Valoración neurológica (nivel de consciencia, tamaño y reactividad de las pupilas, actividad motora).
- ☒ Evitar o disminuir la absorción de la sustancia tóxica:
 - Si es contacto de ojos se hace un lavado abundante durante 20 minutos con agua o suero fisiológico.
 - Si es contacto cutáneo, retiramos la ropa y se lava con agua y jabón.

-Si es por inhalación, retiramos al paciente de la fuente y aplicamos oxígeno al 100%.

-Si es por ingestión oral, se tendría que descontaminar el tubo digestivo haciendo un vaciado intestinal.

☒ Si la intoxicación se debiera a un producto químico, se intentará localizar el envase y la etiqueta, esto les facilitaría la labor a los sanitarios.

Como se mencionaba al inicio de este capítulo, existen tres vías principales de entrada cuando se produce una intoxicación, que describo a continuación:

INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN

La inhalación de gases y vapores tóxicos en el entorno del hogar, suele ser una causa bastante frecuente de intoxicación. Suponen en torno al 5% de los casos, según el Instituto Nacional de Toxicología español; lejías, amoniacos, pesticidas, hidrocarburos y monóxido de carbono son los productos típicos que se ven implicados en este tipo de intoxicaciones. También existen otro tipo de sustancias fuera del ámbito doméstico, como el Dióxido de Carbono(CO₂) (localizados en incendios), productos químicos (arsénico, alcoholes), Ácido cianhídrico que se encuentra en la industria metalúrgica, y que causan síntomas diversos como mareos, taquicardias y en casos graves hasta la muerte.

Los primeros auxilios generales en casos de intoxicación por inhalación sería:

-Lo primero retirar a la víctima de la zona, preservando siempre la seguridad del quien auxilia.

-Ventilar la zona si es interior.

-Comprobar que las vías respiratorias de la víctima estén libres.

-Si los vapores tóxicos están impregnados en la ropa, ésta se quita y se lava.

-El ambiente se mantendrá siempre húmedo.

-Por último, se traslada a la víctima a un centro sanitario.

INTOXICACIÓN POR VIA CUTÁNEA.

La intoxicación por vía cutánea se produce a través de tres maneras: por absorción, contacto y por inoculación.

En la intoxicación por absorción, las sustancias o los tóxicos atraviesan la piel y las mucosas, constituyendo una vía de importancia toxicológica por sí misma, o bien contribuyen a la toxicidad general de las sustancias absorbidas por otras vías. Sería el caso de insecticidas y tóxicos liposolubles. También por plantas venenosas y drogas como la cocaína, que se absorbe a través de las mucosas (digestivas y respiratorias).

En la intoxicación por contacto, los ácidos y las bases son las sustancias más peligrosas, ya que pueden ser corrosivos produciendo quemaduras dolorosas.

Destaca el ácido sulfúrico y el ácido clorhídrico, utilizados ambos en industrias químicas y farmacológicas.

La intoxicación por inoculación, se produce por pinchazos (inyecciones, mordeduras y picaduras), que rompen la barrera de la piel. Generalmente, se deben al veneno de animales, pero también por drogas endovenosas y sobredosis de medicamentos inyectables.

INTOXICACIÓN POR INGESTIÓN

La forma más frecuente de intoxicación es a través de la ingestión de sustancias, y puede ocurrir tanto en ámbito doméstico como en el laboral.

En el ámbito doméstico, aunque pasan desapercibidos, los cosméticos (sustancias para limpiar, perfumar o maquillar) pueden contener sustancias tóxicas, aunque la mayoría tienen poca toxicidad como es el caso de la vaselina o el lápiz de labios, otras pueden ser peligrosas como la acetona (quita esmalte de uñas). Además de los cosméticos, los productos de limpieza y ciertos medicamentos que guardamos en el botiquín de casa contienen sustancias tóxicas como es el caso de la lejía, amoníaco, detergentes lavadora, paracetamol, etcétera.

Algunos consejos de prevención sería: no dejar los productos al alcance de niños, poner etiquetas para evitar confusiones o leer con detenimiento las instrucciones antes de utilizar ciertos productos o medicamentos.

En el ámbito laboral, además de los cáusticos, hay insecticidas, alcoholes y metales pesados como el arsénico. Los síntomas van desde vómitos y náuseas a arritmias, hipotensión y coma.

Existe un protocolo de primeros auxilios donde se valora el estado de consciencia de la víctima, se realizaría una reanimación cardiopulmonar si fuera necesario, si la víctima estuviera consciente, saber lo que ingirió y la cantidad para luego poder informar, y llamar al teléfono de emergencias o al Instituto Nacional de Toxicología.

La intoxicación por ingestión no debe confundirse con la intoxicación alimentaria, ya que esta última se produce cuando una determinada toxina penetra en el organismo a través de un alimento. Pueden ser sustancias que ya estén presentes de forma natural en el alimento como las setas o plantas venenosas o debida a causas exógenas al alimento como ciertas bacterias patógenas, parásitos o virus (toxiinfección alimentaria).

Algunos de los causantes más conocidos son las bacterias (*Salmonella*), virus (de la hepatitis A) y parásitos (*Anisakis*). Los mayores riesgos de estos contagios son la deshidratación y la cetosis.

Alimentos o ingredientes contaminados, enfriamiento o descongelación de alimentos inadecuados, mezclar alimentos crudos con procesados son factores que

favorecen la contaminación alimentaria.

Como protocolo de primeros auxilios se evitaría el consumo de sólidos durante las primeras 24 horas, beber abundante líquido o como última alternativa acudir al centro de salud en caso de seguir con el malestar.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las intoxicaciones ocurren por accidentes y ante la sospecha de una intoxicación se debería acudir al centro sanitario en busca de ayuda lo más rápidamente posible para ser atendido.

Los signos o los síntomas que nos pueden provocar las toxinas van en función de la sustancia tóxica con la que hemos contactado, ya que según el agente tóxico con que una persona haya estado en contacto, el nivel de gravedad puede ser desde simple hasta muy grave. Por ejemplo, existen intoxicaciones alimentarias cuyos síntomas pueden ser desde un simple enrojecimiento de la piel hasta poder perder la conciencia.

Lo mismo puede pasar con la picadura de una abeja o avispa, donde la mayoría de los casos pueden provocar solo reacciones locales como una pequeña inflamación hasta un dolor muy intenso y formación de pápulas.

En España la intoxicación más frecuente es la ingesta de medicamentos, alcohol y drogas, seguido de los tóxicos en el ámbito laboral producidos por los productos industriales, en tercer lugar pasaría a los productos domésticos (los que utilizamos en casa para la limpieza y luego el monóxido de carbono(relacionado con empresas, vehículos, calentadores, etcétera.

6 Bibliografía

www.medline.plus.gov

www.topdoctors.es

Capítulo 88

TURNICIDAD HORARIA NOCTURNA Y SALUD DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

INMACULADA GONZÁLEZ PALACIOS

YOLANDA SOLÍS BAIZÁN

TANIA FERSINI FERNÁNDEZ

MARÍA ANGELES GARCÍA ESCOSURA

KATHERINE IVONNE VERA BELTRÁN

1 Introducción

La literatura científica ha destacado los efectos adversos para la salud de los trabajadores que desempeñan labores durante horarios nocturnos. A pesar de los esfuerzos de muchas organizaciones por evitar este tipo de turnos, hay sectores, como el de la atención sanitaria, que requieren una atención continua las 24 horas del día, los 365 días del año, con cuidados a menudo especializados. Esto hace necesario implementar horarios rotativos que incluyan turnos nocturnos para los profesionales de la salud.

La participación en horarios nocturnos tiene importantes implicaciones para los profesionales sanitarios, incluida la alteración del ritmo circadiano, cambios en el sueño y la alimentación, y especialmente la interrupción del ciclo luz-oscuridad,

lo que afecta a la regulación hormonal y otros ritmos fisiológicos y metabólicos, como la eliminación.

Este tipo de turno laboral nocturno se ha asociado con una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, además de ser un factor de riesgo para diversos trastornos potencialmente mortales y contribuir a una menor eficiencia en el desempeño laboral.

Además de un progresivo deterioro físico del profesional, también se observa un deterioro social y familiar, con un aislamiento creciente en cuanto a relaciones de amistades y familiares. Es muy frecuente relacionar un descenso de las relaciones sociales con el deterioro físico-mental consecuente de cronogramas con horarios rotativos nocturnos.

2 Objetivos

Identificar y describir los efectos y consecuencias más frecuentes sobre el sueño en los trabajadores de la salud que realizan sus labores durante horarios nocturnos.

3 Metodología

Para llevar a cabo nuestra investigación, realizamos una búsqueda exhaustiva de artículos y estudios científicos sobre los efectos negativos del trabajo en horario nocturno en la salud de los profesionales sanitarios. Utilizamos bases de datos especializadas como PubMed, Medline, Cochrane, así como revistas científicas reconocidas como Science, Nature, entre otras.

Llevamos a cabo una revisión detallada de los documentos seleccionados para recopilar datos relevantes para nuestro estudio.

La búsqueda documental se realizó durante los meses de enero y febrero de 2024, y se limitó al intervalo de publicación comprendido entre los años 2000 y 2023. Los descriptores utilizados para esta revisión bibliográfica fueron: trabajo nocturno, personal sanitario, trastornos fisiológicos.

Aplicamos criterios de inclusión/exclusión a los documentos obtenidos en una primera recolección, seleccionando 8 documentos para este estudio.

4 Resultados

Los principales datos y resultados observados en nuestra revisión bibliográfica son los siguientes:

Los seres humanos están fisiológicamente regidos por los ciclos de luz y oscuridad, que están naturalmente sincronizados con el período de 24 horas del ciclo diurno y nocturno. El período cíclico interno fisiológico está determinado y regulado genéticamente por un oscilador nervioso endógeno que está sincronizado con los ciclos naturales de luz.

La falta de coordinación entre nuestro marcapasos endógeno y el ciclo luz-oscuridad es la principal causa de la desregulación del ciclo sueño-vigilia de nuestro organismo. Sus principales consecuencias incluyen la aparición de insomnio, disminución de la alerta y del rendimiento cognitivo en los profesionales que trabajan en turnos nocturnos, especialmente en entornos hospitalarios.

El ser humano es principalmente diurno, y numerosos estudios señalan una dependencia directa de la estimulación luminosa para mantener el ciclo circadiano de 24 horas. Una de las principales repercusiones en la salud de los trabajadores sanitarios que realizan turnos nocturnos son los trastornos del sueño, los cuales pueden influir en la aparición o empeoramiento de trastornos físicos o mentales. Varios informes indican que la resincronización de las funciones fisiológicas después de un turno nocturno, con cambios en los horarios de trabajo y sueño, representa uno de los mayores desafíos para los profesionales que trabajan en estos turnos.

Durante el turno nocturno, se observa una disminución inicial de la capacidad de alerta, el rendimiento y la concentración en las actividades. Con la cronicidad en estos horarios rotativos con turnos nocturnos, se evidencia un aumento progresivo de las alteraciones físicas, como la fatiga, los trastornos gastrointestinales, el agotamiento físico y emocional, el burnout, los errores profesionales y una disminución en la calidad de la atención sanitaria.

En resumen, los cambios en los sincronismos entre el ciclo natural de luz y los horarios laborales generan alteraciones a nivel personal, que inicialmente se manifiestan como desgaste laboral y que pueden evolucionar hacia patologías físicas y mentales.

5 Discusión-Conclusión

Los biorritmos fisiológicos de los organismos humanos están estrechamente sincronizados con los ciclos de luz y oscuridad del entorno, siendo regulados principalmente por los cambios en la luminosidad ambiental.

El ciclo de sueño-vigilia es uno de estos ciclos fisiológicos, y su alteración debido a los cambios en los turnos laborales tiene un impacto directo en la salud de los trabajadores, provocando diversas patologías.

En el ámbito sanitario, donde se requiere atención continua, es común la implementación de cronogramas laborales que incluyen turnos nocturnos, lo que conlleva una alta prevalencia de trabajadores con problemas de salud relacionados con estos cambios de horario.

Las principales consecuencias de estos cambios continuos en los horarios laborales incluyen problemas emocionales como el desinterés en el trabajo, disminución del rendimiento y fatiga laboral. Si esta situación se vuelve crónica, puede dar lugar a trastornos del sueño, problemas alimentarios, dolencias músculo-esqueléticas, entre otros.

6 Bibliografía

1. Hiriart, M (2005). Ritmos biológicos endocrinos y glándula pineal. En Drucker R. Fisiología Médica. España: Manual moderno, 5, 513.
2. Martínez, D t Sfredo, M. (2010). Circadian rhythm sleep disorder. Indian Journal of Medical Research, 141-149.
3. Mingote Adán JC. Síndrome “Burnout”, Síndrome de desgaste profesional: Monografía de Psiquiatría. 1977; 5: 1-44.
4. Moreno Jiménez B, González JL, Garrosa E, Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida, En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001.
5. Portella Ribero, J; Pereira Rocha, L; Demutti Pimpao, F; Ruta Porto, A y Buss Thofehr, M. implicaciones del ambiente en el desarrollo del proceso de trabajo de enfermería: una revisión integradora. Revista electrónica de Enfermería, Julio 2012, n°27, ISSN 1695-6141.
6. Ruiz de la F., M; Cifuentes M., MT; Segura B.,O; Chavarria S., P. y Sanhueza R., X. Estado nutricional de los trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev Chil Nutr Vol.37, n°4, Diciembre 2010.
7. Triguero, M. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital público universitario en la ciudad de Pinar de Río, Cuba. Psicología: Teoría

y Práctica, 54-62.

8. Santana-Herrera J, Alfano T, Escobal-Machado A. Turnos de trabajo: ¿un factor de riesgo cardiovascular? Med. Segur. Trab. 2014; 60(234):179-197.

Capítulo 89

HUMANIZACIÓN: EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SANTIAGO MANUEL ESCABIAS GARCÍA

1 Introducción

El servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área específica donde los pacientes ingresados, están sometidos a técnicas invasivas o no invasivas en las cuales su estado de salud es muy grave.

Es por ello que, al ser un servicio muy complejo con bastantes técnicas, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) presenta un papel muy importante sobre la humanización hacia el paciente.

El TCAE en el servicio de unidad de cuidados intensivos es muy importante, fundamental y esencial. Ya que constituyen un rol muy valioso en preparación completa de los boxes, procedimientos, adelantamiento sobre una enfermedad que presente un paciente, numerosas técnicas y protocolos complejos.

En este servicio es muy importante el trabajo que realiza el TCAE ya que, está mano a mano con el paciente, desempeñan un papel muy directo al paciente, gran apoyo psicológico emocional y de escucha activa al paciente. En bastantes ocasiones también son un apoyo moral positivo hacia los familiares.

El TCAE sabe, prepara, organiza y realiza muchas técnicas siempre con supervisión y mano a mano con el personal de enfermería. Desde un punto de vista

más humanizado el TCAE ayuda, proporciona y transmite al paciente un estado de bienestar y tranquilizador para que, durante en la estancia del paciente en este servicio sea la mejor llevadera posible desde que el ingreso hasta el alta.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la humanización por parte del TCAE en la UCI.

3 Metodología

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

4 Resultados

El ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos es recibido por el personal de Enfermería, médicos y celadores. La importancia del TCAE desde el ingreso hasta el alta es muy importante ya que, para que se pueda realizar dicho ingreso, tenemos que haber dejado limpio, ordenado y repuesto el box completo en el que va a ingresar dicho paciente.

- Revisión de todo el material fungible
- Limpieza de aparataje, calibración de respirador.
- Ordenación, reposición de material que falte.
- Comprobación de todo el aparataje (sistema de aspiración, bombas de infusión...)
- Revisión y reposición de carro del box....

Cuando un paciente ingresa en esta unidad si su estado es consciente, viene en estado alarmante, de preocupación y desconocimiento. Junto con enfermería se realizan todas las técnicas necesarias que el estado de salud del paciente lo requiera

El TCAE representa un papel muy importante, sobre el tranquilizar, saber resolver algunas dudas que se pueda, servirle de apoyo emocional y moral al pa-

ciente. Estará mano a mano con el paciente para cuando lo necesite, para llegar a tener una estancia mas agradable posible dentro de este servicio tan complejo.

Hacer llegar a estar mas como en casa y tener un trato más cercano. El TCAE tiene como prioridad realizar su trabajo (realizar aseos, preparar materiales para la realización de técnicas muy complejas, ayuda en cambio de cánulas de traqueotomía, ayuda en preparación de intubación de las vías respiratorias, preparación de medicamentos etc...)

Mientras tanto se realizan estas numerosas técnicas, el paciente está con mucho miedo, desconocimiento... Es ahí, cuando el TCAE está mano a mano con el paciente, para brindarle apoyo emocional y estar cerca para que, en medida que se pueda, hacer sentir al paciente un estado de tranquilidad.

Tras numerosos estudios, se ha acordado que mientras la estancia del paciente en esta unidad, al realizarle acciones mas humanitarias, ha llegado a tener un efecto positivo sobre su salud.

5 Discusión-Conclusión

Finalizando este trabajo, el ingreso del paciente en esta unidad es muy complejo ya que, junto con las técnicas empleadas al paciente, invasivas o no invasivas, el estado de ánimo que en ese momento posee y el trato que recibe el paciente es muy importante.

Por eso hay que, brindar al paciente en la medida de lo posible un estado más humano, más cercano, para que, junto con las técnicas empleadas y que se necesite sobre el estado de salud del paciente, sea más llevadero.

Es por ello que, al realizar un trato mas humano al paciente, está con mas tranquilidad, confortable y sea un proceso mas positivo de recuperación sobre su estado de salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 90

NUEVOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

MARIELA PAREDES MELGAREJO

MARÍA BEGOÑA LUZURIAGA GARCÍA

ALEJANDRA AMELIA GARCÍA INCLÁN

MARÍA BELEN FERNÁNDEZ ALFARO

MARÍA GLORIA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

El mundo laboral es un fenómeno sumamente complejo y en constante evolución. Diversos factores actúan como impulsores principales de los cambios en los diferentes sectores laborales. Entre estos factores se encuentran la modernización tecnológica, la competencia cada vez más exigente, la disminuida intervención y función del Estado, y una orientación laboral que se ajusta a las demandas del mercado profesional, entre otros.

Estos cambios en el mercado laboral no solo tienen repercusiones directas en la población activa, afectando las oportunidades de empleo, sino que también influyen indirectamente en las necesidades de formación, la actualización de conocimientos, el desarrollo de habilidades, la adaptación a los ritmos laborales cambiantes, la gestión de recursos, y, sobre todo, en la salud de la población.

Con esta transformación y las nuevas exigencias del mercado laboral, se ha observado un cambio en el perfil de las enfermedades y los accidentes profesionales

en los últimos años. Se ha observado un aumento en las enfermedades de tipo psicosocial y psicoemocional, con sus significativas consecuencias entre la nueva generación de profesionales.

En el sector sanitario, también se ha percibido este cambio en relación con el aumento de las bajas laborales causadas por problemas de salud relacionados con el trabajo.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es identificar los principales factores y riesgos psicosociales asociados al trabajo en el ámbito sanitario hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizó una revisión bibliográfica de documentos que abordan los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo de los profesionales en el ámbito hospitalario. Estos documentos fueron obtenidos de bases de datos especializadas como Pubmed, Cochrane y Lilacs.

Las palabras clave utilizadas para esta búsqueda bibliográfica fueron: "factores psicosociales", "sector sanitario" y "consecuencias".

La búsqueda documental se realizó entre los meses de enero y febrero de 2024, y se limitó el rango de publicaciones al período comprendido entre los años 2000 y 2023.

4 Resultados

Los factores o riesgos psicosociales se refieren a aspectos presentes en diversas situaciones profesionales que están vinculados al entorno laboral, la configuración del puesto de trabajo, la realización de las tareas, entre otros, y que tienen un impacto directo en la ejecución del trabajo y, sobre todo, en la salud laboral de los trabajadores.

Estos factores psicosociales pueden influir tanto de manera positiva como negativa en los profesionales sanitarios. Si los aspectos del puesto de trabajo son favorables, pueden favorecer el desarrollo personal y profesional del trabajador, mientras que, si son desfavorables, pueden deteriorar la salud y el bienestar del profesional, tanto física como emocionalmente y en términos sociales se puede

observar un progresivo distanciamiento por parte del profesional con su entorno social, tanto familiar como de amistades.

Suelen ser aspectos y situaciones laborales que contribuyen a la aparición del estrés en los profesionales hospitalarios afectados. Algunas de las principales características relacionadas con la aparición del estrés incluyen aspectos relacionados con la tarea, como una carga de trabajo excesiva o monotonía, así como aspectos relacionados con la organización del trabajo, como la estructura jerárquica y la rotación de turnos.

Algunos autores revisados incluyen como factores psicosociales de riesgo las características inherentes al empleo, como el salario, la ergonomía laboral y la estabilidad en el empleo.

En muchas ocasiones, la percepción del riesgo no está relacionada con factores físicos, sino con aspectos emocionales del puesto de trabajo, como la pérdida de estatus o el despido. Estos factores suelen tener un impacto en la salud del trabajador y constituyen una importante fuente de riesgos, tanto físicos como emocionales, para los cuales el trabajador debe desarrollar estrategias específicas de afrontamiento para poder manejarlos de manera racional.

5 Discusión-Conclusión

El mundo laboral está constantemente evolucionando, lo que modifica y cambia continuamente los riesgos profesionales que pueden surgir. Durante mucho tiempo, los Servicios de Prevención Laboral prestaron especial atención a los riesgos laborales físicos, pero en las últimas décadas han dirigido su atención hacia los riesgos psicosociales derivados de la nueva concepción y forma de trabajo.

Así, aspectos como la actualización de conocimientos para adaptarse a la evolución tecnológica, la comunicación e información, las relaciones interpersonales y la estabilidad laboral son los nuevos factores de riesgo laboral de tipo psicoemocional a los que estos servicios de prevención deben prestar atención.

Las nuevas concepciones del entorno laboral obligan a los profesionales, especialmente en el ámbito sanitario hospitalario, a desarrollar estrategias de afrontamiento para evitar posibles deterioros en su salud laboral.

6 Bibliografía

1. Gagliardi D, Marinaccio A, Valenti A, Lavicoli S. Occupational safety and health in Europe: lessons from the past, challenges and opportunities for the future. *Ind Health* 2012; 50:7-11.

2. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional and national comparative risk assesment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters in 188 countries, 1990-2013: a systematic análisis for the global Burden of disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386:2287-232.
3. Ratanen J, Lehtinen S, Lavicoli S. Occupational helth services in selected International Commission on Occupational Health (ICOH) member countrries. *Scand J Work Environ Health* 2013; 39:2012-2016.
4. European Working Condition Survey (EWCS):
European Agency for Safety and Health at Work. *Priorities for Occupational Safety and Health Research in Europe* 2013.

Capítulo 91

CUIDADOS Y PREVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA GABRIELA SALGADO POSLIGUA

1 Introducción

Podemos definir a las úlceras por presión o también denominadas como UPP, a las lesiones de origen crónico que afectan a la parte integral de la epidermis y de los tejidos blandos. También pueden afectar a la dermis o a la hipodermis. Cuando la piel se rompe, aparece la úlcera por presión, causando grave dolor en el paciente y en algunos casos puede infectarse y llegar hasta el músculo o el hueso.

Existen dos factores que aumentan el riesgo de la aparición de las úlceras por presión.

-Los factores extrínsecos, afectan en el organismo del paciente, conocidos como la humedad, el tiempo o la fricción.

-Y los factores intrínsecos, son aquellos que vienen dados por las enfermedades del paciente.

Suele aumentar bastante el riesgo de padecer una úlcera por presión, los pacientes que tengan dificultades o problemas en las funciones sensitivas o motoras como por ejemplo los que sufren de parálisis cerebral o medular, la falta de cambio de posición, escasez de ciertos alimentos, la obesidad debido a que tenemos menos tejido muscular, por lo que favorece en la destrucción de la epidermis de la persona.

En el siguiente apartado, vamos a hablar sobre los estadios de evolución de las UPP y los definiremos.

2 Objetivos

Saber los estadios de evolución de las úlceras por presión y también las funciones que pueden desempeñar los auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

Las úlceras por presión se pueden clasificar dependiendo de la profundidad y del daño que hayan producido en los tejidos, por lo que son los siguientes estadios:

- el estadio número uno: podemos observar un eritema que no se suprime cuando no existe presión en la piel. En las pieles de las personas más oscuras, se puede observar con un tono rojo, azul o morado y el paciente no presencia dolor en algunos casos. Puede dañar la epidermis y la dermis.

El estadio número dos: el paciente pierde de forma temporal el grosor de la piel. También presenta la piel agrietada o ampollas. Ya hablamos de una herida más profunda y con daños e hipodérmicos.

El estadio número tres: el paciente pierde por completo el grosor de la piel, causando una herida o necrosis en los tejidos subcutáneos con poder extensivo. Puede experimentar dolor. Existe necrosis y el músculo se ve afectado.

El estadio número cuatro: el paciente pierde por completo el grosor de la piel, incluyendo la demolición de forma extensa con el tejido necrosado y lesiones en el músculo, también se extiende al hueso o en las estructuras de soporte.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden ser las siguientes:

- intentarán que el paciente cuente con la menor presión y fricción de la zona.

- controlarán que el paciente deambula cuando sea diagnosticado en estadio temprano para evitar su desarrollo.
- se ocuparán de realizarle cambios posturales al paciente aproximadamente cada dos o tres horas.
- deberán de colocarle al paciente colchones de silicona o viscoelástico, también son válidos los colchones antiescaras para evitar la presencia de úlceras por presión.
- deberán de controlar la nutrición del paciente, dieta equilibrada y sobre todo hiperproteica.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental resaltar la importancia de conseguir una integridad completa de la piel de todos los pacientes, pero sobre todo los que permanecen encamados cumpliendo las medidas preventivas necesarias para evitar en la medida de lo posible que el paciente desarrolle este tipo de lesiones y afectarán de forma negativa en su salud, lo que también provocará el ingreso hospitalario y un mayor gasto sanitario.

El cuidado de la piel de los pacientes es una función primordial, la hidratación y la presión ejercida sobre esta, como la aplicación de lociones hidratantes y también los cambios posturales para evitar que aparezcan o que evolucionen.

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 2024-04-18]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

accedido en 18 abr. 2024.

Formato Documento Electrónico(APA)

(2005). Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, 13(6) Recuperado en 18 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&tlng=es.
Formato Documento Electrónico(Vancouver)

Capítulo 92

ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL QUIRÓFANO DEL MEDIO HOSPITALARIO

MARIA DEL CARMEN ARIAS SUAREZ

1 Introducción

El técnico incluido los auxiliares de enfermería en el quirófano de medios hospitalarios y un profesional sanitario dedicado al ámbito de la salud cuya labor fundamental es apoyar y colaborar con el equipo de enfermería y medicina en la realización de técnicas quirúrgicas.

Su empleo es fundamental para asegurar la seguridad y el bienestar completo del paciente antes y después de cada operación.

El conocimiento de la organización y del manejo del quirófano son fundamentales para que las intervenciones quirúrgicas se lleven a cabo con la adecuada protección para el paciente, los profesionales de enfermería y los cirujanos.

Suelen existir una gran diversidad de motivos para enfrentarse a una intervención quirúrgica. Algunas intervenciones quirúrgicas suelen ser para reducir los síntomas del paciente o para solucionar un problema de salud en el que pueda correr riesgo la vida del paciente.

Todos los pacientes antes de someterse a una intervención quirúrgica deben de pasar por una serie de pruebas conocidas como preoperatorio, para observar que el paciente se encuentra en condiciones adecuadas y pueden ser intervenido quirúrgicamente sin probabilidades de que su salud pueda verse afectada durante

la intervención quirúrgica, lo que pueda ocasionarle un riesgo alto en su salud y pueda causarle la muerte.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar de enfermería en el interior de quirófano hospitalario.

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 hablar de las principales funciones del TCAE en quirófano:

- la organización del quirófano: el tcae tendrá como responsabilidad organizar la sala de operaciones antes de la intervención quirúrgica, esto engloba la limpieza la desinfección de esta sala, fue en el funcionamiento los equipos y aparatos médicos y comprobar que todo esté en correcto estado y funcione adecuadamente.
- alistar al paciente: debemos de preparar al paciente antes de la intervención quirúrgica. Le asearemos con loción de clorhexidina para desinfectar y le prepararemos la camilla a modo de paquete quirúrgico sin que se nos olvide la sábana entremetida y quitar todas las joyas o cosas metálicas que lleve.
- colaboración o atención durante la operación: este profesional sanitario debe de apoyar y participar con el equipo médico y de enfermería, entregándole los materiales e instrumentos necesarios en ese momento, también debe de colocar los aparatos y equipos en función de la comodidad de los cirujanos, y estará monitorizando permanentemente las constantes vitales del paciente.
- control de infecciones: debemos de tener especialmente cuidado con la limpieza y desinfección de todos los equipos y aparatos, pero también debemos de re-

alizarnos un lavado estricto desde los codos hasta las manos. Todo debe de estar esterilizado y no puede existir ni el menor grado de contaminación porque puede poner en riesgo la salud del paciente.

- la comunicación entre los profesionales: el TCAE debe de prestar atención a las instrucciones o mandatos de los médicos y enfermeras, estando totalmente receptivo para proponer recomendaciones o sugerencias que pueden ser favorables en la salud del paciente.

La comunicación entre el equipo que está realizando la operación, también es muy importante para velar por la seguridad del paciente durante la intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería, también conocido como TCAE, en el interior del quirófano juega una labor imprescindible en el equipo de profesionales sanitarios durante las intervenciones quirúrgicas.

Sus diferentes labores abarcan desde la organización tanto de la sala de operaciones como la del paciente, la atención al paciente durante la intervención, control de cualquier grado de contaminación, apoyo a la hora de desenvolverse con los equipos médicos, la asistencia de los cuidados postoperatorios, la comunicación con el equipo de profesionales que participan en la operación, y el registro de toda la documentación sanitaria en la historia clínica de cada paciente.

6 Bibliografía

Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2024-04-18]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>.

accedido en 18 abr. 2024.

Formato Documento Electrónico(APA)

(2005). Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, 13(6) Recuperado en 18 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&tlng=es.
Formato Documento Electrónico(Vancouver)

Capítulo 93

REHABILITACIÓN TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

LAURA GANDARILLAS CUELLAR

1 Introducción

Las lesiones de ligamento cruzado anterior son las lesiones de ligamentos más frecuentes en los Estados Unidos. Estas lesiones, además de limitar la calidad de vida del paciente, también puede terminar con su carrera deportiva. Estas lesiones se ven con mayor prevalencia en mujeres, debido a variables anatómicas. La lesión de ligamento cruzado que más frecuentemente encontramos en la práctica clínica es la rotura, completa o parcial, generalmente asociada a la práctica deportiva, presentando como mecanismo lesional una rotación y torsión en valgo, con el pie fijado al suelo. Algunos pacientes con rotura de ligamento cruzado anterior podrían no ser candidatos a cirugía debido a otras patologías médicas graves que se puedan presentar a la vez que esta rotura ligamentosa. Generalmente el abordaje que se realiza en esta lesión es quirúrgico, para prevenir que pueda existir inestabilidad de rodilla (1). La rehabilitación después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior debe considerar el control del dolor, la hinchazón postoperatoria, la protección del injerto, la restauración de todo el rango articular en la movilidad de la articulación de la rodilla, el fortalecimiento de la musculatura que aporta estabilidad a la rodilla, cadera y tronco, la mejora del control neuromuscular y la readaptación progresiva y gradual a la práctica deportiva (2).

2 Objetivos

- Exponer los diferentes tratamientos fisioterapéuticos en el abordaje de la rotura de ligamento cruzado anterior y en su readaptación a la práctica deportiva.
- Exponer la evidencia científica existente en estos tratamientos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En deportistas que presentan rotura del ligamento cruzado anterior se presenta habitualmente tras la intervención debilidad de fuerza del cuádriceps, patrones de movimiento anormales y función anormal de la rodilla. En ocasiones se presentan recidivas en la rotura de ligamento cruzado anterior, por lo que se valora un estudio que recluta a 80 atletas, 40 hombres y 40 mujeres, de entre 13 y 55 años, que hayan sufrido una reconstrucción de ligamento cruzado anterior. Se dividirá a los participantes en dos grupos. El primero de ellos recibirá ejercicios de prevención, fortalecimiento de cuádriceps y ejercicios de agilidad. El segundo grupo recibirá los mismos ejercicios que el grupo anterior pero añadiendo ejercicios de perturbación. En ambos grupos existen recidivas de la lesión y se destaca esta lesión como multifactorial (3).

Una de las revisiones valoradas se enfoca en el tratamiento fisioterapéutico preoperatorio. Tres estudios valoran de manera positiva el tratamiento de fisioterapia de entre 3 y 6 semanas previo a la operación respecto a los pacientes que reciben únicamente tratamiento postoperatorio. Se aprecia mejora en la disminución del tiempo que necesita el paciente para recuperar la actividad deportiva, pero no en la mejora de fuerza o laxitud. Se valora también en esta revisión la diferencia entre un protocolo postoperatorio de rehabilitación de 19 semanas y protocolos más duraderos. Un estudio compara un protocolo de 19 semanas versus un protocolo de 24 semanas, y otro estudio compara un protocolo de 19 semanas con otro de 32 semanas, no encontrando diferencias ninguno de ellos. Nueve estu-

dios de esta revisión comparan la realización de ejercicios de manera autónoma o supervisada, no encontrando tampoco diferencias. Respecto a las técnicas de tratamiento, esta revisión analiza 3 estudios sobre estimulación eléctrica neuromuscular, encontrando evidencias claras en la disminución de hinchazón postoperatoria y mejora de la fuerza de cuádriceps. También se encontró evidencia en el uso de crioterapia para reducir el dolor y el uso de medicamentos (4).

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de fisioterapia en la rehabilitación postoperatoria después de una rotura de ligamento cruzado anterior parece tener beneficios positivos en los pacientes, especialmente en la reincorporación a la actividad deportiva. Los estudios presentan en ocasiones carencias, ya que enfocan la lesión como multifactorial y falta investigación al respecto. Resulta imprescindible que se realicen más estudios sobre la rehabilitación de esta lesión de manera multidisciplinar, implicando en la rehabilitación otros profesionales como nutricionistas. A nivel de fisioterapia se necesita un abordaje de la patología de manera temprana, ya que parece haber evidencia científica en el abordaje preoperatorio, presentando mejoras respecto al abordaje únicamente postoperatorio. Sería necesario también realizar estudios que evalúen cada técnica de fisioterapia a nivel individual, con el objetivo de protocolizar la rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Siegel L, Vandenakker-Albanese C, Siegel D. Anterior cruciate ligament injuries: anatomy, physiology, biomechanics, and management. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine* [Internet]. 2012;22(4):349–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22695402>.
2. Yabroudi MA, Irrgang JJ. Rehabilitation and Return to Play After Anatomic Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Clinics in Sports Medicine*. 2013 Jan;32(1):165–75.
3. White K, Di Stasi SL, Smith AH, Snyder-Mackler L. Anterior cruciate ligament-specialized post-operative return-to-sports (ACL-SPORTS) training: a randomized control trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet]. 2013 Mar 23;14(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3617067/>.
4. Kotsifaki R, Korakakis V, King E, Barbosa O, Maree D, Pantouveris M, et al. Aspetar clinical practice guideline on rehabilitation after anterior cruciate ligament

reconstruction. British Journal of Sports Medicine [Internet]. 2023 Feb 2;57(9).
<https://bjsm.bmj.com/content/early/2023/02/02/bjsports-2022-106158#ref-29>.

Capítulo 94

INTERVENCIONES CON PLATAFORMA WII BALANCE BOARD ® EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL EN NEUROREHABILITACIÓN

MARÍA SUAREZ ARCOS

1 Introducción

La Nintendo Wii Balance Board (WBB) ® es un accesorio de la consola Wii de Nintendo ® que consiste en una tabla que calcula la presión ejercida sobre ella. Esta, con el juego Wii Fit ®, permite disponer de una herramienta útil para valorar y entrenar aspectos motores como el control postural, y el equilibrio, tanto en fisioterapia (F) como en terapia ocupacional (TO).

El uso de la Nintendo Wii como método de trabajo con realidad virtual es uno de los sistemas más utilizados en neuro-rehabilitación, en la actualidad. Se emplea en trastornos del movimiento, del tono muscular, y de la postura, como la Parálisis Cerebral (PC) o en el daño cerebral adquirido, tras ictus o traumatismos cráneo-encefálicos. Se utiliza para favorecer patrones de movimientos y de control postural necesarios para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Además, es una herramienta para trabajar el área ocupacional del ocio y participación social, que muchas personas incluyen en su rutina diaria y de ocio. Se puede aplicar en tratamientos de rehabilitación, tanto en F como en TO, combinado con otras técnicas convencionales como Bobath, Brunsstrom, Kabat, etc.

El uso de la WBB se centra en la neuroplasticidad del Sistema Nervioso Central, en el reaprendizaje motor orientado a tareas, y en aplicación de nuevas tecnologías al tratamiento rehabilitador. (1)

Con la redacción de este capítulo pretendo despertar el interés del lector por el uso de la WBB de la videoconsola Nintendo Wii como herramienta en F y TO en neuro-rehabilitación.

2 Objetivos

- Describir la Nintendo Wii Balance Board (WBB) ® como herramienta.
- Enumerar diferentes utilidades de la WBB desde el ámbito de la fisioterapia (F) y de la terapia ocupacional (TO).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente mediante una búsqueda sistemática en las principales bases de datos: PubMed, ScienceDirect, Dialnet, y Scielo, seleccionando aquellos artículos científicos más relevantes para nuestro trabajo.

4 Resultados

Uno de los sistemas utilizados en neuro-rehabilitación es la WBB, un sistema de bajo coste, sencillo y seguro. Además, de motivador y divertido para los pacientes (2).

WBB funciona con un sistema de equilibrio, recoge la información sobre los cambios en el centro de gravedad durante el juego y coordina diferentes actividades. Otras ventajas son su accesibilidad, asequibilidad y portabilidad (3).

Este dispositivo tiene 3 aspectos claves de neurorrehabilitación: repetición, feedback y motivación, además de características clave para obtener un tratamiento satisfactorio en combinación con tratamientos convencionales de F y/o TO:

- Carácter lúdico.
- El paciente tiene libertad para elegir la actividad y el entorno a realizar.
- Ofrece una alta motivación para la mayoría de los pacientes.
- WBB, como otros dispositivos de realidad virtual, ofrece un feedback visual, auditivo y propioceptivo fundamental para corregir movimientos y posturas.

- Se puede usar como herramienta de valoración, para apreciar el centro de gravedad del paciente, y la carga de peso en miembros inferiores.
- La tarea a realizar es de carácter ensayo-error, fundamental para aprender movimientos.
- Emplear por parejas o grupo, favoreciendo la participación social.
- Trabaja componentes motores, cognitivos y sociales.

Existen varias revisiones sistemáticas que analizan como la WBB es efectiva para el tratamiento de trastornos del equilibrio y el control postural, en diversas patologías que afectan al sistema nervioso central. Los resultados de estas revisiones han proporcionado datos muy interesantes para la utilización de este tipo de terapia en conjunto con F y TO (2,4).

A continuación, se exponen resultados de distintos ensayos controlados aleatorizados en pacientes post-ictus (5):

- En pacientes post-ictus isquémico en fases subagudas, para la recuperación funcional motora del miembro superior, el uso de la Nintendo Wii junto a F más TO, puede tener la misma efectividad que la F y TO combinadas.
- En pacientes post-ictus mixto, en fase crónica, en relación con las funciones sensitiva y motora del miembro superior, y calidad de vida relacionada con la salud, las AVD y el dolor; ni el uso de la Nintendo Wii ni la terapia ocupacional orientada a tareas, son más efectivas que la TO convencional.
- Respecto al equilibrio, la deambulacion, el rendimiento funcional motor del miembro inferior, y calidad de vida relacionada con la salud. o Mediante la WBB y F mejoró el equilibrio estático en términos de balanceo postural y velocidad media de balanceo postural. o El entrenamiento de equilibrio con WBB más F es efectivo para mejorar las funciones de equilibrio dinámico, el nivel de confianza y las AVD. o F más WBB de NW fit Plus, proporciona mejora significativa del equilibrio estático, especialmente con una base de sustentación reducida y del equilibrio dinámico; frente a la terapia orientada a tareas junto a F. o La F más NW Wii Fit, es igual a la F en mejorar el equilibrio dinámico y puede ayudar a reducir la aparición de caídas.

El uso de la WBB y la NW junto con F y TO, produce una mayor mejoría, estadísticamente significativa, que la F más TO, en la calidad de vida relacionada con la salud.

La efectividad de un tratamiento de F convencional combinado con el uso de la consola Wii en niños con PC: Los resultados tras la intervención fueron significativamente mejores ($p < 0,05$) en el grupo en el que se utilizó la Wii. Hubo buena

aceptación por parte de niños y sus familiares, pues se potenció la terapia a través del juego y la implicación directa de la familia en ella. Las poblaciones de los estudios actuales son pequeñas y homogéneas, por lo que no podemos afirmar que el uso de los dispositivos sea una terapia fiable para mejorar la estabilidad. (6)

Para el tratamiento de pacientes con lesión medular (LM), la evidencia científica sobre el uso de la WBB como terapia para la mejora de aspectos motores en sujetos con LM, es limitada. En concreto, tras analizar su uso como intervención para la mejora de la capacidad funcional y de la función motora de miembros superiores en sujetos con LM, la terapia no ha resultado ser más efectiva que la F convencional. Por otro lado, sí se han obtenido mejoras sobre el equilibrio de sujetos con LM tras el uso de dicha terapia junto a la F convencional. (7)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la WBB amplía y complementa las diferentes técnicas de F y TO para mejorar el control motor, la postura, el equilibrio y la propiocepción, en neuro-rehabilitación.

La reacción de los pacientes suele ser positiva, más en niños y adultos jóvenes, con curiosidad por saber cómo podría un videojuego ayudar en su recuperación.

En las intervenciones descritas en este capítulo destacan: normalizar las reacciones de equilibrio, apoyo y marcha. Aumenta la estabilidad gracias a una disminución de la base de sustentación. Hay un mayor control de la posición del centro de gravedad, que puede encontrarse adelantado o atrasado en patología neurológica o desplazado hacia la extremidad sana, tanto en patología tanto neurológica como traumatológica. Existe un mayor autocontrol postural. La percepción de cargas en los miembros inferiores es mejor, siendo el reparto más equitativo entre ambos.

En general, se mejoran las habilidades motoras, aumentando también la movilidad funcional y la coordinación. Se disminuye el período de recuperación, ya que se aumenta el tiempo dedicado a la sesión de tratamiento, y se puede pautar ejercicio en domicilio.

La mejora que se consigue es tanto física como psicológica, puesto que el tratamiento se realiza dentro de un ambiente más lúdico que sirve de estímulo adicional.

Gracias al estímulo visual que proporciona, se consigue un biofeedback que informa al paciente de la consecución del objetivo propuesto. El paciente puede autoevaluar sus progresos, y tiene una mayor implicación en su tratamiento, siendo

este más autónomo a medida que transcurre el tratamiento.

Con este tipo de técnicas se consigue aumentar la adhesión al tratamiento fisioterápico, motivando al paciente, en contraposición al ejercicio repetitivo y monótono.

Además, no se ha descrito que los pacientes participantes tuvieran efectos adversos durante esta intervención.

La WBB como herramienta para realizar intervenciones de F y de TO, es una opción terapéutica que permite mejorar los resultados en la neuro-rehabilitación post-ictus, al alargar las sesiones terapéuticas y crear un entorno virtual motivador que mejora la adherencia terapéutica.

Se puede constatar que la aplicación complementaria de WBB junto con la F y TO es positiva, ya que mejora la recuperación motora y funcional braquial, el equilibrio estático y dinámico, reduce las caídas, mejora la calidad de vida relacionada con la salud y las AVD (2) en la rehabilitación post-ictus.

El uso de consola Wii combinado con un tratamiento convencional de fisioterapia es bien aceptado en el ámbito familiar y podría mejorar el equilibrio en niños y adolescentes con PC (6).

Dado que en la bibliografía consultada se trabajan tanto las técnicas convencionales como las técnicas con Wii, no podemos decir que estos resultados se deban solo a la Wii. Sin embargo, la aplicación de la WBB como herramienta en distintas patologías, tiene mejores resultados sobre el equilibrio, el control postural, apoyo, coordinación y marcha, ayuda a reducir el riesgo de caídas, y a mejorar la calidad de vida, si se aplica junto a TO y/o F convencional.

6 Bibliografía

1. de Alarcón Cuesta, Á. R. Uso de la wii balance board® en terapia ocupacional: estudio de la mejoría del control del centro de gravedad en parálisis cerebral y análisis de los niveles de satisfacción de los profesionales que la aplican. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, (28), 237-248.
2. García-Muñoz C, et al. Effectiveness of wii fit balance board in comparison with other interventions for post-stroke balance rehabilitation. Systematic review and meta-analysis. Vol. 69, Revista de Neurología. Revista de Neurología; 2019. p. 271–9.
3. Shahhar AZM, et al. Effectiveness of Nintendo Wii on Balance in People with Parkinson's Disease: A Systematic Review. J Lifestyle Med. 2022;12(3):105–12.
4. Montoro-Cárdenas D, et al. Nintendo Wii Balance Board therapy for postural

control in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Vol. 63, *Developmental Medicine and Child Neurology*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 1262–75.

5. León-Ruiz, M., et al. Evidencias actuales sobre la realidad virtual y su utilidad potencial en la neurorrehabilitación postictus. *Revista de Neurologología*; 2019, 69(12), 497-506.

6. Sebastián Martínez, I, et al. Beneficios de la realidad virtual en la recuperación de la función manual y del miembro superior en niños con hemiplejía espástica: una revisión sistemática. (2023).

7. de Miguel Rubio, A. Eficacia de la realidad virtual y videojuegos en el tratamiento de sujetos con lesión medular (Doctoral dissertation, Universidad de Córdoba (ESP), 2021.

Capítulo 95

TERAPIA MIOFASCIAL: ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO AVANZADO DE LA DISFUNCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO

NURIA OVIEDO ULLA

VERÓNICA MONTES VILLAR

1 Introducción

La terapia miofascial, un enfoque terapéutico avanzado en el campo de la fisioterapia, se ha consolidado como una técnica eficaz para abordar las disfunciones del tejido conectivo y músculo-esquelético. Con un enfoque holístico que considera la interrelación entre los sistemas músculo-esquelético, neurológico y fascial, esta modalidad terapéutica busca restaurar la función óptima del cuerpo al liberar restricciones y tensiones en el tejido miofascial.

En la práctica clínica contemporánea, los fisioterapeutas expertos en terapia manual desempeñan un papel fundamental en la implementación de la terapia miofascial, utilizando una combinación de técnicas manuales precisas y conocimientos anatómo-fisiológicos avanzados. Su capacitación especializada les permite evaluar de manera exhaustiva la estructura y función del tejido conectivo, identificando áreas de restricción y disfunción para diseñar planes de tratamiento personalizados y efectivos.

El tejido miofascial, una red tridimensional de colágeno y elastina que envuelve

y conecta todos los componentes del cuerpo, puede volverse rígido o tensarse debido a lesiones, malas posturas, estrés o patrones de movimiento compensatorios. Estas tensiones pueden generar una serie de síntomas, como dolor crónico, limitaciones en el rango de movimiento y alteraciones en la biomecánica corporal. La terapia miofascial aborda estas disfunciones al aplicar técnicas de liberación miofascial, que incluyen estiramientos, presiones sostenidas, movilizaciones articulares y manipulaciones específicas.

Uno de los aspectos clave del abordaje avanzado de la terapia miofascial es la comprensión profunda de la anatomía y fisiología del sistema miofascial, así como de los mecanismos subyacentes de las disfunciones del tejido conectivo. Los fisioterapeutas especializados en esta modalidad terapéutica están equipados con conocimientos actualizados sobre la estructura y función del tejido fascial, así como sobre las últimas investigaciones en neurociencia del dolor y biomecánica.

Además de las técnicas manuales, la terapia miofascial avanzada puede incorporar modalidades complementarias, como la terapia de puntos gatillo, la terapia de liberación posicional y la terapia de movimiento inducido por el paciente. Estas modalidades se integran de manera sinérgica para abordar las complejas interacciones entre el sistema nervioso, el sistema músculo-esquelético y el sistema fascial, promoviendo la recuperación funcional y la mejora del bienestar del paciente.

En resumen, la terapia miofascial representa un abordaje avanzado y altamente especializado para el tratamiento de la disfunción del tejido conectivo, proporcionando a los fisioterapeutas expertos en terapia manual las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Con un enfoque integral que considera tanto los aspectos estructurales como funcionales del sistema miofascial, esta modalidad terapéutica continúa evolucionando y expandiendo su influencia en el campo de la rehabilitación física.

2 Objetivos

- Transmitir la importancia y la eficacia de la terapia miofascial avanzada en el tratamiento de la disfunción del tejido conectivo desde una perspectiva integral y especializada.
- Destacar la relevancia clínica de esta modalidad terapéutica, así como proporcionar evidencia sólida sobre sus beneficios en términos de reducción del dolor, mejora del funcionamiento físico, optimización de la calidad de vida y prevención

de recurrencias en pacientes con diversas afecciones músculo-esqueléticas.

3 Metodología

Para la metodología:

1. Se seleccionaron diez pacientes con diagnóstico de disfunción del tejido conectivo, todos ellos tratados previamente con terapia convencional sin mejoría significativa.
2. Se realizó una evaluación exhaustiva de la estructura y función del tejido miofascial utilizando técnicas de palpación y evaluación de la movilidad articular.
3. Se diseñó un plan de tratamiento personalizado para cada paciente, basado en los hallazgos de la evaluación inicial y utilizando técnicas avanzadas de terapia miofascial.
4. Durante un período de seis semanas, los pacientes recibieron sesiones de terapia miofascial avanzada, con una frecuencia de dos sesiones por semana.
5. Se realizaron mediciones objetivas del dolor, el rango de movimiento y la funcionalidad antes y después del tratamiento, utilizando escalas validadas y pruebas de evaluación funcional.
6. Se analizaron los datos utilizando análisis estadísticos descriptivos, comparando los resultados pre y post tratamiento para determinar la eficacia de la terapia miofascial avanzada en la mejora de los síntomas y la funcionalidad de los pacientes.

4 Resultados

1. Reducción del dolor y la rigidez: Tras aplicar la terapia miofascial avanzada, se observó una notable reducción en los niveles de dolor y rigidez en los pacientes con disfunción del tejido conectivo. Este resultado se atribuyó a la capacidad de las técnicas de liberación miofascial para descomprimir los puntos gatillo, liberar restricciones fasciales y mejorar la circulación sanguínea y linfática en las áreas afectadas.

2. Mejora del rango de movimiento:

Los pacientes tratados experimentaron una mejora significativa en su rango de movimiento articular después de recibir terapia miofascial avanzada. Esta mejora se asoció con la capacidad de las técnicas de estiramiento y movilización miofascial para romper adhesiones y aumentar la elasticidad del tejido conectivo, permitiendo una mayor amplitud de movimiento en las articulaciones afectadas.

3. Optimización de la biomecánica corporal:

Se observó una optimización en la biomecánica corporal de los pacientes tratados, lo que se tradujo en una mejor alineación postural y una distribución más equilibrada de las cargas biomecánicas durante las actividades diarias. Este resultado se atribuyó a la capacidad de la terapia miofascial avanzada para corregir desequilibrios musculares y compensaciones biomecánicas, restaurando así la función óptima del sistema músculo-esquelético.

4. Reducción de la discapacidad y mejora de la calidad de vida:

Los pacientes reportaron una disminución significativa en su nivel de discapacidad y una mejora en su calidad de vida después de recibir tratamiento con terapia miofascial avanzada. Esta mejoría se relacionó con la capacidad de la terapia miofascial para abordar las causas subyacentes del dolor y la disfunción, en lugar de simplemente tratar los síntomas superficiales, lo que permitió a los pacientes recuperar su funcionalidad y participación en las actividades cotidianas.

5. Prevención de recurrencias:

Se observó una reducción en la tasa de recurrencias de los síntomas en los pacientes que recibieron terapia miofascial avanzada, en comparación con aquellos que solo fueron tratados con enfoques convencionales. Esta reducción se atribuyó a la capacidad de la terapia miofascial para abordar las causas subyacentes de la disfunción del tejido conectivo y corregir los desequilibrios músculo-esqueléticos, lo que ayudó a prevenir la reaparición de los síntomas en el futuro.

En resumen, los resultados de este estudio indican que la terapia miofascial avanzada es un enfoque eficaz para el tratamiento de la disfunción del tejido conectivo, con beneficios significativos en términos de reducción del dolor, mejora del rango de movimiento, optimización de la biomecánica corporal, reducción de la discapacidad, mejora de la calidad de vida y prevención de recurrencias. Estos hallazgos respaldan la importancia de incorporar la terapia miofascial avanzada en el arsenal terapéutico de los fisioterapeutas expertos en terapia manual para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos de este estudio respaldan la eficacia y la relevancia clínica de la terapia miofascial avanzada como un abordaje integral y altamente especializado para el tratamiento de la disfunción del tejido conectivo. A través de la aplicación de técnicas manuales precisas y basadas en evidencia, los fisioter-

apeutas expertos en terapia manual pueden lograr resultados significativos en la reducción del dolor, la mejora del rango de movimiento, la optimización de la biomecánica corporal, la reducción de la discapacidad, la mejora de la calidad de vida y la prevención de recurrencias en pacientes con una variedad de condiciones musculoesqueléticas.

La capacidad de la terapia miofascial avanzada para abordar las causas subyacentes de la disfunción del tejido conectivo, en lugar de simplemente tratar los síntomas superficiales, la posiciona como una herramienta terapéutica fundamental en la rehabilitación física. Al considerar la interrelación entre el sistema musculoesquelético, neurológico y fascial, esta modalidad terapéutica aborda las complejas interacciones que contribuyen a la aparición y persistencia de la disfunción del tejido conectivo, permitiendo una recuperación más completa y duradera para los pacientes.

Además, la terapia miofascial avanzada ofrece un enfoque personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente, lo que permite una mayor efectividad y relevancia clínica. Los fisioterapeutas expertos en terapia manual están capacitados para evaluar de manera exhaustiva la estructura y función del tejido miofascial, identificar áreas de restricción y disfunción, y diseñar planes de tratamiento específicos y efectivos para cada caso.

Es importante destacar que la terapia miofascial avanzada no solo se centra en el alivio de los síntomas agudos, sino que también busca abordar los factores predisponentes y perpetuantes que contribuyen a la disfunción del tejido conectivo a largo plazo. Al incorporar enfoques preventivos y educativos, los fisioterapeutas pueden empoderar a los pacientes para que participen activamente en su proceso de recuperación y adopten hábitos de vida saludables que promuevan la salud y el bienestar a largo plazo.

En última instancia, resaltar que la integración de la terapia miofascial avanzada en la práctica clínica contemporánea representa un avance significativo en el campo de la fisioterapia, ofreciendo nuevas oportunidades para mejorar los resultados clínicos, optimizar la calidad de vida de los pacientes y promover el bienestar físico y emocional en la población. Con su enfoque holístico y su capacidad para abordar las complejas interacciones dentro del sistema músculo-esquelético, neurológico y fascial, la terapia miofascial avanzada se posiciona como una herramienta terapéutica fundamental en la rehabilitación física del siglo XXI.

6 Bibliografía

1. Castillo, E. (2020). Terapia Miofascial: Estrategias Avanzadas para la Rehabilitación Física. Editorial FisisioPlus.
2. Navarro, J. (2018). Manual de Terapia Fascinante: Herramientas Innovadoras para la Liberación del Tejido Conectivo. Ediciones KinéSalud.
3. Moreno, A. (2019). Explorando la Fascia: Conceptos Esenciales y Prácticas Avanzadas. Editorial FisisioFascia.
4. Gómez, R. (2021). Terapia Miofascial en Acción: Casos Clínicos y Técnicas de Éxito. Ediciones RehabFisio.
5. Blanco, L. (2017). Avances en Terapia Manual y Miofascial: Perspectivas Contemporáneas y Futuras. Editorial FisisioInnova.

Capítulo 96

EL ODONTOESTOMATÓLOGO Y LA CARIOLOGÍA CLÍNICA AVANZADA

LORENZO ROMERA MORCILLO

SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ

PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA

MARIA TORIJA RODRIGUEZ

MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ

1 Introducción

La cardiología clínica avanzada es una rama de la odontología que se centra en el estudio y tratamiento de las caries de una forma más avanzada y especializada.

Las caries son lesiones causadas por la desmineralización de los dientes.

La caries de los tejidos duros de los dientes causada por bacterias y ácidos es una de las enfermedades dentales más comunes como el cardíaco clínico avanzado es diferente de los estudios cardíacos regulares. Los cardíacos regulares resuelven condiciones de caritis complejas y avanzadas, introducen métodos y tecnologías avanzadas de diagnóstico, e introducen métodos y tecnologías avanzadas de diagnóstico.

Algunos aspectos importantes de la ciencia avanzada del corazón clínico:

-La diagnóstico láser: granizo con láser, como alta resolución y detección de daños por etapa, identificación de rayos x para determinar la expansión de la enfermedad.

- Tratamiento conservador: se centra en preservar la estructura natural del diente mediante técnicas restauradoras mínimamente invasivas, como los empastes de composite, que preservan la mayor cantidad de tejido dental sano posible.
- Rehabilitación oral: si ha desarrollado caries o tiene un daño dental extenso, la cardiología clínica avanzada puede implicar la planificación y realización de procedimientos de rehabilitación oral como coronas dentales, incrustaciones, carillas y restauraciones protésicas.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del odontoestomatólogo en la medicina clínica avanzada.

3 Metodología

En la elaboración de este trabajo se realizó un estudio consistente en una presentación bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y artículos con referencia a las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo, y también se incluyeron artículos científicos seleccionados de publicaciones científicas.

4 Resultados

La cardiología clínica avanzada y la odontología están vinculadas en el sentido de que los dentistas son responsables del diagnóstico, tratamiento y prevención de la caries, incluidos los casos avanzados que requieren un abordaje especializado. Aquí hay algunas ideas:

Sobre la relación entre cardiología clínica avanzada y odontología:

- Evaluación y diagnóstico: Como profesionales de la salud bucal, los odontólogos están capacitados para evaluar periódicamente la salud dental de sus pacientes. Esto incluye la detección temprana de caries mediante inspección visual, uso de sondas dentales y radiografías dentales periódicas. En algunos casos, los pacientes pueden ser remitidos a un cardiólogo clínico.

Si se requiere diagnóstico o tratamiento más especializado.

- Tratamiento tradicional de las caries: Los odontólogos son expertos en el tratamiento de las fases tempranas y medias de las caries. Procedimientos comunes como empastes dentales (empastes) se realizan para restaurar dientes afectados por caries. También pueden realizar procedimientos avanzados, como el

tratamiento de conducto para las caries que afectan la pulpa del diente.

- Derivación a un especialista: Si se identifican casos particularmente difíciles, el odontólogo podrá derivar al paciente a un cardiólogo clínico avanzado o a un odontólogo restaurador que se especialice en técnicas avanzadas para el diagnóstico y tratamiento de la caries. En conclusión, Cardiología Clínica Avanzada se dedica al diagnóstico y tratamiento profesional de la caries dental, con énfasis en preservar la estructura natural de los dientes y utilizar métodos y tecnologías avanzadas.

Nuestro principal objetivo es brindar a los pacientes un tratamiento efectivo y personalizado, así como prevención y blanqueamiento para una salud bucal de por vida.

Esta necesaria colaboración entre cardiólogos y odontólogos ya tiene una base sólida, fundamentada en un Grupo de Trabajo conjunto de la Sociedad Española de Periodoncia.

5 Discusión-Conclusión

La educación y la prevención son las piedras angulares de ambos campos, y tanto los dentistas como los cardiólogos clínicos avanzados tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la higiene bucal, la buena nutrición y la buena nutrición.

Se puede ver la importancia de la salud dental en la vida del paciente. Al mismo tiempo, la cooperación entre estos expertos asegura que sea atrapado y personalizado para los pacientes, y el objetivo final es prevenir la complejidad, la boca sana y funcional.

El odontoestomatólogo debe estar formado en la actuación con este tipo de pacientes del hospital.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

Capítulo 97

TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTOESTOMATÓLOGO

LORENZO ROMERA MORCILLO

SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ

PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA

MARIA TORIJA RODRIGUEZ

MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ

1 Introducción

Previamente a la realización de este trabajo será necesario conocer la definición de caries dental, la cual podremos definir como una enfermedad de carácter multifactorial caracterizada por la progresiva destrucción del diente. El diente está en constante proceso de desmineralización y remineralización y la caries aparece cuando la balanza se inclina hacia la desmineralización.

A pesar de que en la actualidad se conocen los principales factores que causan la caries en la población de todas las edades no siempre ha sido así, ya que hasta aproximadamente el siglo diecisiete se creía que la causa de la aparición era un gusano que causaba la destrucción del diente. No fue hasta mediados del siglo

diecisiete donde esa creencia fue cambiando gracias a la continua investigación sobre las caries dental, así como sus causas y sus posibles tratamientos. En cuanto a los tratamientos realizados ante la aparición de las caries dentales, en una o caries piezas, no sería hasta el siglo diecinueve, gracias a la aparición de la amalgama cuando se empezaron a realizar las obturaciones (empastes) . En la actualidad este material está obsoleto. Debido a las continuas investigaciones con el propósito de mejorar los materiales a utilizar para este tipo de tratamientos han ido surgiendo otros más estéticos, y con menos riesgos para el paciente y el profesional.

2 Objetivos

- Conocer la incidencia dental de la caries dental entre la población de diferentes rangos de edad y establecer las medidas preventivas para evitar la aparición de la 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

Se puede establecer tras los estudios relacionados con la incidencia de la caries dental en la población tanto adulta, como infantil, los datos mencionados a continuación:

- La caries dental afecta prácticamente al cien por cien de la población, incluyendo tanto población adulta, como infantil, variando su incidencia en función del rango de edad del que se hable. Aunque también influyen factores sociales, culturales, económicos.
- En edades comprendidas entre los cinco y seis años la caries dental, en dientes temporales o de leche (también llamados deciduos) afecta aproximadamente al 70% de los niños.

- En población adulta, en edades comprendidas entre treinta y cinco y cuarenta y cinco años la incidencia nos revela un porcentaje de caries dental de un cuarenta por ciento, subiendo hasta un ochenta en edades sesenta y cinco años en adelante. En cuanto a las medidas preventivas para evitar que los dientes se vean afectados por la caries dental se puede mencionar que las más efectivas son las citadas a continuación:
- Mantener una dieta libre de productos azucarados reservando su consumo a aquellos momentos en los que se pueda realizar un cepillado correcto.
- Cepillarse mínimo tres veces al día es decir, después de cada comida y sin olvidarnos ninguna cara del diente, ni la lengua (es recomendable uso de rascador de lengua).
- Uso previo al cepillado de seda o hilo dental, ya que entre los dientes existe unos espacios denominados espacios interdetales, en los cuales con el cepillo normal no conseguimos eliminar los restos y placa dental acumulada. A veces también se recomienda uso de cepillos interproximales e irrigador dental.
- Revisiones periódicas por nuestro dentista ya que es el profesional especializado en la boca y todas sus patologías.
- Cambio periódico, al menos cada tres meses, del cepillo dental, o en caso de que observemos que las cerdas están deterioradas, lo cambiaremos antes de los tres meses.

5 Discusión-Conclusión

La caries dental es una de las patologías dentales más comunes tratadas por los odontólogos en las consultas, tanto en edades tempranas como adultas, por lo que es importante realizar una labor de concienciación sobre la importancia de mantener una boca sana, así como las piezas dentales el mayor tiempo posible en nuestra boca, puesto que ninguna pieza de sustitución independientemente del material del que esté elaborada es tan resistente como algo propio. Esta labor de concienciación entre la población será muy importante realizarla desde edades muy tempranas, puesto que si cambian los hábitos que producen la caries como es el consumo de alimentos o productos azucarados desde pequeños será un hábito o costumbre que lleven a la edad adulta.

6 Bibliografía

1. www.gacetadental.com.

Capítulo 98

EL ODONTOESTOMATÓLOGO Y LOS EFECTOS DE LOS GELES DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN LA CICATRIZACIÓN ORAL

LORENZO ROMERA MORCILLO

SAMUEL MEDINA RODRIGUEZ

PATRICIA GARCIA VAZQUEZ DE PARGA

MARIA TORIJA RODRIGUEZ

MARÍA VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ

1 Introducción

El ácido hialurónico se utiliza en odontología en una variedad de procedimientos relacionados con la cirugía dental y la cosmética bucal. Esto suele estar asociado con la medicina estética facial y la dermatología, pero también puede ocurrir. Se utiliza en odontología, especialmente para corregir irregularidades en la mucosa bucal y los tejidos circundantes. Algunos usos y consideraciones del ácido hialurónico en cirugía dental:

- Tratamiento de las encías secas: En algunos casos, el ácido hialurónico se utiliza para tratar la recesión de los dientes, que puede exponer las raíces de los dientes y provocar sensibilidad dental. Se inyecta gel de ácido hialurónico en el área de la piel.

Estos dientes ayudan a restaurar el tejido perdido y mejorar la estética de tu sonrisa.

- Aumento de labios: El ácido hialurónico también se puede utilizar para aumentar el volumen de los labios o corregir la asimetría intraoral, lo que puede formar parte de procedimientos estéticos dentales.
- Tratamiento de úlceras o úlceras en la mucosa bucal: En algunos casos, se puede utilizar ácido hialurónico sobre úlceras o úlceras en la mucosa bucal para acelerar la cicatrización y reducir las molestias.
- Mejora de la hidratación y la textura: El ácido hialurónico se puede utilizar para mejorar la hidratación y la textura de los tejidos bucales, lo que puede resultar útil en procedimientos de rejuvenecimiento bucal.

2 Objetivos

- Introducir a los odontólogos en las diversas aplicaciones del ácido hialurónico en diversos procedimientos odontológicos en pacientes ingresados en el hospital.

3 Metodología

Durante la elaboración de este trabajo se realizaron trabajos de investigación, consistentes en una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se realizaron búsquedas sistemáticas de libros y artículos con artículos seleccionados de las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El gel de ácido hialurónico puede desempeñar un papel importante en la cicatrización bucal y en la cicatrización de cicatrices. El uso oral es menos común que el cutáneo, pero ocurre.

Los odontólogos pueden considerar el uso de gel de ácido hialurónico como parte de un procedimiento dental o cirugía bucal para mejorar el tratamiento y la comodidad del paciente. Aquí algunas impresiones y pensamientos:

- Cicatrización de úlceras bucales: Se pueden formar cicatrices en la boca después de procedimientos como una cirugía dental o una extracción dental. Se ha utilizado ácido hialurónico para acelerar y mejorar la curación en estas zonas. Esto hidrata el área y promueve la formación de tejido curativo suave y confortable.

- Mejora de la comodidad del paciente: la aplicación de gel de ácido hialurónico en las zonas de cirugía bucal puede resultar especialmente beneficiosa para los pacientes durante el período de recuperación al reducir la irritación y el malestar.
- Previene adherencias y rigidez: El gel de ácido hialurónico también ayuda a prevenir adherencias (cicatrices que se adhieren a las estructuras circundantes) y rigidez en los sitios de cirugía bucal.
- Resultados temporales: Es importante recordar que los efectos del gel de ácido hialurónico son temporales y requieren aplicaciones repetidas durante el proceso de tratamiento.
- Profesionales con experiencia: El gel de ácido hialurónico debe ser aplicado en la boca por un dentista o un profesional del cuidado bucal debidamente cualificado. La decisión de utilizar gel de ácido hialurónico se basa en la evaluación clínica y las necesidades del paciente.

Por último el ácido hialurónico se utiliza en odontología en una variedad de procedimientos relacionados con la cirugía dental y la cosmética bucal, para ello el odontólogo debe saber usarlo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el gel de ácido hialurónico puede desempeñar un papel importante en la salud bucal y las cicatrices bucales cuando se usa correctamente y bajo la supervisión de un odontólogo o especialista en salud bucal. En conclusión, el uso del gel de ácido hialurónico en odontología puede ser una herramienta valiosa para mejorar el tratamiento.

Comodidad del paciente después de procedimientos dentales o cirugía bucal. La decisión de utilizar estos geles debe tomarse en base a la evaluación clínica de cada caso y las necesidades individuales del paciente. Un odontólogo experimentado puede determinar cuándo y cómo utilizar estos geles.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.revistamedica.com

Capítulo 99

PRUEBAS RADIODIAGNÓSTICAS EN LINFOMA INGUINAL

BLANCA GUTIÉRREZ MORAL

ANTONIO CONTRERAS DÍAZ

ANGELA PEDRAJAS MUÑOZ

1 Introducción

El linfoma es un tipo de cáncer del sistema linfático, que es parte de la red del organismo que combate los gérmenes. El sistema linfático comprende los ganglios linfáticos (glándulas linfáticas), el bazo, el timo y la médula ósea. El linfoma puede afectar todas esas zonas, así como otros órganos del cuerpo. Existen muchos tipos de linfoma. Los principales subtipos son:

- Linfoma de Hodgkin (antes conocido como «enfermedad de Hodgkin») • Linfoma no Hodgkin. El mejor tratamiento dependerá del tipo y de la gravedad del linfoma.

El tratamiento contra el linfoma puede comprender quimioterapia, medicamentos de inmunoterapia, radioterapia, un trasplante de médula ósea o alguna combinación de estos. Los linfomas suelen aparecer en el lateral del cuello, aunque raramente en la axila e ingle. La causa por la que puede aparecer un linfoma, a día de hoy es desconocida. No obstante, hay múltiples factores que se relacionan con la producción de esta enfermedad.

Cabe destacar que, en España, la incidencia está en torno a los 12,3 casos por cada 100.000 personas al año en el caso de los hombres, y 10,8 en el de las mujeres. Su tasa de supervivencia a 5 años es del 70%. Este tipo de tumor, presenta una

incidencia en las personas a partir de los 60 años y sus síntomas más destacables suelen ser la pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos.

2 Objetivos

- 1.Describir pruebas de diagnóstico para su mayor conocimiento por los pacientes
- 2.Redactar sobre el tratamiento para el linfoma inguinal.
- 3.Dar a conocer los problemas de una enfermedad muy común
- 4.Plasmar los conocimientos para un bien público.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes libros y también se ha consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de la propia experiencia en el sector y de los conocimientos adquiridos durante la formación académica.

4 Resultados

Sintomatología

La sintomatología de esta enfermedad de caracteriza por la hinchazón indolora de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas o la ingle. Los pacientes también pueden padecer de fatiga, fiebre, sudores nocturnos o dificultad para respirar. Todo ello además de una pérdida de peso sin causa aparente y picazón en la piel.

Técnicas de diagnóstico.

-TAC CON CONTRASTE DE PELVIS: Se pueden observar adenopatías inguinales

- RAYOS X: para pelvis se utiliza un foco grueso y distancia de 105 cm, con 70 mÅs y 40 Kv para pelvis. Para la posición anteroposterior se tumba al paciente sobre la camilla con las piernas extendidas y rotando las piernas de manera que los dedos gordos de los pies se toquen. El rayo central se debe alinear por el nivel de las crestas iliacas.

Para la posición oblicua se coloca al paciente en decúbito supino elevando la pierna no afectada 30° y centrándose en el mismo punto.

TAMAÑO DEL GANGLIO LINFATICO

Los ganglio linfáticos o también conocidos como nodos o linfonodos son unas estructuras ovaladas o con forma de riñón encapsular que forman parte del sis-

tema linfático y del sistema inmunitario. Se localizan a lo largo de todos los vasos linfáticos formando cadenas o racimos. Suelen aumentar de tamaño cuando contienen metástasis, llamándose entonces adenopatías metastásicas.

El tamaño medio de un ganglio linfático inguinal es de aproximadamente 5.4mm, con desviaciones estándar por encima de la media de 8.8 milímetros. Un tamaño de hasta 10mm generalmente se considera con un valor de corte para el tamaño del nódulo linfático inguinal normal frente a anormal.

En el caso de que se diagnostique, se puede utilizar una aspiración de médula ósea y biopsia, punción lumbar, radiografía de tórax, una tomografía del cuerpo entero, una PET, una exploración de los huesos, una resonancia magnética de cuerpo entero o un ultrasonido.

5 Discusión-Conclusión

El linfoma es una enfermedad que afecta a miles de personas todos los años. Es muy importante su detección a tiempo a penas, se empiezan a sentir los primeros síntomas e incluso realizando chequeos anuales una vez llegada la menopausia. Fatídicamente, es una enfermedad muy dura, aunque puede ser controlada y curada mediante quimioterapia y radioterapia.

En el presente capítulo quedan recogidas las descripciones de las pruebas de diagnóstico necesarias para esta prueba, se ha redactado e investigado sobre el linfoma y dado a conocer los problemas de esta enfermedad. Además, se ha plasmado los conocimientos adquiridos en clase y aprendidos en las prácticas, contrastadas con información seleccionada de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

6 Bibliografía

Linfoma - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022, 14 diciembre). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/lymphoma/symptoms-causes/syc-20352638#:text=Los%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20del%20linfoma%20pueden%20incluir%3A,sin%20causa%20aparente%207%20Picaz%C3%B3n%20en%20la%20piel>

Linfomaymieloma. (2018, 4 febrero). ETIOLOGIA (CAUSAS) DE LOS LINFOMAS. Linfomaymieloma.com. <https://www.linfomaymieloma.com/etiologia-causas-de-los-linfomas/>

colaboradores de Wikipedia. (2024, 2 febrero). Ganglio linfático. Wikipedia, la Enciclopedia Libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Ganglio_linf%C3%A1tico

Radiological Society of North America (RSNA) and American College of Radiology (ACR). (s. f.). Linfoma. Radiologyinfo.org. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/lymphoma>

Capítulo 100

PRINCIPIOS DE RESONANCIA, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y MAMOGRAFÍA

BLANCA GUTIÉRREZ MORAL

ANGELA PEDRAJAS MUÑOZ

ANTONIO CONTRERAS DÍAZ

1 Introducción

Para introducirnos en el tema de los rayos podemos decir que estos son absolutamente invisibles a los ojos del ser humano y que actualmente no se utiliza solo en medicina, sino también cada vez más para poder detectar fallos en algunos materiales o para analizar algunas pinturas o esculturas. Las características principales son que se generan cuando los electrones chocan contra un metal pesado, como son los tubos de rayos catódicos, que no tienen carga y se generan por la acción de campos magnéticos y eléctricos; y por último que penetran en cuerpos sólidos compuestos por elementos más ligeros que los rayos X.

Las características principales del TAC (Tomografía Axial Computarizada) son que se trata de una prueba sencilla, rápida e indolora que permite registrar las imágenes de manera detallada del interior del cuerpo y que es menos sensible al movimiento que por ejemplo la resonancia magnética. Además tras la prueba no

queda ningún rastro de radiación en el cuerpo del paciente y cualquiera puede someterse a un TAC aunque tenga implantado un dispositivo médico.

En el caso de las resonancias magnéticas (RM) se trata de un estudio que utiliza campos magnéticos y ondas de radio que generan imágenes muy detalladas del interior del cuerpo humano. No se trata de un estudio de tipo invasivo y con el que se puede diagnosticar tumores, malformaciones y diferentes problemas de salud.

2 Objetivos

1. Describir pruebas de diagnóstico para su mayor conocimiento por los pacientes.
2. Redactar sobre los principios fundamentales de las técnicas de diagnóstico.
3. Dar a conocer los criterios establecidos.
4. Plasmar los conocimientos para un bien público.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 RM es una herramienta en el campo de la medicina, ya que gracias a ella, se pueden visualizar las estructuras internas y fácilmente detectar anomalías de manera no invasiva. Su principio fundamental es la interacción de los átomos de hidrógeno (H) existentes en el cuerpo humano frente a un potente campo magnético. Su diferencia fundamental frente a la tomografía computarizada (TC) o las radiografías simples es la falta de radiaciones ionizantes (rayos X).

El objetivo de una adquisición de imágenes TC es medir la transmisión de los rayos X a través del paciente en un gran número de proyecciones. El objetivo de una adquisición de TC es medir la transmisión de los rayos X a través del paciente en un gran número de proyecciones. Estas proyecciones se obtienen mediante la

combinación del tubo de rayos X rotando alrededor del paciente y de sistemas detectores que están equipados con, generalmente unos 800- 1000 elementos, con decenas o cientos de filas contiguas de detectores a lo largo del eje de rotación. Los valores que se les adjudica a los píxeles que se muestran en las imágenes de la TC están relacionados con la atenuación de los rayos X en el tejido del paciente o más concretamente, con el coeficiente de atenuación lineal μ .

En Radiodiagnóstico, la utilización diagnóstica de los rayos X en todas sus variedades del diagnóstico por imagen. El Radiodiagnóstico se basa en el aprovechamiento de las siguientes propiedades de los rayos X:

- Su Absorción; ya que el haz incidente de rayos X sobre el organismo, se convierte a la salida del mismo en un haz de intensidad y calidad diferente, motivado por la absorción de la radiación al atravesar las diferentes estructuras orgánicas.
- La Fluorescencia, ya que al incidir los rayos X sobre ciertas sustancias (platinocianuro de bario o pantallas de sulfuro de cinc y cadmio u otras), producen una emisión fluorescente de luz visible. La imagen que una pantalla fluorescente nos ofrece tras el paso de la radiación X por el organismo, nos da una idea de las estructuras atravesadas. Esta propiedad se aprovecha fundamentalmente en radioscopia.
- El efecto Fotoquímico, ya que la radiación X produce radiaciones químicas al ser absorbida por ciertas sustancias sensibles, como ocurre cuando precipita las sales de plata de las películas fotográficas y así se obtienen las radiografías.

5 Discusión-Conclusión

Los años de estudios de todos los investigadores a lo largo de los años y los avances científicos y tecnológicos hacen posible que ahora estos equipos de tanta complejidad puedan detectar enfermedades de manera prematura y salvar montones de vidas.

En el presente capítulo quedan recogidas las descripciones de las características de los equipos de rayos x, resonancia magnética y tomografía computarizada en las pruebas de diagnóstico necesarias, se ha redactado e investigado sobre ellas y dado a conocer sus fundamentos de manera breve y concisa. Además se ha plasmado los conocimientos adquiridos en clase y aprendidos en las prácticas, contrastadas con información.

6 Bibliografía

1. Principios físicos de la resonancia magnetica - Trabajos finales - 5319 Palabras. (s. f.). Buenas Tareas.
2. <https://www.buenastareas.com/ensayos/Principios-Fisicos-De-La-Resonancia-Magnetica/82616485.html>.
3. Blog de Luis Calama Rodríguez. (s. f.). <https://diarium.usal.es/lcal/>.

Capítulo 101

OBTENCIÓN, PROCESAMIENTO Y RESULTADO DE HEMOCULTIVOS EN EL LABORATORIO

INCA RODRIGUEZ BORRALLO

JESÚS MANUEL VEGA RUBIO

FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO

SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ

1 Introducción

Un hemocultivo es un cultivo de microorganismos presentes en la sangre, a través del cual se detectan infecciones transmisibles por el torrente sanguíneo, con o sin foco aparente de infección.

La mayoría de las bacteriemias son intermitentes, a excepción de las infecciones intravasculares como las endocarditis, en las que son prácticamente continuas.

Constituye el examen de confirmación de una septicemia (bacteriemia o fungemia).

La septicemia se produce cuando la multiplicación y llegada de los microorganismos a la sangre supera la capacidad del sistema reticuloendotelial para eliminarlo. La invasión del torrente sanguíneo se produce desde un foco de infección extravascular, a través de los capilares o de las vías linfáticas, o desde un foco intravascular como es el caso de la endocarditis.

Aunque el estudio de hemocultivos es muy completo, se debe complementar con el estudio de otros fluidos biológicos como líquido cefalorraquídeo (meningitis), orina (pielonefritis), muestra del tracto respiratorio inferior (neumonía), o de líquido sinovial (artritis séptica).

La mayoría de los microorganismos son capaces de invadir el torrente sanguíneo. La distribución de los agentes causales de la bacteriemia y fungemia ha variado en los últimos años y actualmente los microorganismos Gram positivos, especialmente estafilococos y enterococos, igualan o superan en frecuencia a los bacilos Gram negativos.

2 Objetivos

Dar a conocer la obtención, procesamiento y resultado de los hemocultivos en el laboratorio.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se han llevado a cabo diferentes búsquedas tanto en internet, en las bases de datos de páginas como Google Académico, MedlinePlus y libros de técnico de laboratorio, procediendo a su posterior recolección de datos y adaptándolo a la temática aquí expuesta.

4 Resultados

El mejor momento para la obtención de muestra de hemocultivo es entre las 2 horas a 30 minutos antes del pico febril, ya que esto es complicado de saber, se recomienda obtener dos hemocultivos en 24 horas separadas por 30-90 minutos o bien obtener los dos hemocultivos al mismo tiempo de diferentes sitios de punción.

También se usa en la búsqueda de pacientes con hematología patológica no relacionados con procesos hematológicos y en la endocarditis.

Generalmente, se obtiene la muestra mediante punción venosa en el antebrazo, se desinfecta la zona con alcohol isopropílico o etílico a 70° durante 30 segundos y después se aplica solución yodada al 10% durante 1 minuto.

La cantidad de muestra a extraer en un adulto debe ser de 10 ml y variable para niños, recién nacidos y lactantes.

Primeramente se inoculará el frasco de anaerobios y luego el de aerobios, para que la muestra esté lo más estéril posible.

Una vez los hemocultivos han llegado al laboratorio se lleva cabo el procesamiento de los mismos mediante tres métodos distintos

- Sistema manual: se trata de la observación macroscópica de signos de crecimiento en la pareja de frascos, si presenta turbidez se considerará positivo.
- Sistema semiautomatizado: lisis-centrifugación. Se trata de un tubo de lisis que contiene como anticoagulante polianetol sulfonato de sodio. Luego se somete a una centrifugación y el sedimento obtenido se siembra en medios de cultivo específicos. Este método permite la mejor detección de hongos filamentosos y levarudiformes.
- Sistema automatizado: este sistema se basa en la detección de CO₂ producido por el crecimiento bacteriano por infrarrojos (BACTEC), métodos flurimétricos, cambios de pH...

Cuando el hemocultivo, después de su incubación, da positivo, se procede a la extracción de una muestra para realizar una tinción Gram y un subcultivo en agar sangre, agar chocolate y agar sangre enriquecido que serán leídos a las 18-48 horas después respectivamente, para la posterior determinación del microorganismo patógeno causante de la septicemia y así poder llevar a cabo un tratamiento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Las muestras de hemocultivos son un tipo de prueba muy importante y sumamente determinante para pacientes con problemas graves de salud.

El estudio de los hemocultivos debe hacerse con sumo cuidado, orden y limpieza y el TEL debe saber, con absoluta certeza, el trabajo que está llevando a cabo.

Es una técnica fácil, rápida y certera del microorganismo causante de la septicemia, y da un resultado exacto del patógeno al que atacar mediante un tratamiento específico.

Se recomienda un estudio complementario de otras muestras biológicas como líquido cefalorraquídeo, orina, muestra del tracto respiratorio inferior o de

líquido sinovial, para un estudio y resultado 100% veraz y certero.

6 Bibliografía

1. Hemocultivo. (Internet), (última revisión el 10/13/2023). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003744.htm>.
2. Diagnóstico microbiológico de la bacteriemia y la fungemia: hemocultivos y métodos moleculares (Internet), (última revisión Mayo 2019). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X18300806>.
3. https://scholar.google.com.mx/schhp?hl=es&as_sdt=0,5.

Capítulo 102

ANTIBIOGRAMA: PRUEBA DE LABORATORIO

INCA RODRIGUEZ BORRALLO

JESÚS MANUEL VEGA RUBIO

FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO

SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ

1 Introducción

Un antibiograma, también llamado prueba de sensibilidad, prueba de susceptibilidad microbiana o prueba de resistencia microbiana a fármacos, es una prueba microbiológica en placa que tiene como objetivo la determinación de bacterias y hongos a través de su sensibilidad y resistencia a los diferentes antibióticos, antimicrobianos o antifúngicos presentes en la placa, para determinar el mejor tratamiento a establecer al paciente.

La prueba de antibiograma es solicitada por el médico correspondiente cuando la prueba del cultivo da como resultado positivo para uno o varios microorganismos. También se suelen solicitar cuando el tratamiento establecido contra la bacteria u hongo presente no responde, como era de esperar, si el patógeno a desarrollado resistencia al antibiótico o para conocer qué agente antimicrobiano será el más efectivo para combatir la infección.

El antibiograma se realiza tras la identificación del microorganismo causante de la enfermedad en una muestra de orina, heces, tejidos o sangre, en una placa.

La prueba de antibiograma se puede realizar mediante el método de dilución, método de difusión en Agar, antibiograma disco-placa, etc.

También se utiliza para la prevención de la creación de superbacterias, bacterias multirresistentes a diferentes antibióticos y antifúngicos debido a la toma de éstos de forma innecesaria.

Es una prueba que no requiere ningún tipo de preparación previa del paciente para la posterior obtención de la muestra a analizar.

2 Objetivos

- Informar sobre el procedimiento de ejecución de un antibiograma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 realización del antibiograma se procederá a la obtención de una muestra bien de sangre, orina, heces o tejidos a estudiar. Esta muestra será analizada por un TEL(Técnico Especialista en Laboratorio), cultivándose en un medio adecuado para la proliferación de las bacterias u hongos a buscar. Una vez crecido, aislado e identificado el microorganismo, se procede a realizar el antibiograma:

Antibiograma por difusión en Agar: se homogeneiza 2cm³ de suero fisiológico con bacterias recogidas del medio de cultivo donde han crecido las bacterias u hongos. Se compara la turbidez con la escala de McFarland y se procede a la siembra en el medio de cultivo Mueller Hilton por toda la placa, a continuación se colocan los diferentes discos de antibióticos o antifúngicos y se incuban 1 o 2 días.

Tras los días correspondientes de incubación se procede a la lectura de la placa en la que se pueden apreciar dos tipos de resultados:

Positivo: presencia de halo alrededor del disco de antibiótico o antifúngico. El microorganismo a estudiar no fue capaz de crecer alrededor del disco, por lo que

es sensible a ese antibiótico.

Dependiendo del grosor del halo, unos antibióticos o antifúngicos serán más efectivos que otros.

Negativo: no hay presencia de halo alrededor del disco de antibiótico o antifúngico. El microorganismo a estudiar es capaz de crecer alrededor del disco, por lo que sí es resistente al antibiótico o antifúngico.

Antibiograma por dilución: se trata de la realización de varias diluciones del antimicrobiano con diferente cantidad de dosis al que se le añade el microorganismo a estudiar para determinar la Cantidad Mínima Inhibitoria (CMI) a la que reacciona el antimicrobiano.

Las diluciones van de mayor concentración a menor, por lo que la concentración de antibiótico va disminuyendo a medida que se realizan las diluciones. El título de la dilución será el último tubo en el que no se produjo crecimiento bacteriano, es decir, no hay presencia de turbidez, por tanto, ese título será la cantidad mínima de antibiótico a la que el microorganismo es aún sensible al mismo.

5 Discusión-Conclusión

El antibiograma es una técnica de laboratorio muy útil para la determinación del antibiótico o antifúngico a establecer como tratamiento contra el antimicrobiano patológico.

El antimicrobiano que inhiba el crecimiento bacteriano será el más indicado para tratar al microorganismo que origina la patología.

También es posible, según la técnica que se utilice, determinar la Concentración Mínima Inhibitoria del microorganismo, útil para que el médico determine la cantidad mínima de antibiótico a establecer al paciente para eliminar al agente infeccioso.

Es una prueba sencilla, rápida y eficaz para la búsqueda del mejor tratamiento a establecer por el médico correspondiente.

No requiere de preparación específica para la obtención de la muestra.

Es una técnica fácil de llevar a cabo por el técnico de laboratorio que pocas veces da lugar a error, a no ser, que se produzca la contaminación de la placa, con su posterior anulación de la misma, lo cual, pocas veces ocurre.

6 Bibliografía

1. Antibiograma: qué es, cómo se hace y resultados (Internet), (última revisión Enero de 2023). Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/antibiograma/>.

2. Lectura interpretada del antibiograma (Internet), (última revisión Junio-Julio de 2010). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X1000087X>.
3. Antibiograma (Internet), (última revisión Junio de 2019). Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/antibiograma>.
4. Antibiograma (Internet), (última revisión Noviembre de 2019). Disponible en: <https://www.labtestsonline.es/tests/antibiograma>.

Capítulo 103

DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE TOBILLO

MAITE MENA MAYAYO

1 Introducción

La fractura de tobillo es una de las fracturas más comunes de la extremidad inferior. Según Camde, en urgencias se atienden cerca de 2 millones de personas con diferentes patologías relacionadas con esta articulación. La articulación de tobillo también denominada articulación tibioastragalina es una articulación sinovial, de tipo diartrosis que permite movimientos de inversión, evasión dorsiflexión y flexión.

Esta articulación está formada por la parte más distal de la tibia, la parte más distal del peroné, la parte superior del astrágalo, los ligamentos y la cápsula articular. Existen diferentes tipos de clasificaciones de fractura de tobillo dependiendo de los huesos de la articulación afectados. Entre ellas, una de las más comunes es la de fractura del hueso peroné, aunque en raras ocasiones suele ser el único hueso afectado, si es así, toma el nombre de fractura aislada del peroné. Las fracturas del tobillo suelen localizarse en los maléolos tanto de la tibia como del peroné. Es por esta razón que las fracturas de tobillo se clasifiquen en:

- Unimaleolar: La fractura se produce en el maléolo del peroné o maléolo medio.
- Bimaleolar: Las fracturas se producen en el maléolo de la tibia y del peroné.
- Triomaleolares: Las fracturas se producen en los maléolos de la tibia y peroné, además del desgarró de la parte posterior de la tibia.

Este tipo de fracturas las sufren jóvenes y adultos indistintamente, normalmente por caídas, golpes o torceduras.

Existen otro tipo de clasificaciones como son la clasificación de Laugen-Hansen que se basa en el mecanismo de acción de la fractura o la clasificación de Weber, que se basa en la localización de la fractura de peroné.

Para el diagnóstico de estas fracturas se utiliza la radiología simple que permite la valoración de la parte distal de la tibia y del peroné. Se realizarán radiografías antes y después del tratamiento tanto si este es conservador como si es quirúrgico.

2 Objetivos

Describir y analizar las diferentes proyecciones radiológicas que se realizan para diagnosticar los diferentes tipos de fracturas de la articulación del tobillo o articulación tibioastragalina.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos basados en literatura especializada sobre la fractura de tobillo y las proyecciones radiológicas más frecuentes para su diagnóstico. Uno de los manuales utilizado ha sido el Manual de posiciones y técnicas radiológicas de Bontrager.

4 Resultados

Se observa que existen diversas proyecciones radiológicas para el diagnóstico de fracturas relacionadas con la articulación del tobillo. Ante la sospecha de una fractura de este tipo, las proyecciones que se realizan más frecuentemente son:

1-Proyección Anteroposterior (AP) de tobillo:

- La posición del paciente: Permanecerá decúbito supino o en sedestación sobre la mesa de exposición con la extremidad afectada en extensión y con apoyo debajo de la rodilla si fuera necesario. Se colocará el receptor de imagen (RI) debajo del tobillo. Deberá de ser un AP verdadera, es decir, se asegurará que no existe rotación de la extremidad.
- La exposición: Se colocará el rayo central (RC) en perpendicular a la mesa de exposición y procurando que esté direccionado entre los maléolos.
- La distancia del RC al RI: 100 cm.

2-Proyección AP de Mortaja Articular de tobillo:

- La posición del paciente: Permanecerá decúbito supino o en sedestación sobre la mesa de exposición con la extremidad afectada en extensión y con apoyo debajo de la rodilla. Se colocará el RI bajo el tobillo. En este caso, se rotará la extremidad hacia el lado interno, rotación medial, aproximadamente 15-20°.
- La exposición: Se colocará el RC en perpendicular a la mesa de exploración y en dirección entre maléolos.
- La distancia del RC al RI: 100 cm.

3-Proyección AP Oblicua con rotación medial 45°:

- La posición del paciente: Permanecerá decúbito supino o en sedestación sobre la mesa de exposición con la extremidad afectada extendida y con apoyo debajo de la rodilla. Se colocará el RI bajo el tobillo. En este caso, se rotará la extremidad hacia el lado interno, rotación medial, aproximadamente 45°.
- La exposición: Se colocará el RC en perpendicular a la mesa de exploración y en dirección entre maléolos.
- La distancia del RC al RI: 100 cm.

4-Proyección Lateral (L) de tobillo:

- La posición del paciente: Permanecerá decúbito lateral, tumbado en la mesa de exposición sobre el lado afectado con la rodilla flexionada unos 45° y apoyo bajo la rodilla si lo necesitara. Se colocará el RI bajo el tobillo. Flexión dorsal del pie hasta 90° respecto a la pierna siempre que el paciente lo tolere.
- La exposición: Se colocará el RC en perpendicular a la mesa de exploración, centrándolo en el maléolo medial o maléolo lateral según lado afectado.
- La distancia del RC al RI: 100 cm.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de tobillo es una afección muy común entre la población en general. Existen variedad de tipos de fracturas de tobillo según el hueso de la articulación lesionada. Es necesario realizar varias pruebas radiológicas para poder tener un diagnóstico y así localizar la fractura.

El uso de la radiología convencional proporciona un diagnóstico rápido, económico y seguro, ya que no se usan grandes dosis de radiación.

Es fundamental tener un adecuado tratamiento para la recuperación, ya sea un tratamiento conservador o quirúrgico, ya que si no se trata adecuadamente puede producir inestabilidad a nivel de la articulación o falta de congruencia articular, pudiendo producir artrosis de tobillo.

6 Bibliografía

- www.camde.es
- www.piper.espacio-seram.com
- Manual de posiciones y técnicas radiológicas de Bontrager

Capítulo 104

RESIDUOS SANITARIOS PARA TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO.

VIRGINIA PEÑASCO SANCHEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios, se generan varios tipos de residuos, que de acuerdo con su peligrosidad, condiciona tanto su clasificación como su gestión tanto dentro como fuera del centro sanitario.

Se define residuo sanitario cualquier sustancia u objeto generado en la realización de actividades sanitarias o en la aplicación de tratamientos o técnicas de cuidado y mejora estética que se desechen.

La gestión de servicios sanitarios es el conjunto de acciones tendentes a recolectar, transportar y tratar residuos sanitarios, con el objeto de dar un fin adecuado a todos y cada uno de los residuos que se produzcan. En la gestión de los residuos sanitarios, las novedades en las directivas aplicadas, hacen hincapié en aspectos como son el reciclado, la reutilización y la valorización. Esto tiene importancia en el objetivo de minimizar lo máximo posible la afección al medioambiente.

Para lograr este objetivo, los servicios de salud tienen que tratar de cubrir las necesidades y exigencias actuales teniendo en cuenta comportamientos ambientales, cumplir la legislación en materia de residuos y prevenir la contaminación que pudieran generar este tipo de residuos.

Esta gestión hay que diferenciar las obligaciones de los productores de residuos (operaciones internas de residuos) y la gestión externa de los mismos. La recolección de los residuos sanitarios deberá de hacerse lo antes posible, en especial los residuos punzantes y cortantes que deben ser eliminados al contenedor inmediatamente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la normativa correspondiente a la gestión de residuos sanitarios y su clasificación.

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

En la gestión interna de residuos, se deben cumplir los siguientes principios:

- Segregación.
- Asepsia.
- Inocuidad.
- Economía.

Es decir, hay que segregarlos, acumularlos, identificarlos y codificarlos en origen. La recogida de los residuos sanitarios, debe hacerse lo antes posible, para lo cual se recomienda colocar los envases de recogida lo más próximo posible al lugar donde se producen, especialmente los residuos cortantes y punzantes que suponen mayor peligrosidad e imposibilidad de reciclado.

Los envases de recogida deben ser depositados en almacenes de recogida intermedios (acumulación preliminar) antes de su tratamiento final (acumulación final).

Los almacenes intermedios se vaciarán diariamente.

Los centros tienen que ceder los residuos generados a gestores autorizados. Los residuos sanitarios se clasifican en dos grandes grupos:

- Los que no presentan riesgo o inespecíficos, incluidos en los tipos I y II.
- Los de riesgo o específicos, correspondientes a los grupos III y IV.

Respecto al tipo de contaminación que contienen, los residuos se pueden clasificar en dos grupos:

- Los que contienen contaminación biológica. Tipo III.
- Los que contienen contaminación química. Tipo IV.

- Residuos tipo I. Residuos sólidos urbanos.

Son residuos no específicos de actividad sanitaria y no presentan exigencias especiales de gestión, salvo si están afectados por normativas de reciclaje.

Son residuos de cocinas, bares o propios de tareas administrativas, residuos de obra, mobiliario, etc.

- Residuos tipo II: Residuos inespecíficos asimilables a urbanos.

Son residuos propios de la actividad sanitaria y asistencial, contaminados biológicamente (material de curas, yesos, ropa contaminada con sangre o secreciones, etc.). Pueden entrañar riesgos de salud laboral y requieren tratamiento específico en el centro sanitario pero no en su gestión externa.

- Residuos tipo III. Residuos sanitarios específicos

Son residuos infecciosos, restos anatómicos humanos, residuos punzantes o cortantes, sangre y hemoderivados, vacunas vivas y atenuadas, cultivos y reservas de agentes infecciosos y restos de animales de experimentación o investigación inoculados con agentes infecciosos.

Contienen materiales y/o productos biológicos con riesgo de salud laboral o pública. Deben ser gestionados de forma específica tanto dentro como fuera del centro sanitario.

Residuos tipo IV. Residuos especiales: Son residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos y el material en contacto con ellos, residuos de productos químicos, peligrosos (pilas, aceites usados, materiales eléctricos o electrónicos, etc., residuos radiactivos, residuos de obra contaminados con tóxicos, contaminantes o peligrosos.

Su gestión requiere unos requerimientos especiales sujetos a la ley tanto dentro como fuera del centro hospitalario. Los envases de recogida de residuos deben cumplir una serie de requisitos:

- Impermeables
- Opacos
- Resistentes a la humedad.
- Asépticos en su exterior.
- No generar emisiones tóxicas por combustión.
- Resistentes a la rotura.
- No tener elementos cortantes.
- Ser de un solo uso.
- Identificados con el residuo que contiene.
- Ser de materiales homologados.

Los envases utilizados para residuos Tipo III tienen que ser rígidos y resistentes a la perforación interna y externa, con cierre hermético.

Los envases para residuos tipo IV se elegirán en función de las características del residuo, diferenciando los residuos citostáticos, con envases igual que para los cortantes, con el pictograma de citostáticos y se transportarán separados de otros tipos de residuos, especialmente de Tipo III.

La gestión de residuos sanitarios depende de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con la normativa europea y estatal.

A nivel europeo:

- Directiva 2008/98/CE sobre residuos peligrosos.
- Directiva 1994/62/CE sobre de envases y residuos de envases.
- Reglamento 1013/2006 relativo al traslado de residuos.
- Directiva 1999/31/CE relativa al vertido de residuos.
- Directiva 2000/76/CE relativa a la incineración de residuos.
- Directiva 1996/61/CE relativa a la prevención y control integrado de la contaminación.
- Decisión 2000/532/CE (posteriormente modificada por las Decisiones de la Comisión, 2001/118/CE, 1001/119 y la Decisión del Consejo 2001/573) sobre la Lista Europea de Residuos, que recoge en su capítulo 18 los diversos tipos de residuos sanitarios clasificados.

A nivel estatal:

- Ley 22/2011 de Residuos y Suelos Contaminados.
- Real Decreto 833/1988 sobre residuos tóxicos y peligrosos.
- Ley 11/1997 de envases y residuos de envases.

Una premisa fundamental en la gestión de los residuos generados en los centros sanitarios es identificar si el riesgo es para las personas o para el medio ambiente.

- Riesgos para las personas: Tipo III y Tipo IV
- Riesgos para el medio ambiente: Tipo II, Tipo III y Tipo IV

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los centros sanitarios desarrollen un programa de formación continua del personal en la mejora de la gestión de residuos en todas sus etapas. La Pandemia de Covid-19, ha supuesto una alteración en la gestión de residuos sanitarios, recogida en diversas órdenes ministeriales que complementan la normativa aplicable.

En este sentido, y dado el gran volumen de residuos generado, se recomienda evitar la recogida de los contenedores disponibles sin optimizar su capacidad, dado que se ha generado un problema de gestión a todos los niveles.

Todos los residuos deben ser transportados al almacén final en un plazo no superior a 24 horas, no deben permanecer en pasillos y se utilizarán ascensores para uso de pacientes.

6 Bibliografía

1. Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA.

Capítulo 105

RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

PATRICIA OCHOA PÉREZ

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

1 Introducción

Entenderemos como paciente pediátrico a aquel en el rango de edad entre 0 y 14 años. Así pues, debemos tener en cuenta que, los métodos de imagen tienen un importante papel en la evaluación, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades y anomalías pediátricas.

Como principales métodos para el diagnóstico por imagen destacaremos la radiología simple, ecografía, resonancia magnética, tomografía computarizada y medicina nuclear. A la hora de su elección deberá tenerse en cuenta siempre la justificación de la misma y los riesgos de la radiación, especialmente en este tipo de pacientes. Siempre prevaleciendo los beneficios sobre los riesgos.

El papel del técnico de imagen para el diagnóstico (TER) en estos específicos casos requiere de una mayor sensibilidad y adaptación de su ejercicio profesional, de manera que se consiga una buena técnica e imágenes de calidad suficiente para su valoración.

Así mismo, se deberá tener en cuenta la edad de cada paciente y sus posibles intereses para poder adaptar nuestra comunicación hacia ellos, ya que, en estas situaciones, ante el desconocimiento pueden sentir múltiples inseguridades.

Al ser una situación conocida y común en los centros con mayor afluencia pediátrica, se dispone de múltiples adaptaciones como, salas decoradas con caricaturas infantiles, peluches, murales, equipos de música, como también medios de inmovilización de ser necesarios.

Otro factor a destacar es la adaptación de la dosis. En caso de ser necesaria la utilización de radiaciones ionizantes, debemos tener en cuenta el uso de material de radioprotección disponible en el servicio, en qué momento utilizarlos y cómo usarlos correctamente.

2 Objetivos

- Dar una visión global e informativa sobre la adaptación de los equipos radiológicos, comunicación y medios de protección para con el paciente pediátrico.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda de material bibliográfico y una investigación que consistió en el análisis de la información recopilada de las diferentes fuentes científicas existentes, además de los propios conocimientos de la autora y coautoras.

Se realizó un análisis de libros médicos y, a su vez, se consultó una serie de artículos científicos publicados en las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo. De esta forma se seleccionó una serie de información de interés para la realización de este capítulo que sirvieron de base para la elaboración del mismo.

4 Resultados

Debemos destacar que la explicación de la prueba es un factor primordial, dado el desconocimiento del paciente. Se debe, por tanto, utilizar técnicas comunicativas que se adapten a su mentalidad (adornar la realidad, enfocar hacia un juego,

etc.), para que pueda comprender en la medida de lo posible cómo puede colaborar, de ser requerido se explicará tantas veces como sea necesario, también es de utilidad la preparación psicológica por parte de sus tutores, para su efectivo resultado, gracias a ello puede conseguirse su colaboración y así obtener un estudio radiológico de buena calidad.

Dicho esto, debemos exceptuar los casos en los que el paciente es tan pequeño que no puede comprender su situación, para ello únicamente necesitaremos la colaboración del acompañante para su correcta efectuación. Además, se dispone de material de inmovilización como cunas radiotransparentes, velcros, sábanas, espumas, pesos, etc. Con ello conseguiremos que el haz de rayos X esté bien centrado, una colimación adecuada y evitar la reexposición debida al movimiento.

En cambio, el método de sedación se reserva para pruebas en las que el tiempo de exploración sea mayor y que requieren de una mayor tranquilidad del paciente, como en estudios de tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y medicina nuclear (MN).

Según las recomendaciones del consejo de seguridad nuclear (CSN) en materia de protección radiológica, los principios fundamentales para la protección del paciente de la radiación son: justificar la exposición, optimización o “principio ALARA” y limitación de la dosis.

Como técnico especialista en radiología (TER) se debe adecuar la técnica de exposición a la edad y tamaño del paciente para poder reducir al mínimo la dosis absorbida, con una suficiente calidad para el diagnóstico, en el menor tiempo posible.

Se tendrá en cuenta que, los niños son especialmente sensibles a los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes debido a que sus células se encuentran aún en desarrollo. Por ello, su protección es muy importante por varios motivos: son más sensibles a la radiación, tienen más tiempo para manifestar los daños por radiación y transmiten el material genético a las generaciones posteriores.

Así pues, la protección radiológica en pediatría, recoge los criterios necesarios que se adecúan a las características de los niños para evitar futuras apariciones de efectos deterministas y la reducción de los estocásticos en la medida de lo posible. Por lo tanto, existe un control en el historial del paciente, con la recopilación de datos de las pruebas requeridas y del historial de dosis absorbidas.

Gracias a esto, el especialista peticionario, valorará el uso de los rayos x o el de pruebas alternativas como la ecografía y la resonancia magnética, en función de la edad e historial del paciente.

Como métodos de protección podremos utilizar: colimación, inmovilización, utilización de filtros de cobre (incorporado en equipos), retirar la rejilla antidifusora y reducción de los factores de exposición (KV, MAS y tiempo), requerimos de los trajes plomados para proteger al acompañante en caso de ser de ayuda en la realización de la prueba, pero la utilización de estos mismos en el paciente, tras recientes estudios y la recomendación de radiofísica está contraindicada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de tener en cuenta los diferentes factores como pueden ser, la edad, fase de desarrollo y caso clínico, para poder determinar, conforme el principio ALARA qué métodos para el diagnóstico utilizar.

A grandes rasgos, los métodos de estudio que se pueden llevar a cabo son básicamente los mismos que en adultos, salvo que se tienen en cuenta criterios específicos para ellos.

Dentro del servicio de radiología se dispone de diferentes equipos para la correcta inmovilización del paciente si fuese necesario, dada la importancia de este factor, pero se debe intentar hacer comprender al paciente (en la medida de lo posible) y al acompañante, la importancia de la correcta efectuación de la prueba, por ello necesitaremos de su colaboración.

A veces, debido al tipo de prueba requerida (escáner, resonancia, aquellas de un tiempo más elevado), es necesario recurrir a la sedación, siempre velando por su seguridad, como ayuda para que la prueba pueda ser realizada con éxito y si el paciente no colabora.

En muchas ocasiones, una buena explicación de la prueba a los acompañantes y paciente (adornando la realidad), puede llegar a ser suficiente para el éxito de la misma.

Es importante tener presente que, dada la edad de los pacientes, las radiaciones ionizantes son más perjudiciales, en comparación con los adultos. Por ello, en la medida de lo posible se utilizan otras pruebas para el diagnóstico como la ecografía y la resonancia magnética, pero los rayos X como opción en la que prevalezca el beneficio frente al riesgo.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2012/arm123a.pdf>.
2. <https://books.google.es/books>.
3. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1126192>.
4. <https://www.csn.es/proteccion-radiologica>.

Capítulo 106

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE LOS RAYOS X EN EL EMBARAZO

HUGO COLLADO LÓPEZ

1 Introducción

En términos generales, las ventajas de tomar radiografías para obtener información de diagnóstico tienen un alto riesgo para el feto. Es poco probable que las radiografías relacionadas con el embarazo dañen el feto, pero es posible radiografías abdominales durante un breve período de tiempo antes de quedar embarazada.

La mayoría de las radiografías, como las de las piernas, la cabeza, los dientes o el tórax, no exponen directamente los órganos reproductivos la propagación de la radiación.

Una excepción son las radiografías abdominales, que exponen al bebé y al vientre directamente al haz de rayos X. El riesgo de que el bebé sufra daños está relacionado con la edad gestacional y el nivel de exposición a la radiación.

Las primeras dos semanas después de la concepción son cuando la exposición a niveles extremadamente elevados de radiación puede causar un aborto espontáneo, pero estos niveles de exposición no suelen ser muy habituales en el diagnóstico por imágenes.

Es imprescindible que en los establecimientos de radiología se disponga de procedimientos para determinar si las pacientes en edad fértil se encuentran em-

barazadas antes de realizar un procedimiento radiológico en el que se podría administrar una dosis de radiación considerable al embrión o al feto.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer si las pruebas radiológicas se pueden posponer o modificar para tomar menos tiempo, en función de la situación de cada 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hoy en día, existen falsas creencias sobre los posibles riesgos para la madre o el feto derivados de los estudios radiológicos, a pesar de que su uso va aumentando durante el embarazo.

En cualquier etapa del embarazo pueden ser necesarias pruebas de imagen para el diagnóstico de afecciones no obstétricas. Aunque existe una posibilidad teórica de defectos congénitos, se ha determinado que el nivel de dosis proporcionado por la radiología de diagnóstico tal como está es irrelevante en este caso.

Al elegir el tipo de examen a realizar y cuándo se debe realizar, se deben considerar los efectos de la radiación en las diferentes etapas del desarrollo fetal y las dosis proporcionadas por las diversas técnicas de imagen.

Los exámenes que usan radiación para su proceso de obtención de imágenes deberían poder funcionar rápidamente debido a la indicación razonable e informada de los estudios y su desempeño en condiciones técnicas ideales el diagnóstico de patologías concurrentes al embarazo que suponen poco peligro para el feto, incluido el cáncer posparto y alteraciones en su desarrollo intrauterino.

Sin embargo, cuando la necesidad diagnóstica y el tratamiento asociado lo necesitan, se debe solicitar la exploración de la forma habitual, informando al pa-

ciente de los posibles riesgos y beneficios y usando un consentimiento informado que recoja información sobre los posibles efectos de las radiaciones ionizantes, además del tipo de estudio realizado, sus especificaciones técnicas, prácticas de optimización de dosis de acuerdo con criterios ALARA y la protección radioelétrica. Podrá añadirse, si procede, un apartado de valoración ginecológica donde se evaluará el estado de la gestante y el estado fetal. También se deberán aportar los datos de la edad gestacional para:

- Evitar poner al feto en riesgos innecesarios.
- Modificar las pruebas radiológicas para que no tengan repercusión en las mujeres embarazadas.
- Difundir el riesgo mínimo asociado a las pruebas radiológicas relacionadas con el embarazo.

5 Discusión-Conclusión

El feto en desarrollo es un paciente vulnerable a estos efectos, que dependen de la edad gestacional y de la dosis administrada. La radiación ionizante tiene un efecto conocido sobre las estructuras biológicas.

Por tanto, la realización de pruebas de imagen que usan radiaciones ionizantes en mujeres embarazadas necesita una justificación adecuada e individualizada de la indicación del procedimiento y una optimización constante de la dosis.

Cuando se realizan correctamente, las pruebas de radiodiagnóstico son seguras tanto para el paciente como para el feto. Los estudios de tomografía computarizada (TC) son los estudios con mayor riesgo de radiación para el feto y es un problema.

6 Bibliografía

- 1- De una emergencia por radiación, D. (n.d.). LAS EMERGENCIAS POR RADIACIÓN Y EL EMBARAZO. Cdc.gov. Retrieved April 5, 2024, from https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencies/pdf/infographics/infographic_radiation_and_pregnancy_es.pdf
- 2- Embarazo y radiación ¿Qué necesito saber? - Alfa 56 - CSN. (n.d.). Csn.es. Retrieved April 5, 2024, from <https://www.csn.es/-/embarazo-y-radiacion-que-necesito-saber->

Capítulo 107

MICOSIS CUTÁNEAS, SUBCUTÁNEAS, SISTÉMICAS Y OPORTUNISTAS EN EL LABORATORIO

INCA RODRIGUEZ BORRALLO

FELIPE SÁNCHEZ ALFONSO

JESÚS MANUEL VEGA RUBIO

SARA MARÍA SIEIRA PÉREZ

1 Introducción

Los hongos son organismos eucariotas heterótrofos que degradan la materia orgánica. Participan en la mayoría de los ciclos biológicos y han sido clasificados dentro del Reino Fungi o Eumycota.

Pueden ser unicelulares o pluricelulares, con paredes que contienen quitina y betaglucanos, sintetizan la lisina por la vía alfa-aminadipato.

Los hongos se diferencian de las células vegetales y la mayoría de las bacterias porque no contienen clorofila ni sintetizan moléculas a partir del dióxido de carbono ni de la energía derivada del sol.

Los hongos pueden presentarse como saprófitos (organismos que viven de la materia orgánica muerta o degradada), simbioses (viven asociados en función de las ventajas que ello les otorga), comensales (dos organismos con una relación íntima el cual uno se beneficia de ella, pero el otro no, pero tampoco le perjudica), o parásitos (organismos que viven sobre o dentro del huésped del que se aprovecha sin aportar nada a cambio).

Las infecciones micóticas superficiales son infecciones producidas por distintos hongos patógenos que invaden las estructuras queratinizadas como el estrato córneo, pelo, uñas, mucosas sin atravesar la membrana basal del epitelio.

Las infecciones micóticas sistémicas también pueden afectar tanto a la piel como a órganos como pulmones, cerebro, hígado y suelen aparecer en personas inmunodeprimidas.

Las infecciones de la piel se limitan a la capa más externa de la piel, es decir, al estrato córneo y en los cabellos solo afectan a la cutícula. En general no producen respuesta inmunológica en el huésped, sino que colonizan tejidos muertos. Son procesos fáciles de diagnosticar y de fácil tratamiento.

Tipos:

1. -Micosis cutánea:

Son tiñas producidas por hongos que afectan a piel, pelo y uñas. Los hongos que las producen se denominan dermatofitos y se caracterizan por no penetrar en tejidos subcutáneos, utilizando como fuente de nitrógeno la queratina. Producen reacciones inmunológicas en el huésped.

Dependiendo de la zona del cuerpo afectada se denominan:

- Tinea corporis: en el cuerpo.
- Tinea cruris: inguinal.
- Tinea capitis: pelo y cuero cabelludo.
- Tinea barbarea: barba.
- Tinea unguium: uñas.

2. Micosis subcutánea:

Son infecciones producidas por hongos que afectan al tejido subcutáneo. Estas infecciones afectan inicialmente a la capa más profunda de la dermis, tejido subcutáneo o hueso.

La mayoría de estas infecciones siguen una evolución crónica y acaban extendiéndose a la epidermis donde se manifiesta como lesiones de la superficie cutánea.

Las micosis subcutáneas más frecuentes son:

Esporotricosis: causado por *Sporothrix schenckii*, hongo que penetra en el hombre a través de pinchazos con espinas o astillas que contiene sus esporas. Causa la enfermedad conocida como “de los cuidadores de rosales”.

Micetoma: se trata de lesiones indoloras desfigurantes y tumefactas, que puede diseminarse a otros tejidos internos.

Cromoblastomicosis: también llamada dermatitis verrugosa. Es una afección crónicas caracterizada por la formación de placas verrugosas en la piel y tumefacciones subcutáneas blandas.

3. Micosis sistémica:

Son infecciones por hongos que afectan a cualquier órgano.

Las micosis sistémicas más importantes son:

Histoplasmosis: se encuentra en los excrementos de las aves, y afecta fundamentalmente a los pulmones. Se adquiere por inhalación.

Blastomicosis: son infecciones producidas con la inhalación de conidios o hifas de *Blastomyces dermatitis*, afectando a los pulmones, piel y otros tejidos.

4. Micosis oportunista:

Suelen afectar a personas inmunodeprimidas.

Las más importantes son:

- Candidiasis: causada por *Candida albicans*, una levadura que se encuentra en la flora saprófita del hombre de forma natural, pero en pacientes inmunodeprimidos puede dar lugar a infecciones de piel, pulmones o endocarditis. Se encuentra con frecuencia en la mucosa de la nariz, boca, vagina y tubo digestivo.
- Aspergilosis: son hongos que penetran en el hombre por inhalación, provocando una infección pulmonar, aunque también puede diseminarse a otros órganos.
- Criptococosis: el agente causal es el *Cryptococcus neoformans*, enfermedad que provoca meningitis en pacientes inmunodeprimidos. Penetra por vía oral. Todas las cepas de este tipo de hongos se observan con la técnica de tinta china. De las 38 especies, solo en *Cryptococcus neoformans* es patógeno para el hombre.
- Zigomicosis: está causada por varios tipos de hongos que se encuentran en el suelo, la infección también se adquiere por inhalación de sus esporas, ocasionando necrosis de la zona afectada.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes patógenos micóticos superficiales oportunistas.
- Dar a conocer las principales características de las enfermedades fúngicas superficiales.
- Exponer los diferentes tratamientos contra la micosis superficial.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se han llevado a cabo diferentes búsquedas tanto en internet, en las bases de datos como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, páginas web como Manual MSD, LibreTexts y libros de

técnico de laboratorio, procediendo a su posterior recolección de datos y adaptándolo a la temática aquí expuesta.

4 Resultados

1. Micosis cutánea:

El diagnóstico de laboratorio se basa en la visualización del hongo en muestras obtenidas de la lesión, mediante cultivo o ambas. Los raspados de la piel, uñas o cabello se estudian al microscopio que se observan como hifas tabicadas y ramificadas. En el caso del cabello se observan esporas dentro o rodeando al folículo piloso. El medio de cultivo empleado para el aislamiento de dermatofitos es el que contiene ciclohexidina y cloranfenicol. La muestra se siembra directamente en el medio de cultivo y se incuba a 25°C

2. Micosis subcutánea:

El tratamiento para este tipo de hongos son yoduros, para la forma cutánea y azólicos. Cuando se cultivan las colonias son de color crema, volviéndose paradas o negruzcas.

3. Micosis sistémica:

- Histoplasmosis: son hongos dimórficos que suelen crecer en forma de hifas en suelos donde hay excrementos de aves. En tejidos se observa como levaduras ovaladas que geman. Sobre el agar a 37°C es levadura, a 25°C es filamentosa con esporas tuberculadas, forma colonias blanco-grisáceas de aspecto cremoso. Las hifas son de pequeño tamaño y están entrelazadas.
- Blastomicosis: en el cultivo forma colonias blanquecinas de aspecto céreo que proyectan hacia arriba penachos de hifas tabicadas.

4. Micosis oportunista:

- Candidiasis: causada por *Candida albicans*. En el examen microscópico aparecen células levuriformes o pseudohifas con estrangulamiento. Para la identificación de la *Candida* se utiliza la prueba del tubo germinal (prueba de la filamentación). Tratamiento con Nistatina y Anfotericina B.
- Aspergilosis: es un hongo de crecimiento rápido que forma colonias esponjosas o granulares de color blanco o azul verdoso. Microscópicamente aparecen hifas tabicadas que acaban en un conidio.
- Criptococosis: se requiere una muestra de líquido cefalorraquídeo y el diagnóstico se realiza por tinción de tinta china a través de la cual se observa una cápsula al microscopio. La prueba más fiable es la detección serológica del polisacárido

capsular soluble en el líquido cefalorraquídeo. Crece bien en Sabouraud a 37°C apareciendo como colonias blancas, son ureasa positivo. Tratamiento con Anfotericina B.

- Zigomicosis: el examen microscópico de la muestra pone de manifiesto hifas sin tabicar. Su cultivo origina colonias esponjosas y blanquecinas con hifas grandes, gruesas y grisáceas.

Principales antifúngicos según la OMS:

- Anfotericina B: es un fungistático de amplio espectro para hongos como *Candida* spp., *Aspergillus* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Coccidioides immitis*, etc. Está indicado para el tratamiento empírico de infecciones fúngicas graves, se administra en combinación con flucitosina para el tratamiento de la meningitis criptocócica y la candidiasis sistémica.

- Fluconazol: es un derivado imidazólico sintético activo por vía oral, posee actividad fungistática sobre dermatofitos, levaduras y otros hongos patógenos. Es utilizado para el tratamiento de micosis gastrointestinales y sistémicas graves, así como para el tratamiento de infecciones superficiales. También se administra para prevenir infecciones fúngicas en pacientes inmunodeprimidos.

- Flucitosina: es una pirimidina fluorada sintética con un espectro reducido. Se emplea ante la confirmación de presencia de *Cryptococcus* y *Candida* spp.

- Griseofulvina: es un antibiótico fungistático derivado del *Penicillium griseofulvum* con actividad selectiva sobre los dermatofitos que producen las tiñas. No tiene actividad sobre la pitiriasis versicolor ni en infecciones por *Candida*. La griseofulvina se deposita de manera selectiva en las células precursoras de la queratina de piel, cabello y uñas, donde altera la mitosis de las células fúngicas y previene la invasión fúngica de las células recién formadas.

- Nistatina: es un antibiótico antifúngico poliénico derivado de *Streptomyces noursei*, eficaz en infecciones producidas por un amplio grupo de levaduras y hongos similares a las levaduras. Se administra para la profilaxis y tratamiento de las candidiasis.

- Yoduro potásico: es eficaz sobre esporotricosis y fomicosis subcutánea, que son infecciones fúngicas producidas por *Sporothrix schenckii* y *Basidiobolus haplosporopus*, respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia de que si el médico tiene alguna sospecha sobre la presencia de micosis en el paciente, debe realizar una anamnesis sobre los viajes o lugares visitados para determinar si el paciente pudo haber estado expuesto a alguna micosis endémica.

Muchas infecciones causadas por hongos de la piel se encuentran de forma normal en la microbiota de la piel, pero alguno de estos hongos pueden causar infección en la persona cuando se introducen a través de una herida, o el propio paciente está inmunodeprimido. Otros hongos fúngicos pueden causar infección por condiciones indebidas higiénico-sanitarias como calzado sudoroso, duchas y vestuarios, piscinas, gimnasios...

Las micosis son fáciles de reconocer y tienen un tratamiento claro y eficaz, pero no hay que confiarse, puesto que la persona que tiene el hongo pasa de ser el hospedador a ser el vector de contagio.

6 Bibliografía

1. Fármacos antimicóticos (Internet), (última revisión Abril de 2021). Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/hongos>.
2. Micosis de la piel y los ojos (Internet). Disponible en: <https://espanol.libretexts.org/Biologia/Microbiolog>.

Capítulo 108

BRONQUIOLITIS AGUDA: DESARROLLO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

MARÍA DE LOS ÁNGELES VIANA DURÁN

1 Introducción

La bronquiolitis aguda es una infección respiratoria que cursa con dificultad respiratoria acompañada de sibilancias y otros sonidos anormales al respirar (crepitanes), etapa que generalmente sucederá a un episodio catarral situado en las vías altas. Es especialmente frecuente en niños menores de 2 años y aún lo es más en lactantes. La causa de la gran mayoría de casos, entre el 80-90%, es el virus respiratorio sincitial (VRS).

En la mayoría de los casos el pronóstico no es grave, salvo en aquellos en los que exista una enfermedad previa que pueda agravar el curso de esta enfermedad. Las reinfecciones son bastante comunes, ya que esta infección no llega a producir una inmunización completa, lo cual supone que aproximadamente el 50% la sufran una vez al año.

Al ser generalmente una enfermedad autolimitada, el hecho de la monitorización a lo largo del desarrollo de la enfermedad es un factor muy importante para poder ir paliando los síntomas que puedan irse sucediendo. A pesar de que es una enfermedad muy común en la actualidad, no son muchos los tratamientos efectivos para tratarla y lo que se busca generalmente es el uso de medidas soporte. Al igual que con los tratamientos, no son muchas las medidas preventivas que se pueden seguir en cuanto a tratamientos o vacunas, pero sí que hay varias como el tabaco y la lactancia materna que se pueden considerar medidas para tener en cuenta.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es el estudio de la enfermedad: bronquiolitis aguda, así como de sus síntomas, diagnóstico y tratamiento. Además del estudio de la propia enfermedad, se expondrán los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrirla y aquellas medidas preventivas recomendables con el fin de evitar futuros contagios.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se han consultado plataformas como Medigraphic, Scielo, Sciencedirect, entre otras, siendo estas las elegidas por poder proporcionar estudios, artículos y documentos revisados y veraces. Tras la comparación de diversos documentos se eligió aquellos que fuesen aptos y estuviesen en concordancia con el desarrollo de este capítulo.

4 Resultados

La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad respiratoria que cursa en un inicio con un cuadro catarral en las vías superiores y fiebre por lo que su comienzo es bastante inespecífico, tras remitir estos síntomas es cuando empieza la afectación de las vías inferiores y es cuando se empiezan a dar los problemas respiratorios del niño. Por lo general estos problemas respiratorios están acompañados de síntomas como sibilancias, respiración acelerada, cianosis... y pueden aparecer de forma creciente llegando los problemas respiratorios a su pico máximo a las 24-48 horas, tras esto generalmente disminuirán.

Se han descubierto tras diversos estudios una serie de factores que pueden favorecer el padecimiento de esta enfermedad:

- Es más común en aquellos niños que sean menores de 6 meses, especialmente en aquellos en los que la vacunación sea incompleta.
- La ausencia de lactancia materna exclusiva, ya que esta favorece la protección mediante la inmunidad pasiva.
- La prematuridad, inmunodeficiencias y la existencia de enfermedades crónicas pulmonares.
- La exposición del niño al tabaco de forma pasiva por padres y familiares, siendo aún más peligroso durante la gestación.
- También se ha descubierto una adherencia de esta enfermedad al sexo masculino.

La mayoría de los tratamientos están enfocados a medidas de sostén que se suministrarán hasta que se produzca una remisión de la enfermedad. Estas medidas son algunas como tratar la obstrucción nasal, mantener el equilibrio hidroelectrolítico, procurar una buena alimentación con uso de sonda en caso necesario y la administración de oxígeno en aquellos casos que la saturación sea inferior al 92%. En cuanto a tratamientos los más utilizados son los broncodilatadores β_2 adrenérgicos y la adrenalina nebulizada, estos tratamientos deben ser suministrados bajo control médico para asegurar su eficacia y además, no se recomiendan su uso de forma muy repetitiva por los riesgos que trae consigo este tratamiento. Además de esto, se recomiendan los protocolos que se seguirían para cualquier otra enfermedad respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una enfermedad que afecta a los más pequeños, es muy importante tener claro las medidas que se deben seguir para evitar el contagio de otros niños. Es importante que se aisle a aquellos niños que estén contagiados por esta enfermedad, que no estén cerca de otros niños que sean menores de 3 años, de ahí que haya que evitar situaciones como guarderías, fiestas, etc.

Es importante, por otro lado, llevar una correcta higiene para no empeorar el estado del niño lavándose siempre las manos antes de entrar en contacto con él, así como tras el contacto. Además de esto, también será importante la limpieza de aquellos objetos con los que esté en contacto el niño como los juguetes y demás superficies.

Aunque es una enfermedad muy frecuente en la actualidad, no existen medidas preventivas 100% eficaces, más que las previamente expuestas. Hay ciertos tratamientos preventivos que se han probado, como el uso de inmunoglobulinas sin mucho éxito por el problema de los riesgos que supone, así como vacunas que se llevan varios años estudiando con esperanzas de que sean la solución en un futuro.

Por lo general, no es una enfermedad que suponga una mortalidad muy elevada, el pronóstico de los niños afectados suele ser muy favorable y solos deberán ser ingresados aquellos niños en los cuales la respiración se vea muy comprometida con saturaciones inferiores al 92%, se encuentren en muy mal estado o aquellos que sufran un empeoramiento de los síntomas.

6 Bibliografía

1. Callejón Callejón, A., Oliva Hernández, C., Callejón Callejón, G., Marrero Pérez, C., Rodríguez Carrasco, E. (2004) Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial. Bronquiolitis. BSCP Can Ped, 28(2 y 3). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2351083.pdf>
2. Coronel-Carvajal C. (2019) Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. AMC. 23(5):639-647. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc195i.pdf>
3. Del Toro RLB, Martínez BI, Martínez MI, et al. (2021) Caracterización clínica-epidemiológica de las Bronquiolitis en pacientes pediátricos. Mul Med. 25(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2021/mul212e.pdf>
4. Gonzales, C. (2017) Características clínicas y epidemiológicas de niños menores de 2 años con bronquiolitis en el hospital nacional dos de mayo, enero-diciembre del 2016. Revista Médica Carriónica; 4 (2): 8. Recuperado de https://web.archive.org/web/20180420220128id_/http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/viewFile/176/128
5. Orejón de Luna, G., Fernández Rodríguez, M. (2012). Bronquiolitis aguda. Pediatría Atención Primaria, 14, 45–49. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1139-76322012000200006>
6. Salvador García, C., Moreno Docón, A., Piñero, J. A., Alfayate Miguelez, S., Iborra Bendicho, M. A. (2012). Etiología de bronquiolitis en niños hospitalizados en el sureste de España. Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003), 77(6), 386–390. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.09.021>

Capítulo 109

REHABILITACIÓN DE LA MANO Y MUÑECA POST-QUIRÚRGICA: TERAPIA INTEGRAL POR PARTE DE UN FISIOTERAPEUTA

VERÓNICA MONTES VILLAR

NURIA OVIEDO ULLA

1 Introducción

La rehabilitación de la mano y la muñeca después de una cirugía es un proceso crucial para la restauración funcional y la recuperación completa del paciente. La mano y la muñeca son estructuras anatómicas complejas que desempeñan un papel fundamental en la ejecución de actividades cotidianas, desde tareas simples como sostener un objeto hasta acciones más complejas como escribir o manipular herramientas. Por lo tanto, cualquier intervención quirúrgica en estas regiones puede tener un impacto significativo en la capacidad del individuo para realizar estas actividades básicas de la vida diaria.

La terapia integral llevada a cabo por fisioterapeutas emerge como un enfoque fundamental en la rehabilitación post-quirúrgica de la mano y la muñeca. Esta modalidad terapéutica se fundamenta en una comprensión profunda de la anatomía, fisiología y biomecánica específicas de la mano y la muñeca, así como en la aplicación de técnicas y ejercicios específicos diseñados para optimizar la función y promover la recuperación.

El fisioterapeuta desempeña un papel integral en todas las etapas del proceso de rehabilitación, desde la evaluación inicial hasta la implementación de un plan de tratamiento individualizado y la monitorización continua del progreso del paciente. Esta atención personalizada y centrada en el paciente permite abordar de manera efectiva las necesidades específicas de cada individuo, teniendo en cuenta factores como la naturaleza de la cirugía, el estado de salud general y los objetivos de recuperación.

La terapia integral post-quirúrgica de la mano y la muñeca abarca una amplia gama de técnicas y modalidades de tratamiento, que pueden incluir ejercicios de movilización y fortalecimiento, terapia manual, terapia ocupacional, uso de dispositivos ortopédicos y tecnología asistida, así como educación del paciente sobre autocuidado y prevención de lesiones recurrentes. Este enfoque holístico busca no solo restaurar la función física, sino también mejorar la calidad de vida del paciente y promover su participación activa en actividades significativas.

Además de abordar los aspectos físicos de la rehabilitación, la terapia integral también tiene en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales del proceso de recuperación. La cirugía y la rehabilitación pueden ser experiencias desafiantes y estresantes para el paciente, y es importante proporcionar apoyo emocional y motivación durante todo el proceso. El fisioterapeuta actúa como un aliado en el viaje de recuperación del paciente, brindando no solo cuidados físicos, sino también orientación y apoyo emocional para ayudar al paciente a superar los obstáculos y alcanzar sus metas de rehabilitación.

En resumen, la rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica es un proceso complejo que requiere un enfoque integral y personalizado para lograr resultados óptimos. La terapia integral proporcionada por fisioterapeutas juega un papel fundamental en este proceso, ofreciendo una combinación de conocimientos, técnicas terapéuticas avanzadas y un enfoque centrado en el paciente para facilitar la recuperación funcional y mejorar la calidad de vida del individuo.

2 Objetivos

Los objetivos principales de realizar este trabajo son:

- Transmitir la importancia y los beneficios de la terapia integral de rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica, dirigida por fisioterapeutas.
- Destacar cómo este enfoque holístico no solo se centra en la recuperación física del paciente, sino también en su bienestar emocional, funcional y global.

Objetivos secundarios:

- Resaltar la relevancia de esta modalidad terapéutica en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en su capacidad para reintegrarse plenamente en sus actividades diarias.
- Mostrar cómo la rehabilitación integral no solo se enfoca en restaurar la función manual, sino también en empoderar al paciente para que asuma un papel activo en su proceso de recuperación y en el cuidado de su salud a largo plazo.

3 Metodología

La metodología aplicada en este estudio consistió en la revisión exhaustiva de la literatura científica disponible sobre rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica. Se realizaron búsquedas en bases de datos especializadas como PubMed, Scopus y Google Scholar utilizando términos clave relacionados con el tema. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos diez años que abordaran la terapia integral dirigida por fisioterapeutas.

Posteriormente, se analizaron los artículos seleccionados para identificar patrones comunes, enfoques terapéuticos y resultados reportados en la literatura. Se prestó especial atención a la descripción de técnicas de rehabilitación utilizadas, resultados clínicos obtenidos y consideraciones importantes para la práctica clínica.

Finalmente, se sintetizó la información recopilada para elaborar una conclusión sobre la eficacia y los beneficios de la terapia integral en la rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica, destacando las principales tendencias y hallazgos relevantes en el campo.

4 Resultados

En primer lugar, se observa una notable mejoría en la función motora de la mano y la muñeca. A través de ejercicios específicos de movilización y fortalecimiento, los pacientes experimentan un aumento en la amplitud de movimiento, la fuerza muscular y la coordinación, lo que les permite realizar actividades cotidianas con mayor facilidad y eficacia. La rehabilitación también contribuye a reducir la rigidez y la hinchazón postoperatorias, facilitando así la recuperación del rango completo de movimiento y la funcionalidad de la articulación.

Además de los beneficios físicos, la terapia integral de rehabilitación también

tiene un impacto positivo en el bienestar psicológico y emocional de los pacientes. La cirugía y el proceso de recuperación pueden generar ansiedad, estrés y depresión en algunos individuos, especialmente cuando enfrentan desafíos en la recuperación de su función manual. El apoyo emocional proporcionado por el fisioterapeuta, así como la oportunidad de compartir experiencias y preocupaciones con otros pacientes en situaciones similares, ayuda a reducir la angustia emocional y a mejorar la confianza y la autoestima.

Además, la terapia integral de rehabilitación fomenta la autonomía y la independencia del paciente en el manejo de su condición. A través de la educación sobre el autocuidado y la prevención de lesiones recurrentes, los pacientes adquieren conocimientos y habilidades para gestionar su salud de manera proactiva y tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida y actividades diarias. Esto no solo les permite optimizar su proceso de recuperación, sino que también les empodera para mantener una buena salud a largo plazo.

Otro resultado importante de la rehabilitación post-quirúrgica de la mano y la muñeca es la mejora en la participación en actividades significativas y la calidad de vida general. Al recuperar la función manual, los pacientes pueden retomar actividades que anteriormente les resultaban difíciles o imposibles, como trabajar, practicar deportes, realizar tareas domésticas y disfrutar de pasatiempos y actividades recreativas. Esta restauración de la independencia y la capacidad de participar plenamente en la vida cotidiana contribuye de manera significativa a la satisfacción y el bienestar general del paciente.

En resumen, la terapia integral de rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica, guiada por fisioterapeutas, ofrece una variedad de resultados positivos que van más allá de la mera recuperación física. Desde mejoras en la función motora y la salud psicológica hasta la promoción de la autonomía y la participación en la vida diaria, estos resultados reflejan el impacto significativo que tiene este enfoque integral en la vida de los pacientes y su capacidad para alcanzar una recuperación completa y satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la terapia integral de rehabilitación de la mano y la muñeca post-quirúrgica, liderada por fisioterapeutas, representa un enfoque holístico y efectivo para la recuperación completa y satisfactoria de los pacientes. Tras este análisis exhaustivo, se destacan los múltiples beneficios que esta modalidad terapéu-

tica ofrece, tanto a nivel físico como emocional y funcional.

Queda claro que la terapia integral logra mejorar significativamente la función motora de la mano y la muñeca. A través de técnicas de movilización y fortalecimiento específicas, los pacientes experimentan una recuperación progresiva en la amplitud de movimiento, la fuerza muscular y la coordinación, permitiéndoles realizar actividades cotidianas con mayor facilidad y eficacia. Esta mejora en la función física no solo facilita la reintegración del paciente en sus actividades diarias, sino que también reduce la dependencia de la asistencia externa y promueve la autonomía personal.

Además, la terapia integral aborda de manera efectiva los aspectos psicológicos y emocionales del proceso de recuperación. La cirugía y la rehabilitación pueden generar ansiedad, estrés y depresión en los pacientes, especialmente cuando enfrentan desafíos en la recuperación de su función manual. Sin embargo, el apoyo emocional proporcionado por el fisioterapeuta y la oportunidad de compartir experiencias con otros pacientes en situaciones similares ayudan a mitigar estos efectos negativos, mejorando la confianza y la autoestima del paciente y promoviendo una actitud positiva hacia la recuperación.

Asimismo, la terapia integral fomenta la adquisición de habilidades de autocuidado y la prevención de lesiones recurrentes, lo que empodera al paciente para gestionar su salud de manera proactiva y tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida y actividades diarias. Esta educación continua y el apoyo brindado por el fisioterapeuta contribuyen significativamente a la recuperación a largo plazo y al mantenimiento de una buena salud en el futuro.

Por último, es importante destacar que la terapia integral de rehabilitación no solo se centra en la restauración de la función física, sino también en la mejora de la calidad de vida general del paciente. Al recuperar la función manual y la independencia en las actividades diarias, los pacientes pueden disfrutar de una mayor satisfacción y bienestar, participando plenamente en actividades significativas y retomando el control sobre su vida. Este aspecto es fundamental para garantizar una recuperación completa y satisfactoria que trascienda los aspectos puramente físicos y promueva el bienestar integral del individuo.

En definitiva, la terapia integral de rehabilitación de la mano y la muñeca postquirúrgica, liderada por fisioterapeutas en la biomecánica de la extremidad superior, ofrece una variedad de beneficios que van más allá de la mera recuperación física, desde mejoras en la función motora y la salud psicológica hasta la promoción de la autonomía y la participación en la vida diaria.

Este enfoque integral se erige como un pilar fundamental en el camino hacia una recuperación completa y satisfactoria para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez, S. (2019). Innovaciones tecnológicas en la rehabilitación de la mano y la muñeca: Estado del arte y perspectivas futuras. *Revista de Ingeniería Biomédica Aplicada*, 7(2), 35-50.
2. González, L. M. (2018). Terapia ocupacional centrada en la actividad en la rehabilitación de la mano y la muñeca: Aplicaciones prácticas. *Revista de Terapia Ocupacional y Rehabilitación*, 10(3), 112-128.
3. Martín, F. J. (2020). Abordaje interdisciplinario en la rehabilitación postquirúrgica de la mano y la muñeca: Experiencias y resultados. *Revista Interdisciplinaria de Salud y Rehabilitación*, 3(1), 45-60.
4. Nieto, R. (2017). Importancia del ejercicio terapéutico acuático en la rehabilitación de la mano y la muñeca: Evidencia y recomendaciones. *Revista de Fisioterapia Acuática*, 5(2), 78-92.

Capítulo 110

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UN RIESGO EN EL EMBARAZO

MARÍA DE LOS ÁNGELES VIANA DURÁN

1 Introducción

La diabetes mellitus gestacional es una patología caracterizada por la intolerancia a los hidratos de carbono. Aparece por primera vez durante la gestación y puede ser más o menos grave dependiendo del caso. Por lo general es una enfermedad que remite tras el parto, pero no es algo que sucede en todas las mujeres.

En el caso de la diabetes mellitus gestacional, por lo general no comienza hasta la semana 24-28, ya que a partir de esta fecha se produce una resistencia a la insulina por la acción de ciertas hormonas producidas por la placenta. Para paliar esta situación, el páncreas se encarga de producir un exceso de insulina, pero en el caso de las mujeres que sufren esta diabetes gestacional, no se llega a producir esta insulina extra.

Otro factor a tener en cuenta, en el caso de los embarazos condicionados por la diabetes, es el posible padecimiento de la diabetes previa al embarazo o diabetes pregestacional. El problema de esta situación es que, en ciertos casos, esta diabetes puede no ser detectada previamente al momento de la concepción, lo cual supone que no se controle correctamente repercutiendo en el niño y en el desarrollo del embarazo. En este caso, el niño sufrirá unas concentraciones de glucosa muy elevadas durante el primer trimestre de embarazo, lo cual podrá desencadenar abortos espontáneos o el desarrollo de determinadas malformaciones en el feto.

2 Objetivos

- Estudiar la diabetes mellitus gestacional.
- Presentar una revisión de las causas que pueden llevar al padecimiento de esta enfermedad, el control que deben seguir aquellas mujeres que lo sufran y las consecuencias que pueden derivar de esta enfermedad, las cuales pueden afectar tanto al niño como a la madre y al desarrollo del embarazo y del parto.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se han consultado recursos web como Medigraphic y Redalyc, ya que son plataformas a través de las cuales acceder a revistas y capítulos científicos y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo. Tras esta consulta, se seleccionaron aquellos artículos y documentos que estuviesen debidamente contrastados y estuviesen en concordancia con el tema seleccionado para este capítulo.

4 Resultados

En la primera mitad del embarazo se produce una sensibilidad elevada hacia la insulina, pero esto solo dura aproximadamente hasta la semana 24-28, a partir de la cual se comienzan a secretar por parte de la placenta y por los adipocitos una serie de hormonas como el lactógeno, la hormona placentaria de crecimiento, progesterona, cortisol... Estas hormonas lo que van a hacer es producir cambios en el metabolismo, siendo uno de ellos el de generar una resistencia a la insulina. Normalmente, esta resistencia se contrarresta con una mayor producción de insulina, pero en caso contrario, se desarrolla un tipo de diabetes llamado diabetes mellitus gestacional.

El no control de esta diabetes puede tener consecuencias en los niños como macrosomías, retraso en la maduración de los pulmones e incluso problemas de por vida, ya que pueden desarrollar diabetes posteriores o incluso problemas cardiovasculares.

Para poder evitar estos problemas, a todas las madres se les va a someter a una prueba en la que se les suministra una carga de 50 gramos de glucosa, midiendo una hora después la glucemia.

- En el caso de que el resultado sea mayor o igual a 130 mg/dL se requerirá la prueba de la curva de glucosa, la cual se realizará con una carga ahora de 100

gramos de glucosa, midiendo la glucemia a los 60, 120 y 180 minutos después de la ingesta, para confirmar la existencia o no de la enfermedad.

- Si los resultados de la primera fuesen mayor o igual a 180 mg/dL, se diagnosticará, sin necesitar la prueba posterior, la diabetes gestacional.

El tratamiento general para estas mujeres es el seguimiento de una dieta en la que se reduzca el consumo de carbohidratos y la realización de ejercicio que esté adaptado a la madre. En la mayoría de los casos estas medidas van a poder controlar la diabetes, pero hay otros casos en los que la única solución es el de suministrar insulina o análogos a ella que sean seguros para el embarazo.

Existen ciertos factores que pueden predisponer el padecimiento de esta enfermedad y que se utilizan para detectar el nivel de riesgo y actuar en consecuencia:

- Riesgo bajo: aquellas mujeres que tienen una edad menor o igual a 25 años, no tienen antecedentes de problemas de diabetes y parten de un peso normal previo al embarazo.

- Riesgo medio: aquellas mujeres que no están contenidas en los grupos de riesgo bajo o alto.

- Riesgo alto: aquellas mujeres que padecen de sobrepeso, tienen antecedentes de diabetes gestacional o tienen antecedentes de partos de niños con un peso elevado.

Aquellas mujeres que pertenecen al grupo de riesgo alto, deberán llevar un seguimiento desde el inicio del embarazo, además de las pruebas de rutina que se les realizarán a las demás embarazadas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la vital importancia, tanto para la madre como para el niño, de detectar la existencia de una posible diabetes lo antes posible, con el fin de evitar posibles problemas para ambos. Para ello se deben tener en cuenta que hay ciertos factores que pueden predisponer el padecimiento de esta enfermedad y que se utilizan para detectar el nivel de riesgo y actuar en consecuencia.

También será relevante que en aquellas mujeres que tengan que recibir un tratamiento, ya sea mediante una dieta o insulina, deberán llevar un control continuado por parte del médico, ya que se podrían dar casos de cetosis porque no se produzca un consumo correcto de glucosa y problemas en el feto como una disminución del peso. Si se tienen en cuenta estas recomendaciones se puede disminuir y eliminar en la mayoría de los casos los problemas de morbilidad y

mortalidad.

6 Bibliografía

1. Flores-Padilla L, Solorio-Páez IC, Melo-Rey ML, et al. (2014) Embarazo y obesidad: riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. *Gac Med Mex.* 150(Suppl: 1):73-78.
2. García GC. (2008) Diabetes mellitus gestacional. *Med Int Mex.*24(2):148-156.
3. Cruz HJ, Yanes QM, González CTM. (2022) "Diabetes y embarazo" como problema social, científico y ético. *Rev Cuba Endoc.*33(1).
4. Font-López, K. C., Cejudo-Carranza, E., López-Caucana, A. E., Peralta Pedrero, M. L., Díaz-Velásquez, M. F., Puello-Tamara, E., Ramírez Torres, A. (2010) Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 48 (6): 673-684.
5. Sandoval RT, Oliva FB. (2006) Diabetes gestacional. Diagnóstico en etapas tempranas del embarazo. *Ginecol Obstet Mex.*74(04):199-204.

Capítulo 111

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

SILVIA CAÑIZARES MARTIN

JENIFER CONDE VALENCIA

LOURDES SERRANO TOLEDANO

DANIEL NAVARRO SANCHEZ

JORGE SÁNCHEZ BALBÁS

1 Introducción

La radiografía de abdomen es una herramienta en el campo de la medicina para la evaluación de diversas patologías abdominales y la anatomía interna del paciente. Este procedimiento radiológico proporciona imágenes detalladas de los órganos abdominales, incluyendo el estómago, intestinos, hígado, riñones y otros tejidos blandos, permitiendo a los profesionales médicos diagnosticar una amplia gama de condiciones, desde obstrucciones intestinales hasta enfermedades hepáticas. La técnica de imagen radiológica juega un papel crucial en la obtención de imágenes claras y precisas en la radiografía de abdomen, donde los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico deben colocar al paciente en posiciones específicas

según la indicación clínica, con el fin de visualizar adecuadamente las estructuras de interés y evaluar cualquier anormalidad presente. Esto puede implicar posiciones supinas, decúbito lateral, bipedestación, Trendelenburg, entre otras, cada una diseñada para optimizar la visualización de áreas específicas del abdomen y mejorar la capacidad de diagnóstico.

Además, la radiografía de abdomen es una técnica no invasiva y relativamente rápida, lo que la convierte en un procedimiento ampliamente utilizado en entornos clínicos y de emergencia. Su accesibilidad y capacidad para proporcionar información valiosa en tiempo real hacen que sea una herramienta esencial en la evaluación inicial de pacientes con dolores abdominales agudos, trauma abdominal o sospecha de enfermedades sistémicas.

2 Objetivos

- Explicar las posiciones estándar utilizadas en radiografía de abdomen.
- Mostrar la importancia de cada posición en la visualización de diversas estructuras abdominales.

3 Metodología

Se realizará una revisión de la literatura para identificar las posiciones estándar en radiografía de abdomen y su aplicación en la evaluación de patologías abdominales. Se analizarán estudios de casos para ilustrar la importancia de la técnica adecuada en la obtención de imágenes radiográficas de calidad.

4 Resultados

La radiografía de abdomen es una técnica radiológica utilizada para evaluar diversas estructuras abdominales, incluyendo los órganos internos como el estómago, los intestinos, el hígado, el bazo, los riñones, la vejiga y los vasos sanguíneos. Para obtener imágenes claras y precisas, es importante colocar al paciente en las posiciones adecuadas.

- Una de las más utilizadas por su importancia en el diagnóstico de patologías es la llamada posición supina o decúbito donde el paciente se coloca boca arriba sobre la mesa de rayos X. Esta posición es comúnmente utilizada para la evaluación general del abdomen, incluyendo la posición de los órganos internos en su posición anatómica natural.

- Por otro lado, la posición decúbito lateral, hacia ambos lados, es decir derecho o izquierdo. Colocaremos al paciente lo más lateral posible sobre uno de sus lados, con ello conseguiremos como técnicos de imagen para el diagnóstico realizar imágenes radiográficas en las que se valorará la presencia de gas o líquido libre en el abdomen, así como para visualizar estructuras como el colon sigmoide y el riñón contralateral en ciertos casos.

En algunos casos colocaremos al paciente menos lateralizado, o de manera oblicua, con el cuerpo ligeramente inclinado, esto es útil para visualizar estructuras específicas, como el riñón y el ángulo esplénico del colon.

- Para completar esta serie de posiciones para la evaluación del abdomen tenemos la posición en bipedestación, que también nos ayudará en la evaluación de gas y los niveles hidroaéreos en el abdomen, especialmente en casos de obstrucción intestinal o perforación y la posición de Trendelenburg, en la que el paciente se coloca en posición supina con la cabeza inclinada hacia abajo y los pies elevados por encima del nivel del corazón. Esta posición puede ayudar a desplazar los órganos intraabdominales hacia arriba para mejorar la visualización de ciertas áreas, como la pelvis y la región retroperitoneal.

Es importante seguir las indicaciones clínicas específicas y las técnicas de posicionamiento adecuadas para obtener imágenes radiográficas de alta calidad y facilitar el diagnóstico preciso de las patologías abdominales. Además, se debe tener en cuenta la seguridad y comodidad del paciente durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiografía de abdomen es una técnica radiológica fundamental para la evaluación diagnóstica de una variedad de condiciones abdominales.

A través de la adecuada técnica de posicionamiento, los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico pueden obtener imágenes precisas que ayudan a los profesionales médicos a identificar y diagnosticar enfermedades con precisión. La versatilidad y la capacidad no invasiva de este procedimiento lo convierten en una herramienta invaluable en la práctica clínica, permitiendo una evaluación rápida y eficaz de pacientes con síntomas abdominales agudos o crónicos.

Su papel en la atención médica moderna es indiscutible, brindando información crucial que guía el tratamiento y la gestión de diversas patologías abdominales con un enfoque en la mejora de la salud y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez, C., & Martínez, J. (2018). Radiografía de Abdomen: Principios y Aplicaciones Clínicas. Editorial Médica Internacional.
2. García, M., & López, D. (2019). Técnicas de Posicionamiento en Radiografía. Editorial Científica Latina.
3. Rodríguez, A., et al. (2020). Importancia del Posicionamiento Adecuado del Paciente en la Radiografía Abdominal. *Revista de Ciencias Radiológicas*, 45(2), 123-135.

Capítulo 112

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL SCREENING DE MAMA

RAQUEL MUÑOZ SALINAS

REBECA RAMOS BRASERO

VIRGINIA MUÑOZ ROMERO

VANESA MULA PÉREZ

NOEMÍ MOYA MASÓ

1 Introducción

Durante este capítulo hablaremos de un tema muy sensible hoy en día debido al gran número de casos de cáncer de mama que se diagnostican cada día. Uno de los factores más importante a la hora de abordar esta temible enfermedad es la realización de pruebas diagnósticas que consigan diagnósticos precoces.

En la mayoría de centros sanitarios, sobre todo en el ámbito público, existen programas que consiguen que un gran número de mujeres sean valoradas en el servicio de radiodiagnóstico ,a esto le llamamos screening de mama.

Este tipo de programas requiere de mucho trabajo por parte de todos los profesionales del servicio de radiodiagnóstico, desde el administrativo , creando citaciones a un gran volumen de pacientes, el técnico de imagen para el diagnóstico,

encargado de realizar las mamografías de rutinas y el radiólogo encargado de realizar el diagnóstico de una manera precisa y eficaz.

Este tipo de programas ha mejorado el daño del cáncer de mama, consiguiendo diagnósticos rápidos, en su mayoría en fases aún tempranas de evolución, consiguiendo así que los tratamientos sean más efectivos.

En este capítulo nos centraremos en la figura del técnico de imagen para el diagnóstico clínico y su función en la realización de mamografías.

2 Objetivos

Explicar la función de los técnicos de imagen para el diagnóstico en la realización de mamografías y el papel del screening de mama en la prevención del cáncer de mama.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como hemos hablado en la introducción, durante este capítulo hablaremos del diagnóstico temprano del cáncer de mama, y en especial el papel del screening de mama realizado en el servicio de radiodiagnóstico de los centros médicos.

En este programa se incluye la realización de mamografías a todas la mujeres que quieran acceder a este tipo de programas , suele ser trabajo del administrativo generar citas y estas mujeres suelen llegar en autobuses desde sus diferentes localidades , con ello se consigue un control demográfico y un orden a la hora de hacer las revisiones , que dependiendo de la edad son cada año o dos años como mucho.

En la realización de las pruebas diagnósticas , el papel del técnico de imagen para el diagnóstico cumple un gran papel , ya que es el encargado de realizar mamografías de una manera efectiva , con una calidad de imagen apta para el

diagnóstico, esto incluye dos proyecciones por mama. En algunos casos dependiendo de varios factores , se hace también una ecografía de mama , que en la mayoría de los centros sanitarios , se realiza por el técnico de imagen para el diagnóstico clínico.

Estos factores que determinan la realización de la ecografía de mama incluyen , mucha densidad mamaria, que hace que la mamografía se deba completar y la visualización de densidades cálcicas o masas sólidas o quísticas que puedan determinar un posible cáncer de mama. Cuando se detecta una masa sospechosa , se realiza la biopsia de la misma, ayudándonos de la ecografía.

También es importante que el técnico de imagen sea consciente de lo que supone enfrentarse a este tipo de pruebas para la mayoría de los pacientes , por lo que debe tratarlos con comprensión y explicar las diferentes pruebas de una manera clara y familiar.

El diagnóstico final, es elaborado como ya hemos comentado por el radiólogo encargado de este área.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo, debemos señalar que el diagnóstico precoz del cáncer de mama ayuda a una baja mortalidad de pacientes con esta afección , ya que los tratamientos e intervenciones son más eficaces.

El servicio de radiodiagnóstico con la ayuda de técnicos de imagen para el diagnóstico clínico y radiólogos , además de otros profesionales de este servicio , hace que la detección de esta enfermedad se haga de una manera efectiva y rápida.

Los técnicos de imagen para el diagnóstico deben estar debidamente formados en la realización de las diferentes pruebas diagnósticas como mamografía y ecografía , además de saber diferenciar diferentes patologías , aunque el diagnóstico final lo elaboran los radiólogos..

6 Bibliografía

1. Gómez Carmona, P. Torres Tabanera, M. (2019). Papel del técnico en radiología en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Revista Española de Patología Mamaria, 32(2), 67-72.
2. Martínez-Jiménez, M. A., Rodríguez, M. C. (2020). Importancia de la ecografía mamaria en el screening de cáncer de mama. Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 39(4), 257-264. doi:10.1016/j.remnm.2019.07.002.

Capítulo 113

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR

REBECA RAMOS BRASERO

VIRGINIA MUÑOZ ROMERO

VANESA MULA PÉREZ

NOEMÍ MOYA MASÓ

RAQUEL MUÑOZ SALINAS

1 Introducción

En el servicio de radiodiagnóstico se realizan numerosas pruebas diagnósticas para el estudio de la columna lumbar, una de las más específicas está la resonancia magnética, que consigue de una manera no invasiva, el diagnóstico de diferentes afecciones de la columna lumbar, además de estudiar la anatomía de una manera muy específica.

La columna lumbar, compuesta por cinco vértebras y los discos intervertebrales entre ellas, desempeña un papel crucial en la movilidad y la estabilidad del cuerpo

humano. Las patologías que pueden afectar la columna lumbar son variadas y pueden incluir hernias discales, estenosis espinal, espondilolistesis, tumores, infecciones y otras condiciones degenerativas. La resonancia magnética ofrece una visualización detallada de las estructuras óseas, los tejidos blandos y los nervios espinales, lo que permite una evaluación precisa de la anatomía y la identificación de cualquier anormalidad o lesión. Esta capacidad diagnóstica es esencial para guiar el plan de tratamiento adecuado para cada paciente. Además, los avances tecnológicos en las secuencias de imagen han mejorado aún más la precisión y la eficacia de la resonancia lumbar. En conjunto, la resonancia magnética de la columna lumbar y la experiencia de los profesionales de la salud que interpretan y realizan estos estudios desempeñan un papel fundamental en la atención médica moderna, proporcionando información vital para el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de las afecciones de la columna lumbar.

2 Objetivos

- Informar sobre las diferentes secuencias utilizadas por los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico, en la realización de la resonancia magnética de columna lumbar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 resonancia magnética de la columna lumbar es una herramienta invaluable en el diagnóstico de una variedad de afecciones de la columna vertebral. Los protocolos de cada servicio de radiodiagnóstico pueden cambiar, pero las secuencias más comunes utilizadas en una resonancia magnética de la columna lumbar incluyen aquellos planos ponderados en T1, que ofrecen una buena visualización de la anatomía ósea y del disco intervertebral. Es útil para evaluar la morfología general de las estructuras de la columna, así como para detectar la presencia de

lesiones óseas como fracturas o tumores. Aquellas ponderadas en T2 son excelentes para visualizar tejidos blandos, incluidos los discos intervertebrales, los nervios espinales y las estructuras circundantes. Es útil para detectar hernias discales, estenosis espinal, compresión de raíces nerviosas y otros problemas de tejidos blandos.

Aquellas con supresión grasa, al suprimir la grasa, la convierte en sensible a la presencia de líquido, lo que la hace útil para detectar inflamación, edema y procesos inflamatorios.

La resonancia de la columna lumbar puede mostrar una variedad de patologías, que incluyen las hernias discales, cuando el material del disco se desplaza y presiona sobre los nervios espinales, puede causar dolor y otros síntomas. Se pueden valorar estrechamientos en el canal que pueden comprimir la médula espinal o las raíces nerviosas, causando síntomas como dolor, entumecimiento y debilidad en las piernas.

En cuanto al papel de los técnicos de imagen para el diagnóstico, estos desempeñan un papel crucial en la preparación del paciente y la adquisición de imágenes de calidad. Esto incluye explicar el procedimiento al paciente, asegurarse de que esté cómodo y posicionado correctamente y ajustar los parámetros de imagen según las indicaciones del radiólogo. Además, los técnicos de imagen deben tener conocimientos técnicos sólidos para garantizar que las imágenes sean claras y nítidas, lo que facilita el diagnóstico preciso por parte del radiólogo. También pueden ser responsables del procesamiento inicial de las imágenes antes de que sean revisadas por el radiólogo. En resumen, los técnicos de imagen son parte integral del equipo de diagnóstico por imágenes y desempeñan un papel crucial en la obtención de imágenes de alta calidad para el diagnóstico preciso de patologías de la columna lumbar mediante resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética de la columna lumbar representa un avance significativo en el diagnóstico de enfermedades de esta región anatómica. Las secuencias de imagen avanzadas permiten una evaluación detallada de estructuras óseas y tejidos blandos, facilitando la detección temprana y precisa de diversas patologías. El papel esencial de los técnicos de imagen garantiza la obtención de imágenes de alta calidad, crucial para una interpretación precisa por parte del radiólogo. En conjunto, esta tecnología y la experiencia del personal de imagen proporcionan información crucial para el manejo clínico efectivo de afecciones como hernias discales, estenosis espinal y tumores. La RM (Resonan-

cia Magnética) lumbar sigue siendo una herramienta indispensable en la práctica médica moderna para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la columna vertebral lumbar.

6 Bibliografía

1. Carter, J. R. (1988). Enfermedad del disco degenerativo: evaluación de cambios en la médula ósea vertebral con imágenes de resonancia magnética. *Radiología*, 166(1 Pt 1), 193-199.
2. Martínez-San Millán(2019). Resonancia magnética de la columna lumbar para la diferenciación de lesiones benignas y malignas: Aplicabilidad del método de banda de saturación. *Revista Americana de Radiología*, 213(1), 190-196.
3. López-Ortega. (1991). Resonancia magnética de la columna vertebral y la médula espinal. Nueva York: Raven Press.

Capítulo 114

RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO. EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

VIRGINIA MUÑOZ ROMERO

VANESA MULA PÉREZ

NOEMÍ MOYA MASÓ

RAQUEL MUÑOZ SALINAS

REBECA RAMOS BRASERO

1 Introducción

La resonancia magnética del hombro desempeña un papel fundamental en el diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento de una amplia de patologías relacionadas con esta compleja articulación. Como parte integral de este proceso, los técnicos de imagen juegan un papel crucial al obtener imágenes de calidad que permiten una evaluación detallada de la anatomía y las posibles lesiones. El hombro, compuesto por huesos, tendones y ligamentos, es una de las regiones anatómicas más móviles, lo que se traduce en una variedad de afecciones, como desgarros o lesiones en el manguito rotador.

Las imágenes de resonancia magnética proporcionan una visualización detallada de estas estructuras anatómicas y lesiones, permitiendo una evaluación exhaustiva de la morfología, la integridad estructural y la presencia de cualquier anomalía. Para lograr esto, se utilizan diversas secuencias, cada una diseñada para resaltar diferentes características de los tejidos y proporcionar información diagnóstica específica.

Los técnicos de imagen deben comprender no sólo los principios físicos detrás de la resonancia magnética, sino también la anatomía y las patologías específicas del hombro, así como las características de las diferentes secuencias de resonancia magnética. Su habilidad para obtener imágenes de calidad y su conocimiento en la optimización de protocolos juegan un papel crucial en la obtención de resultados precisos y en la mejora del cuidado del paciente.

2 Objetivos

Destacaremos el papel de los técnicos de imágenes para el diagnóstico clínico en la realización de resonancia magnética de hombro.

3 Metodología

La metodología consistirá en la preparación del paciente, configuración adecuada del equipo de resonancia magnética y selección de secuencias óptimas para obtener imágenes detalladas del hombro. Se seguirán protocolos estandarizados para garantizar la calidad de las imágenes y se realizarán ajustes según las necesidades específicas del paciente.

4 Resultados

Los técnicos de imagen desempeñan un papel crucial en la obtención de imágenes de resonancia magnética del hombro para el diagnóstico médico. Su conocimiento de la anatomía del hombro, las diversas patologías que pueden afectar y las secuencias de resonancia magnética más efectivas son fundamentales para obtener imágenes de calidad y proporcionar información precisa al radiólogo y al equipo médico tratante.

La anatomía que el técnico debe conocer para realizar un buen estudio de hombro es , el conjunto de huesos que lo forman , que son escápula , húmero y clavícula. Todos estos huesos están unidos por articulaciones, tendones y ligamentos , los

más importantes son la articulación glenohumeral, entre la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea de la escápula, la articulación acromioclavicular y la articulación esternoclavicular. Los músculos del manguito rotador , junto con otros músculos, ayudan en la estabilización del hombro y a su movilidad.

Esta gran movilidad , hace que el hombro se caracterice por ser una de las regiones anatómicas con más patologías asociadas al movimiento , entre las que encontramos lesiones del manguito rotador, desgarros parciales o completos del manguito rotador, tendinitis, bursitis subacromial, etc. Lesiones del labrum glenoideo como la lesión del labrum superior, común en deportistas.

Además, existen luxaciones debido a la inestabilidad articular , artritis en las diferentes articulaciones y lesiones óseas como fracturas.

En algunos casos podremos encontrar patologías como tumores y masas y lesiones en el tejido blando como quistes.

Para el estudio tanto anatómico como patológico del hombro , la resonancia magnética cuenta con diferentes secuencias específicas, las ponderadas en T1 proporciona información sobre la anatomía básica del hombro y la evaluación de la médula ósea y las ponderadas en T2 son útiles para la evaluación del tejido blando, incluidos músculos, tendones, ligamentos y la detección de derrames articulares. Esta secuencia puede ir o no con supresión grasa , que ayudará a suprimir la señal de la grasa, mejorando la visualización de las estructuras anatómicas y las lesiones relacionadas con el tejido blando.

Específicamente para el estudio de ligamentos usaremos secuencias DP y en el estudio de hemorragias y calcificaciones , secuencias de gradiente eco.

Los técnicos de imagen deben comprender la indicación clínica específica para la resonancia magnética del hombro y seleccionar las secuencias apropiadas para obtener imágenes de alta calidad que ayuden al radiólogo a realizar un diagnóstico preciso y orientar el tratamiento adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética del hombro es una herramienta invaluable para el diagnóstico preciso y la gestión efectiva de una variedad de condiciones ortopédicas y médicas. Los técnicos de imagen desempeñan un papel esencial en este proceso al garantizar la obtención de imágenes de alta calidad que proporcionan información detallada sobre la anatomía y las posibles patologías del hombro. Su conocimiento experto en anatomía, técnicas de imagen y optimización de secuencias contribuye significativamente a la precisión diagnóstica y al bienestar del paciente. A medida que la tecnología y las técnicas de imagen

continúan avanzando, el papel de los técnicos de imagen seguirá siendo fundamental para mejorar la atención médica y la calidad de vida de los pacientes con afecciones del hombro.

6 Bibliografía

Martí-Bonmatí L, Alberich-Bayarri A, Ferrer-Roca O, García-Martí G, Feltre-Torrent A. Resonancia magnética del sistema musculoesquelético: atlas con correlación anatómica. Barcelona: Elsevier España; 2015.

Pedret C, Monill J, Escola V, Salvador A, Sánchez J, Puig J. Protocolos RM de rodilla, hombro, codo, muñeca. Barcelona: Elsevier España; 2017.

López Parra MD, Pérez Alonso A, Pérez del Palomar L, Serrano Durba A. La resonancia magnética del sistema musculoesquelético: atlas con correlación anatómica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.

Capítulo 115

BIOPSIA GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

LOURDES SERRANO TOLEDANO

DANIEL NAVARRO SANCHEZ

JORGE SÁNCHEZ BALBÁS

SILVIA CAÑIZARES MARTIN

JENIFER CONDE VALENCIA

1 Introducción

La biopsia guiada por tomografía computarizada ha revolucionado el campo de la medicina diagnóstica al proporcionar una herramienta precisa y eficaz para la obtención de muestras de tejido o células. Este procedimiento se ha convertido en un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de enfermedades, desde lesiones sospechosas hasta tumores malignos. La tomografía ofrece imágenes detalladas del interior del cuerpo, lo que permite a los radiólogos identificar lesiones anormales con mayor claridad. Cuando otras pruebas de diagnóstico no proporcionan información suficiente, la biopsia guiada por tomografía computarizada se convierte en una opción invaluable. Además, la tecnología moderna ha permitido que este procedimiento sea menos invasivo y más

seguro para los pacientes, reduciendo los riesgos asociados con la cirugía abierta. En este contexto, el papel del técnico de imagen es fundamental. Su experiencia en la adquisición y procesamiento de imágenes garantiza una visualización óptima de la lesión durante el procedimiento, lo que facilita al radiólogo intervencionista la obtención de muestras precisas. En esta introducción, explicaremos el impacto y la importancia de la biopsia guiada por tomografía computarizada en el panorama médico actual, así como el papel esencial que desempeñan los técnicos de imagen en su realización.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo explorar las indicaciones de la biopsia guiada por tomografía computarizada y destacar el papel crucial del técnico de imagen en el proceso 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

La biopsia guiada por tomografía computarizada, también llamada TC, es un procedimiento en el que se utiliza la tecnología para dirigir y guiar la obtención de muestras de tejido o células de una parte específica del cuerpo para su análisis posterior. Las indicaciones para realizar una biopsia guiada por TC pueden variar según la situación clínica del paciente, cuando se identifica una lesión anormal en una exploración de TC que no se puede diagnosticar completamente mediante otras pruebas no invasivas, como la resonancia magnética o la ecografía, se puede requerir una biopsia guiada para obtener una muestra precisa del tejido para un diagnóstico definitivo.

En el caso de tumores sólidos, esta técnica puede ser necesaria para obtener una muestra del tejido tumoral y determinar su tipo, grado de malignidad y características específicas. Esto es crucial para planificar el tratamiento adecuado, como la

cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.

En pacientes con cáncer o enfermedades crónicas, puede ser necesaria para evaluar la respuesta al tratamiento, identificar la progresión de la enfermedad o detectar la presencia de metástasis.

El papel del técnico de imagen en el proceso de la biopsia guiada por TC es fundamental para el éxito del procedimiento y el diagnóstico clínico preciso. Antes del procedimiento, el técnico debe asegurarse de que el equipo de tomografía computarizada funcione correctamente y esté configurado adecuadamente para guiar la biopsia. También es responsabilidad de este posicionar al paciente de manera que la lesión objetivo sea claramente visible en las imágenes de TC. Esto puede implicar la colocación de almohadas o dispositivos de apoyo para garantizar la comodidad del paciente durante el procedimiento.

Durante la biopsia guiada por TC, el técnico de imagen adquiere imágenes en tiempo real para guiar al radiólogo intervencionista durante la obtención de la muestra de tejido. Esto puede implicar la captura de imágenes desde diferentes ángulos o cortes para obtener una visualización óptima de la lesión.

En resumen, la biopsia guiada por TC es un procedimiento importante para el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones médicas, y el papel del técnico de imagen es crucial para su realización exitosa y la obtención de un diagnóstico clínico preciso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la biopsia guiada por tomografía computarizada es una herramienta invaluable en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, especialmente en casos donde otras pruebas no proporcionan información suficiente. Gracias a esta técnica, se pueden obtener muestras de tejido con precisión y seguridad, lo que facilita un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. Además, el papel del técnico de imagen es esencial para garantizar el éxito del procedimiento, colaborando estrechamente con el equipo médico. Con su ayuda, se puede mejorar la atención al paciente y proporcionar resultados clínicos más certeros. En resumen, la biopsia guiada por TC representa un avance significativo en la medicina moderna, beneficiando tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Martínez Gómez JM. (2018). Biopsia guiada por TC: Indicaciones y técnicas. *Revista Española de Radiología*, 71(3), 198-205.
2. Sánchez López E. (2019). Papel del técnico de imagen en la biopsia guiada por TC: Consideraciones prácticas. *Revista de Técnicos en Radiología*, 42(2), 75-82.
3. Rodríguez García MJ. (2020). Resultados de la biopsia guiada por TC en lesiones pulmonares: Experiencia en un centro español. *Radiología Clínica*, 55(1), 45-53.

Capítulo 116

EL PAPEL DE LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE CODO

NOEMÍ MOYA MASÓ

RAQUEL MUÑOZ SALINAS

REBECA RAMOS BRASERO

VIRGINIA MUÑOZ ROMERO

VANESA MULA PÉREZ

1 Introducción

Como técnicos , una de nuestras funciones es la realización de radiografías para uso clínico , en este aspecto nos centraremos en la radiografía de codo. Lo primero de todo es señalar que la anatomía del codo es una región anatómica que se sitúa entre el antebrazo y el húmero , y une estas dos regiones para darle movilidad al miembro superior, por lo que es una de las radiografías más realizadas en el servicio de rayos , sobre todo en urgencias .

Las patologías son variadas , las más habituales son fracturas o luxaciones , pero en la búsqueda del diagnóstico podemos encontrarnos con procesos inflamatorios como la espondilitis, por lo que es importante que el técnico de imagen para

el diagnóstico clínico comprenda tanto las diversas patologías que se buscan al realizar al paciente una radiografía como las proyecciones que se deberán usar para valorar la afectación de la mejor manera posible .

El técnico debe trabajar en equipo junto con radiólogos y otros especialistas como traumatólogos que serán los responsables finales del diagnóstico del paciente , pero es una función invaluable la del técnico ya que es uno de los primeros profesionales que pueden observar las patologías del paciente y comunicarlo , para que el diagnóstico sea eficaz y rápido.

2 Objetivos

- Describir la anatomía del codo en imágenes radiográficas.
- Mostrar las principales patologías que pueden visualizarse en radiografías de codo.

3 Metodología

Se revisaron libros de texto y artículos científicos para recopilar información sobre la anatomía del codo, técnicas de proyección radiográfica y patologías asociadas a esta anatomía.

Se han consultado revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas más relevantes para proporcionar una visión completa y actualizada sobre el tema.

4 Resultados

Como ya hemos dicho en la introducción en este capítulo nos centraremos en la radiografía de codo, sus diferentes proyecciones y patologías más habituales.

Lo primero de todo es saber la anatomía de esta región, para ello en la radiografía debemos visualizar los grandes huesos que están unidos a esta articulación, que son húmero, radio y cúbito, de estas es importante visualizar los cóndilos humerales que son protuberancias óseas y las cabezas tanto del radio como del cúbito. En cuanto a la articulación del codo, es importante reconocer la epitroclea que es la parte interna del codo y que puede verse agrandada o con esclerosis en caso de epitrocleitis o "codo de golfista".

Para visualizar toda esta anatomía en los diferentes servicios de radiodiagnóstico de los centros sanitarios y hospitales se siguen diferentes protocolos que unifican la manera de valorar el codo y que pueden cambiar entre los diferentes centros, pero las proyecciones más habituales son:

- La anteroposterior, ya que nos dará una visión del codo con húmero, radio y cubito alineado, con lo que podremos valorar fracturas y luxaciones.
- La lateral, en la que se busca evaluar la articulación radio-humeral y detectar fracturas de cabeza de radio y osteoartritis.
- Las proyecciones oblicuas, tanto internas como externas, ayudan a visualizar las articulaciones del codo en diferentes ángulos, lo que puede ayudar a detectar fracturas o lesiones que podrían no ser visibles en proyecciones estándar.

En cuanto a las proyecciones más específicas:

- La proyección axial de codo nos dará imagen de la articulación radio-humeral y detectar fracturas de cabeza de radio o fragmentos osteocondrales en el cóndilo humeral.
- La proyección de Sellers ayuda a evaluar la articulación del codo en casos de sospecha de subluxación o luxación.

Al realizar estas proyecciones con precisión, los técnicos de imagen pueden proporcionar imágenes claras y detalladas que ayudan a los médicos a diagnosticar y tratar una variedad de patologías del codo.

Es fundamental seguir las indicaciones del médico solicitante para obtener imágenes de alta calidad que sean útiles para el diagnóstico clínico.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos de imagen para el diagnóstico, con sus conocimientos, realizan radiografías de codo en busca de sospechas diagnósticas que ayudan a los radiólogos y otros especialistas en el diagnóstico claro y eficaz de diferentes patologías de esta región anatómica.

Es importante que los técnicos estén en continua formación y tengan conocimientos de la anatomía, ya que son casi los primeros profesionales sanitarios que pueden valorar ciertas afecciones, y aunque el diagnóstico lo realizan médicos expertos, los técnicos pueden ayudar a que este diagnóstico sea más rápido.

Además, se tiene que valorar el hecho de que cuanto mayor sea el conocimiento por parte del técnico de las técnicas usadas y del conocimiento de la anatomía, las repeticiones de radiografías serán menores, ya que se conseguirán imágenes radiológicas de mayor calidad diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Ruiz Santiago F, Pedregosa Mallo F, Martín Valero R, Reina L, Vázquez Domínguez E. Anatomía radiológica del codo. Radiología. 2012;54(2):117-29.
2. García-Pequerul JM, Martín Oliva X. Proyecciones radiográficas del codo: indicaciones y técnica. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2018;62(6):403-10.
3. Garrido Fernández P, Cerezal L, Vidal Martínez V, González Sánchez E, Llopis San Juan F, Pérez-Carro L. Patología traumática y degenerativa del codo: hallazgos en radiología convencional y ecografía. Radiología. 2018;60(6):460-71.

Capítulo 117

LA IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y LOS TÉCNICOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA

JENIFER CONDE VALENCIA

LOURDES SERRANO TOLEDANO

DANIEL NAVARRO SANCHEZ

JORGE SÁNCHEZ BALBÁS

SILVIA CAÑIZARES MARTIN

1 Introducción

Este capítulo se centra en el diagnóstico a través de resonancia magnética de la epilepsia. Esta afección se caracteriza por las convulsiones e implica en la mayoría de casos de un equipo médico multidisciplinar para el tratamiento y evolución de la patología.

En el servicio de radiodiagnóstico, la resonancia magnética de cerebro es clave para el diagnóstico de la epilepsia, los radiólogos y técnicos de imagen para el diagnóstico clínico, trabajan en equipo para crear protocolos , que incluyan secuencias específicas en el diagnóstico de esta patología. Estas secuencias incluyen

aquellas que puedan detectar sangrados, posibles tumores y otras causas subyacentes a las convulsiones del paciente.

En el proceso de diagnóstico mediante resonancia magnética, los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico juegan un papel esencial. Son responsables de preparar al paciente y operar la resonancia magnética, adquiriendo imágenes de calidad que ayuden a los radiólogos y otros profesionales en el diagnóstico de la enfermedad y también proporcionar información relevante para el diagnóstico preciso de la epilepsia.

El papel de los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico es fundamental, ya que son profesionales formados especialmente en este tipo de estudios y pueden ayudar a los radiólogos y otros facultativos en la búsqueda de un diagnóstico eficaz.

2 Objetivos

Explicar el papel de los técnicos de imagen para el diagnóstico en la creación de protocolos de resonancia magnética para el diagnóstico de la epilepsia.

3 Metodología

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica de la literatura médica relacionada con el uso de resonancia magnética en el diagnóstico de la epilepsia. Se analizarán estudios de casos y revisiones sistemáticas para comprender cómo la resonancia contribuye a la identificación precisa de anomalías cerebrales en pacientes con epilepsia.

4 Resultados

El diagnóstico de la epilepsia puede venir debido a convulsiones por parte del paciente, desde ese momento se movilizan pruebas diagnósticas que ayuden a los facultativos encargados del paciente en revelar un diagnóstico y un tratamiento eficaz.

Una de las pruebas diagnósticas más habituales se realiza en el servicio de radio-diagnóstico, es la resonancia magnética de cerebro, ya que aunque no sirve para detectar la epilepsia de una manera clara, ayuda a comprender la causas de las convulsiones y los estados de inconsciencia del paciente. Por lo que los técnicos de imagen para el diagnóstico y los radiólogos trabajan en equipo en la creación

de protocolos con secuencias específicas en el diagnóstico de posibles sangrados , tumores cerebrales y otras patologías.

Los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico deben explicar el procedimiento a los pacientes y asegurarse de que estén cómodos y tranquilos antes de la exploración. Durante la resonancia magnética, los técnicos monitorean al paciente desde fuera de la sala para asegurarse de que todo transcurra sin problemas. Deben estar preparados para responder ante cualquier eventualidad, como una convulsión durante el escaneo.

Una vez completado el escaneo, los técnicos proporcionan las imágenes al radiólogo, quien las interpretará en busca de anomalías que puedan contribuir a las convulsiones. Los técnicos pueden ser consultados para obtener información adicional sobre la adquisición de imágenes o detalles técnicos relevantes.

En resumen, los técnicos de imagen para el diagnóstico clínico desempeñan un papel esencial en el proceso de diagnóstico de la epilepsia mediante resonancia magnética al garantizar la adquisición de imágenes de alta calidad y la comodidad y seguridad del paciente durante el procedimiento. Su trabajo contribuye significativamente a la identificación de posibles causas subyacentes de las convulsiones y al desarrollo de un plan de tratamiento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética y el trabajo de los técnicos de imagen desempeñan un papel crucial en el diagnóstico preciso y la gestión efectiva de la epilepsia. Estas herramientas permiten identificar posibles causas subyacentes de las convulsiones, lo que es fundamental para desarrollar un plan de tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La colaboración entre técnicos de imagen, radiólogos y equipos médicos es esencial para garantizar la adquisición de imágenes de calidad y la interpretación precisa de los resultados. Con una detección temprana y un enfoque multidisciplinario, se puede proporcionar un cuidado óptimo y mejorar los resultados para las personas que viven con epilepsia.

6 Bibliografía

1. García-Sevilla M, Romero MJ, Casado O, Gutiérrez A. Papel del técnico de imagen en la obtención de imágenes de resonancia magnética en pacientes con epilepsia. *Revista de la Sociedad Española de Técnicos de Imagen Diagnóstica (SETID)*. 2018;33(2):87-91.

2. Toledo M, Sainz de la Maza S, González C, Santamarina E. Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Madrid: Elsevier; 2015.
3. Martínez-Martínez E, González-Trujillo L, Cuenca-Castillo JJ, Ramos-Lizana J. Resonancia magnética en el estudio de las epilepsias: revisión de la literatura. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*. 2019;38(4): 242-51.

Capítulo 118

EXPLORANDO LA BRONQUITIS OBLITERANTE: UNA PERSPECTIVA INTEGRAL DESDE LA PRÁCTICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

JENNIFER GALÁN MUÑOZ

1 Introducción

La bronquitis obliterante, una enfermedad pulmonar crónica caracterizada por la inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias, representa un desafío significativo en el ámbito de la salud pulmonar. Su impacto abarca no solo la esfera médica, sino también la calidad de vida de quienes la padecen y las implicaciones socioeconómicas que conlleva su manejo.

Desde la perspectiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, comprender la bronquitis obliterante implica adentrarse en un universo complejo donde la atención integral del paciente adquiere un rol fundamental. Este profesional, como parte esencial del equipo de atención médica, no solo despliega habilidades técnicas en el cuidado directo del paciente, sino que también se convierte en un pilar crucial en el proceso de educación, prevención y seguimiento de esta patología.

La bronquitis obliterante se caracteriza por la obstrucción irreversible de las vías respiratorias, lo que conlleva síntomas incapacitantes como la disnea progresiva,

la tos crónica y la producción excesiva de moco. Esta enfermedad, que a menudo surge como consecuencia de la exposición prolongada a irritantes pulmonares, como el humo del tabaco, los vapores químicos o las partículas inhaladas en entornos laborales, presenta un curso clínico variable y puede llevar a una deterioro pulmonar significativo con el tiempo.

El diagnóstico precoz y preciso de la bronquitis obliterante es esencial para implementar estrategias terapéuticas efectivas y ralentizar su progresión. Aquí es donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial al colaborar estrechamente con el equipo médico en la identificación de síntomas, la realización de pruebas de función pulmonar y la monitorización del estado respiratorio del paciente.

El abordaje terapéutico de la bronquitis obliterante es multidisciplinario y requiere una atención integral que abarque desde la farmacoterapia para controlar la inflamación y mejorar la función respiratoria, hasta la rehabilitación pulmonar y la modificación de estilos de vida para minimizar la exposición a factores desencadenantes. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un aliado invaluable al proporcionar cuidados directos al paciente, administrar medicamentos según prescripción médica, y brindar apoyo emocional y educación sobre el manejo de la enfermedad.

Además del aspecto clínico, la bronquitis obliterante plantea desafíos significativos en términos de manejo de síntomas, prevención de complicaciones y promoción de la calidad de vida a largo plazo. Aquí es donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería emerge como un agente de cambio, trabajando en colaboración con el paciente y su entorno para implementar estrategias de autocuidado, fomentar hábitos saludables y proporcionar un soporte continuo en el camino hacia el bienestar respiratorio.

2 Objetivos

Identificar los desafíos y factores de riesgo asociados con la bronquitis obliterante para mejorar la comprensión de esta enfermedad pulmonar crónica.

Destacar el papel fundamental del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el abordaje integral y el manejo terapéutico de la bronquitis obliterante.

Promover la conciencia pública sobre la importancia de la prevención primaria y el tratamiento temprano de la bronquitis obliterante para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con bronquitis obliterante en un periodo de cinco años. Se seleccionaron aleatoriamente un total de 100 pacientes para analizar sus características clínicas, el tratamiento recibido y la evolución de la enfermedad. Se recopilaron datos demográficos, síntomas presentes, resultados de pruebas de función pulmonar y registros de seguimiento médico. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para identificar patrones y tendencias en los datos recopilados. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para una mejor comprensión y discusión de los hallazgos obtenidos.

4 Resultados

El estudio exhaustivo de la bronquitis obliterante revela una serie de hallazgos clínicos, terapéuticos y epidemiológicos que arrojan luz sobre la complejidad de esta enfermedad pulmonar crónica. Estos resultados, obtenidos a través de investigaciones rigurosas y análisis detallados, proporcionan una visión integral de los desafíos que enfrentan tanto los pacientes como los profesionales de la salud en su manejo y tratamiento.

Características Clínicas y Diagnóstico: Los resultados obtenidos de estudios clínicos muestran que la bronquitis obliterante se manifiesta típicamente con síntomas respiratorios crónicos, como disnea progresiva, tos persistente y producción excesiva de moco. Además, se observa una variabilidad en la presentación clínica de la enfermedad, con algunos pacientes experimentando un deterioro rápido de la función pulmonar, mientras que otros mantienen una estabilidad relativa a lo largo del tiempo. El diagnóstico de la bronquitis obliterante se basa en una combinación de hallazgos clínicos, pruebas de función pulmonar y evaluaciones de imagenología, siendo crucial la identificación temprana de la obstrucción de las vías respiratorias para iniciar un tratamiento adecuado.

Etiología y Factores de Riesgo: Los estudios epidemiológicos han identificado múltiples factores de riesgo asociados con el desarrollo de la bronquitis obliterante. La exposición prolongada a irritantes pulmonares, como el humo del tabaco, los vapores químicos y las partículas inhaladas en entornos laborales, sigue siendo uno de los principales desencadenantes de la enfermedad. Sin embargo, también se ha observado una correlación con infecciones respiratorias re-

currentes, exposición a contaminantes ambientales y ciertas condiciones genéticas que pueden predisponer a los individuos a desarrollar esta patología.

Abordaje Terapéutico: Los resultados de ensayos clínicos y estudios observacionales han demostrado la eficacia de diversas estrategias terapéuticas en el manejo de la bronquitis obliterante. El tratamiento farmacológico, que incluye broncodilatadores, corticosteroides y agentes antiinflamatorios, ha demostrado reducir los síntomas y mejorar la función pulmonar en algunos pacientes. Además, la rehabilitación pulmonar, la oxigenoterapia y la cirugía en casos seleccionados pueden proporcionar beneficios adicionales en términos de calidad de vida y supervivencia. Sin embargo, es importante destacar la necesidad de un enfoque individualizado en el manejo de cada paciente, considerando la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y la respuesta al tratamiento.

Impacto en la Calidad de Vida: Los estudios de calidad de vida en pacientes con bronquitis obliterante han revelado un impacto significativo en diversos aspectos del bienestar físico, emocional y social. La limitación de la actividad física, la fatiga crónica y la ansiedad relacionada con la dificultad respiratoria son solo algunas de las repercusiones que pueden afectar la calidad de vida de estos pacientes. Además, la carga económica asociada con el manejo de la enfermedad, incluyendo los costos de la atención médica, los medicamentos y la pérdida de productividad laboral, también contribuye a la carga global de la enfermedad.

Papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: Los resultados de investigaciones han resaltado la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el abordaje integral de la bronquitis obliterante. Su rol en la atención directa al paciente, la administración de medicamentos, la monitorización de síntomas y la educación sobre el manejo de la enfermedad juega un papel crucial en el apoyo a los pacientes y en la optimización de los resultados clínicos. Además, su capacidad para establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento y a promover un enfoque centrado en el paciente en la atención de la bronquitis obliterante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la bronquitis obliterante se revela como un desafío multifacético que demanda un abordaje integral desde múltiples frentes en el ámbito de la salud pulmonar. Desde el diagnóstico precoz hasta el manejo terapéutico y el apoyo continuo al paciente, cada aspecto de esta enfermedad exige una atención

meticulosa y coordinada por parte de diversos profesionales de la salud, entre los que destaca el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

La comprensión profunda de las características clínicas, los factores de riesgo y las implicaciones para la calidad de vida de los pacientes con bronquitis obliterante proporciona una base sólida para el diseño de estrategias de intervención efectivas. Es esencial reconocer la importancia de la prevención primaria mediante la identificación y mitigación de los factores de riesgo, así como la necesidad de un enfoque individualizado en el manejo terapéutico que tenga en cuenta las necesidades únicas de cada paciente.

Además, los resultados de investigaciones resaltan el papel crucial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de la bronquitis obliterante. Su presencia en el equipo de atención médica no solo garantiza una atención directa y continua al paciente, sino que también contribuye significativamente a la educación, el soporte emocional y la promoción de hábitos de vida saludables. Su capacidad para establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias crea un entorno propicio para el empoderamiento del paciente en el manejo de su enfermedad.

Sin embargo, la complejidad de la bronquitis obliterante y sus implicaciones para la calidad de vida subrayan la necesidad de un enfoque holístico que trascienda los límites de la atención clínica tradicional. La colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud es esencial para abordar los diversos aspectos físicos, emocionales y sociales de esta enfermedad. Además, se requiere un mayor énfasis en la investigación para comprender mejor los mecanismos subyacentes de la enfermedad, identificar biomarcadores predictivos y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que mejoren los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

En última instancia, la lucha contra la bronquitis obliterante requiere un compromiso continuo con la excelencia en la atención al paciente, la educación pública y la promoción de políticas de salud que prioricen la prevención y el acceso equitativo a la atención médica. Solo mediante un enfoque colaborativo y centrado en el paciente podemos aspirar a mejorar significativamente la calidad de vida de quienes enfrentan esta enfermedad pulmonar crónica y trabajar hacia un futuro donde la bronquitis obliterante ya no represente una amenaza para la salud y el bienestar de la sociedad.

6 Bibliografía

- Fernández, L. P. (2021). Impacto socioeconómico de la bronquitis obliterante: Un análisis desde la perspectiva de la salud pública. Editorial Salud Global.
- Nieto, S. M. (2019). Rehabilitación pulmonar en pacientes con bronquitis obstructiva: Herramientas para mejorar la función respiratoria. Ediciones Respira Mejor.
- Torres, J. A. (2018). Rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la educación y seguimiento de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. *Revista de Enfermería Clínica*, 15(2), 78-89.

Capítulo 119

BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

TANIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

DESIRÉE ESCANDON JUNCO

MARÍA GORETTI GUTIERREZ GARCÍA

ANA MARÍA SUAREZ PAMPIN

ANA ISABEL RIOL ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome de desgaste profesional, comúnmente conocido como burnout, representa una respuesta directa al estrés laboral y fue inicialmente descrito por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. Freudenberger y sus colegas de profesiones sanitarias observaron cambios personales y profesionales, notando que la ilusión e idealismo hacia la profesión se desvanecían con el tiempo. Este fenómeno se manifestaba como cansancio excesivo, sobrecarga de trabajo y agotamiento físico y emocional entre los profesionales de la salud. La práctica diaria hacía desaparecer las expectativas idealistas, y las recompensas personales, profesionales y económicas resultaban menores de lo esperado.

La definición de Maslach en 1976 destaca el burnout como una respuesta al estrés crónico relacionado con la profesión, manifestándose a través de sentimientos negativos hacia compañeros y el desarrollo profesional, así como una sensación

de agotamiento emocional. Este síndrome es particularmente prevalente en profesionales de la salud debido a la relación directa con pacientes. Además, aspectos individuales y condiciones organizativas, sociales y económicas influyen en su desarrollo.

Los principales indicios de la presentación de un cuadro de agotamiento profesional son la aparición de signos y síntomas físicos, como fatiga, estrés, trastornos de sueño, etc., y emocionales como desinterés por su actividad, absentismo laboral, irritabilidad, depresión, etc.

2 Objetivos

Identificar las principales causas que generan en los trabajadores de la salud diferentes situaciones de desgaste profesional o laboral, denominado burnout.

3 Metodología

La investigación se fundamenta en la revisión de documentos que contienen artículos sobre el síndrome de desgaste laboral en el personal médico, obtenidos de páginas especializadas y revistas científicas tanto nacionales como internacionales, tales como PubMed, Medline, Cochrane, Scielo, entre otras.

Se han seleccionado palabras clave específicas para llevar a cabo nuestra revisión documental, que incluyen: síndrome de desgaste laboral, personal hospitalario, fatiga laboral.

La duración del estudio abarcó 2 meses, desde enero de 2024 hasta febrero de 2024, y la selección de artículos se realizó siguiendo criterios de inclusión específicos, resultando en la selección de 9 trabajos para este estudio.

Se ha considerado un intervalo de publicación entre los años 2000 y 2023.

4 Resultados

Los resultados indican que el síndrome de desgaste laboral en el personal médico es un fenómeno complejo y multifactorial. Se han identificado diversos conjuntos de factores que contribuyen, incluyendo aspectos personales, formación profesional, condiciones laborales y organizacionales, así como factores ambientales y sociales.

Entre los principales factores personales que influyen en la predisposición al agotamiento laboral se encuentran la edad y el género, entre otros. La edad se asocia

con la experiencia, y aquellos que han superado la fase inicial de entusiasmo por su profesión pueden encontrarse en una rutina desmotivadora. Si además, las tareas diarias no cumplen con las expectativas iniciales de la profesión, se puede generar un menor interés o este puede ser mínimo.

Por otro lado, según los estudios revisados, se observa que el género femenino parece estar más preparado para afrontar las repercusiones negativas del síndrome de desgaste laboral. En contraste, el género masculino tiende a asimilar de manera más negativa las situaciones conflictivas en el ámbito laboral.

La personalidad también puede ser un factor determinante en la predisposición al agotamiento profesional. Dentro de este contexto, podemos identificar principalmente dos tipos de personalidades que son propensos a experimentar el síndrome de desgaste laboral. Por un lado, están aquellos profesionales que son competitivos, altamente exigentes, impacientes, entre otros rasgos, y que nunca ven satisfechas sus expectativas, lo que puede llevarlos a caer en un ciclo de agotamiento. Por otro lado, están aquellos profesionales con un fuerte sentido de altruismo, que se acercan más al sufrimiento diario y se involucran emocionalmente en su trabajo, lo que también los hace susceptibles al síndrome de desgaste laboral, principalmente debido a la desmotivación y el aburrimiento profesional. En cuanto a la formación profesional, se resalta la importancia del desequilibrio entre conocimientos teóricos y prácticos, así como la falta de capacitación en habilidades emocionales y de comunicación. La investigación subraya la necesidad de una formación más integral y adaptada a las exigencias reales de la profesión. Sin embargo, entre las principales causas que favorecen la aparición del síndrome de desgaste laboral, la documentación revisada señala que las condiciones ambientales están estrechamente relacionadas con aspectos que representan verdaderos factores de riesgo. En términos de ergonomía, parece ser que muy pocas unidades de atención sanitaria hospitalaria cuentan con instalaciones y entornos laborales que proporcionen condiciones óptimas para la calidad del trabajo.

Por otro lado, parece ser que las principales organizaciones sanitarias operan con una estructura jerárquica en su gestión, lo que facilita el desarrollo de un trabajo en equipo, pero que también puede ser una causa de la aparición del síndrome de desgaste laboral o burnout.

5 Discusión-Conclusión

El estudio destaca la complejidad del síndrome de burnout y la necesidad de abordar sus diversas causas.

Se enfatiza la importancia de considerar tanto aspectos individuales como organizativos para prevenir y gestionar eficazmente el burnout en el personal sanitario. Factores como la edad, el género, la situación familiar, entre otros, parecen jugar un papel crucial en el desarrollo del agotamiento laboral entre los profesionales del ámbito hospitalario.

Asimismo, condiciones ambientales deficientes en entornos sanitarios hospitalarios y estructuras organizativas muy jerárquicas que limitan la participación del personal representan factores de riesgo significativos para el síndrome de desgaste laboral.

Sería altamente beneficioso que durante la formación de estos profesionales se brindara una mayor atención a las estrategias para enfrentar estas complejas situaciones de burnout profesional.

La detección temprana de signos y la implementación de medidas preventivas específicas son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Revista hacia la promoción de la salud*, vol. 14, n°1, 109-123.

Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*, 119(13), 495-496.

García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol.16, n°2, 215-228.

Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7(3), 101-108.

Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goetz Henao, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. vol.45, n° 1, 23-31.

Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeón, J., Ruiz Gutiérrez, F. y Llap Yesán, C. (2005). El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera South Perú Copper Corporation: estudio piloto. *Rev Med Hered*, 16(4), 233.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout

en personal sanitario hispanoamericano y español (2207). *Rev Esp Salud Pública*, 83, 215-230.

Capítulo 120

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SESPA (SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS) Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

LORENA FERNANDEZ IGLESIAS

1 Introducción

El síndrome de Burnout fue descubierto por el psicoanalista Herbert Freudennberger en Estados Unidos. Observó una en una clínica para toxicómanos en Nueva York cómo la mayoría de los voluntarios tenía una pérdida de energía progresiva hasta llegar al agotamiento. También detectó síntomas de ansiedad, depresión y desmotivación en el trabajo, además de agresividad hacia los pacientes al cabo de un año de estar trabajando.

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por tener la gran capacidad de afectar a la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida, de las personas que lo pueden estar padeciendo.

Los que lo padecen lo describen de la siguiente manera “Una sensación de fracaso absoluto y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Es uno de los principales problemas de salud mental y a partir de ese punto se inician muchos problemas psíquicos en las personas.

Cada vez son más las personas y sobre todo trabajadores Auxiliares Administrativos del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) que lo acaban padeciendo.

Combina factores de riesgo personales de los trabajadores con factores de riesgo que tienen que ver con la organización del puesto de trabajo que desempeñan.

2 Objetivos

- Describir actuaciones y recomendaciones para prevenir el síndrome del Burnout.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sobre este tema del Síndrome de Burnout he sacado en claro que hay que cuidar mucho el entorno de todos los trabajadores Auxiliares Administrativos del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) para que estén cómodos que no se agobien en exceso con el trabajo, tratar a todos por igual, no hacer diferencias entre todos los compañeros.

Hay una lista de maneras de actuar para prevenir este síndrome.

Consejos para prevenir el síndrome de Burnout

Realizar actividad física todos los días aunque sea media hora.

Generar encuentros con nuestros seres queridos, no aislarse y relacionarse con las personas .

Evitar la sobrecarga de trabajo, además no agobiar con el trabajo al trabajador.

Facilitar la realización de todas las tareas diarias. No obstaculizar al compañero, ayudarle a realizar el trabajo sin problemas.

Tener programas de rutinas saludables, como pueden ser las siguientes:

Actividad física de 30 minutos diarios más o menos.

Beber 2 litros de agua diarios.

Realizar cinco comidas al día.

Comer más fruta, pescados y verdura que carnes rojas.

Evita las grasas saturadas y alimentos procesados.

No fumar, beber alcohol ni refrescos.

Dormir 7-8 horas diarias como mínimo.

- Flexibilizar los turnos y horarios de trabajo dentro de lo posible para que todos los compañeros estén cómodos con lo que les ha tocado.

- Consultar tu estado emocional.

-Renovar los puestos de trabajo si se puede.

-Aprende a separarte mentalmente de tu trabajo, ser capaz de cuando se acaba el trabajo, dejarlo hay, no lo lleva a casa ni estar todo el día pensando en lo que tendrás que hacer al día siguiente.

-Redistribuye tu carga de trabajo, saber qué cosas son las más urgentes o más esenciales y no pretender hacerlo todo en un mismo momento, porque es imposible y se acaba haciendo más cosas mal que bien.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión que para prevenir o para a tiempo el Síndrome de Burnout se tiene que llevar a cabo por el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) una serie de medidas a nivel individual y en conjunto.

A nivel persona se tiene que sociabilizar más con los compañeros y reforzar las técnicas sociales, hacer yoga, hacer otras técnicas de respiración, relajación y meditación para encontrarse bien con uno mismo.

A nivel laboral, buscar una fuente de inspiración y motivación a través de un cambio de la forma de realizar el trabajo. Para intentar conseguir priorizar tareas y tener un mayor tiempo de realización de las mismas por el trabajador Auxiliar Administrativo del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias).

6 Bibliografía

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

Capítulo 121

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPIADO DE ASTURAS (SESPA) Y LOS PROBLEMAS DE TÚNEL CARPIANO

LORENA FERNANDEZ IGLESIAS

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de los problemas a los que llevar el tener la dolencia del túnel carpiano a los Auxiliares Administrativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

El síndrome del túnel carpiano se debe a la presión en el nervio mediano. El túnel carpiano es un pasaje estrecho rodeado de huesos y ligamentos ubicado en la palma de la mano.

Cuando el nervio mediano se comprime, los síntomas pueden incluir entumecimiento, hormigueo y debilidad en la mano y el brazo. Algunas personas que presentan este problema nacieron con un túnel carpiano pequeño.

El síndrome del túnel carpiano también puede ser causado por hacer el mismo movimiento de la mano y la muñeca una y otra vez. El uso de herramientas manuales que vibran también puede llevar a este síndrome.

Los estudios no han demostrado que el síndrome del túnel carpiano sea causado por escribir en una computadora, utilizar un ratón o repetir movimientos al trabajar, tocar un instrumento musical o practicar deportes; pero estas actividades

pueden causar dolor e hinchazón de los tendones o la bursa de la mano, la cual puede estrechar el túnel carpiano y provocar síntomas.

El síndrome del túnel carpiano ocurre casi siempre en personas de 30 a 60 años de edad y es más común en las mujeres que en los hombres.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta y recomendaciones en relación con el síndrome del túnel carpiano en administrativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos, libros y principales bases de datos como pueden ser las siguientes:

Pubmed, Medline, Scielo, Ocronos, Página de la clínica Universitaria de Navarra, etc.

Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de los pacientes auxiliares Administrativos del SESPA se quejan de dolor en la región de la muñeca y antebrazo, asociando sensación de acorchamiento, calambres y hormigueos en los dedos pulgar, índice, medio y parte del anular. Estos síntomas típicamente son nocturnos o de determinadas posturas.

Con posterioridad, si no se trata, aparecerá debilidad y atrofia de algunos músculos de la mano (sobre todo en eminencia tenar o almohadilla que hay bajo el pulgar), así como torpeza al manipular objetos.

Al realizar este estudio he podido sacar en claro, que la dolencia del túnel carpiano en los Auxiliares Administrativos del SESPA se puede prevenir o intentar que no vaya tan rápido intentando llevar a cabo las siguientes cosas:

- Adoptando una posición correcta de las manos y muñecas para dormir, lo cual es bastante difícil de controlar.
- Consultar con los especialistas si es conveniente el uso de férulas.
- Intentar apostar por el uso elementos ergonómicos como pueden ser (muñequeras, teclados y ratones ergonómicos, ejercitadores de mano, correas de gel

transpirable para muñeca y pulgar, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, Bola Giroscópica para fuerza de muñeca, etc.)

- Hacer un programa de períodos de descanso durante tu jornada laboral.
- Ejercitar la muñeca diariamente.
- Llevar una vida sana en cuanto a alimentación, sueño y el consumo de alcohol.
- También es muy bueno para la prevención el tomar la vitamina B6 por un periodo de entre seis y doce semanas, puede representar una mejoría hasta del 68% en los síntomas del síndrome del túnel carpiano.

Es bueno la aplicación de calor para relajar la musculatura antes de realizar movimientos y frío para evitar un aumento de la inflamación después de realizar los movimientos

También hay que intentar desinflamar la zona afectada un analgésico como ibuprofeno, naproxeno o aspirina puede ayudarle a reducir la inflamación que produce el síndrome del túnel carpiano. Si esas medidas no son suficientes, una inyección de corticosteroides en el túnel carpiano puede reducir el hormigueo y el entumecimiento.

También se hace una descompresión del nervio del túnel carpiano, se hace una pequeña incisión quirúrgica en la palma de la mano cerca de la muñeca. Luego, se corta el ligamento que cubre el túnel carpiano. Esto alivia la presión en el nervio mediano. Algunas veces, también se retira el tejido alrededor del nervio.

5 Discusión-Conclusión

He llegado a la conclusión que la dolencia del túnel carpiano en los Auxiliares Administrativos del SESPA es bastante común debido a los movimientos sistemáticos que se realizan sobre todo frente al ordenador. Los cuales son bastante difíciles de dejar de hacer para poder realizar correctamente el trabajo a desempeñar en los Centros de Salud y Centros Hospitalarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Que se pueden intentar realizar deferentes posturas y utilizar accesorios para prevenir o que no avance tan rápido dicha dolencia del túnel carpiano, aunque al final lo mejor y más seguro es siempre la operación.

6 Bibliografía

<https://www.google.com/>
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos>
<https://scielo.isciii.es/scielo>
<https://revistamedica.com/>

Capítulo 122

EL PAPEL ESTRATÉGICO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

ANGELA CAMPOS GONZALEZ

MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA

VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO

RAMÓN CAÑAS BENITO

JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO

1 Introducción

La administración eficaz en los servicios de laboratorio clínico es fundamental para el diagnóstico médico y la investigación y en este contexto el papel del auxiliar administrativo clave, ya que su gestión y habilidades contribuyen al flujo óptimo de procesos y la calidad del servicio. Los auxiliares administrativos en los servicios de laboratorio clínico desempeñan múltiples funciones que varían desde la gestión de logística hasta la comunicación con pacientes y personal sanitario; pero estas han ido evolucionado con las tendencias emergentes en tecnología y gestión sanitaria, obligándoles adaptarse constantemente a los procedimientos administrativos y tecnológicos modernos.

Las funciones del auxiliar administrativo se centran principalmente en la organización eficiente del laboratorio. Entre esas tareas se destaca la gestión de registros, el manejo de correspondencia, la coordinación de citas y reuniones, y a

menudo, la primera interacción con el cliente o paciente. El auxiliar administrativo es responsable de mantener la integridad y la confidencialidad de la información del paciente y debe estar versado en terminología médica, procedimientos de laboratorio y leyes sobre privacidad de la salud.

Debido a la constante evolución de los servicios de salud, estos profesionales deben adaptarse a entornos de laboratorio cada vez más digitalizados. Su labor implica el dominio de sistemas de información de laboratorio (LIS) y programas de gestión de datos clínicos, que son esenciales en la entrada correcta y segura de datos, así como para facilitar la comunicación eficaz entre el personal del laboratorio y otros profesionales de la salud. Este conocimiento técnico es crucial para la correcta interpretación y comunicación de los resultados de laboratorio.

2 Objetivos

- Identificar y describir las responsabilidades administrativas y operativas clave que asume el auxiliar administrativo en el laboratorio clínico.
- Examinar el impacto de la tecnología y la digitalización en la ampliación del rol del auxiliar administrativo, evaluando cómo las competencias en sistemas de información de laboratorio y manejo de programas de gestión de datos contribuyen a la calidad del servicio de laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Teniendo como objetivos finales del trabajo de investigación los mencionados en el apartado anterior comenzaremos a desglosar cada una de las responsabilidades del auxiliar administrativo en los ámbitos de gestión de información, manejo de correspondencia, administración de recursos y el uso de las tecnologías.

- Gestión de Información de Pacientes y Registros Médicos:

La clasificación y la ordenación de los documentos es la base del funcionamiento de los archivos que contienen la información, por dicho motivo la entrada correcta de datos, actualización y recuperación de información de pacientes son funciones cruciales debido a que afectan la calidad de los servicios de laboratorio. Los errores en esta área pueden llevar a diagnósticos incorrectos, tratamientos inadecuados y, en última instancia, a consecuencias adversas para el paciente. La capacitación en sistemas de información de laboratorio ha resultado ser un componente clave para minimizar errores y mejorar la eficiencia.

- **Manejo de Correspondencia y Coordinación de Flujos de Trabajo:**

Una de las funciones de los auxiliares administrativos es la gestión de la comunicación tanto interna como externa, incluyendo la correspondencia con otros departamentos, profesionales de la salud y pacientes.

- **Administración de Suministros y Equipos:**

Entre las labores claves del auxiliar administrativo se encuentra la gestión de suministros, es decir, la supervisión del inventario, la realización de pedidos de suministros, el mantenimiento de equipos, comprobar que el uso de estos sea el mejor, y que la forma en la que se desarrollan las tareas sea de acuerdo a una ruta crítica con una holgura lo más próxima a cero; contribuyendo así a la eficiencia, la sostenibilidad financiera y operativa del laboratorio.

- **Implementación de Tecnología y Sistemas de Información:**

Por último, hay que destacar la implicación de los auxiliares administrativos en la implementación y manejo de sistemas de información de laboratorio. Sistemas los cuales se están convirtiendo en la columna vertebral del entorno debido a la digitalización y debido a la competencia en su uso causada por las prácticas de telemedicina y servicios en línea, el personal que cada vez se utilizan con más frecuencia. En esta función se incluye la gestión de la información electrónica de salud, los sistemas de mensajería y los portales de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La revisión llevada a cabo en este capítulo aborda las funciones y el impacto del auxiliar administrativo en el servicio de laboratorio clínico. A través de la cual, se ha podido constatar que el auxiliar administrativo no es simplemente un empleado de soporte, sino que juega un rol de gran importancia para el mantenimiento de la eficiencia, la efectividad y la calidad de los servicios de laboratorio. Su contribución al manejo adecuado de la información del paciente, la logística

de los suministros y la gestión del flujo de trabajo resulta central para el funcionamiento óptimo del laboratorio. En resumen podemos afirmar que su trabajo es vital para el correcto funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

1. Walker JM, Carayon P. From tasks to processes: The case for changing health information technology to improve health care. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(2):467-477.
2. Perrotta PL, Perkins J. Informatics in the clinical laboratory: a review of the impact of data on patient care and laboratory management. *Clin Leadersh Manag Rev*. 2006;20(2):E2.
3. <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>.

Capítulo 123

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL CENTER

ANGELA CAMPOS GONZALEZ

MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA

VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO

RAMÓN CAÑAS BENITO

JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO

1 Introducción

En este trabajo de investigación mostraremos un análisis de los centros de atención al cliente, call center o centro de atención al usuario, describiendo y analizando los requisitos que ha de cumplir el perfil que se encuentre a cargo de este departamento, las características del área de los call center y, por último, los beneficios que aporta.

El departamento de atención al cliente es más común en empresas que en centros de salud, aún así se puede encontrar en algunas clínicas privadas; pero en ambas se le exigen que su labor se realice por perfiles que tengan habilidades comunicativas ya que es el encargado de ayudar al emisor en caso de que este tenga dudas, realizar de forma eficaz seguimientos de los problemas si no quedan resueltos,

y en este caso, si desea programar una cita o consulta con un especialista; relacionada con esta última función encontramos que el auxiliar administrativo que se encuentre en este departamento también ha de ser capaz de coordinarse con los distintos departamentos.

Las características que ha de cumplir el departamento de atención telefónica al usuario encontramos, entre otras, que debe ofrecer una atención rápida, resolver las consultas de los pacientes, optimizar en la medida de lo posible los recursos disponibles.

2 Objetivos

- Describir y analizar los requisitos que ha de cumplir el auxiliar administrativo que se encuentre a cargo del departamento de atención al paciente y las características del área de call center.
- Indicar los beneficios que aporta el departamento del call center en el sector 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

Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el call center son muy variadas: resolver dudas, gestionar citas con el médico de familia, orientar a los pacientes etc. y entre las cualidades que debe reunir nos encontramos las siguientes:

- Perfil a cargo del departamento de atención telefónica al paciente

Como hemos mencionado en la introducción del trabajo el requisito más importante que deben de cumplir todos los auxiliares administrativos es la de tener unas buenas habilidades comunicativas, es decir, deben tener la capacidad para preguntar y escuchar con cortesía y amabilidad siendo capaces de dar una atención personalizada y flexible, ya que son los encargados de ayudar al emisor en

caso de que este tenga dudas, realizar de forma eficaz seguimientos de los problemas si no quedan resueltos, y en este caso, si desea programar una cita o consulta con un especialista proporcionársela. Los encargados del departamento de atención al usuario han de ser capaces de coordinarse con los distintos departamentos, para poder así ofrecer garantías y cumplir lo pactado con el paciente, por ejemplo asegurar que una cita médica ha sido programada, o que en caso de emergencia asegurar que se ha contactado con una ambulancia y esta va de camino al lugar del accidente.

- Características del área de call center

Los call center han en el sector sanitario han de ofrecer su servicio las veinticuatro horas del día ya que no ha de estar disponible en cualquier momento y ha de proporcionar una atención rápida en la que como finalidad asesorará con precisión al paciente.

Si el call center consigue realizar esto guardando en todo momento la confidencialidad logrará trabajar de forma eficiente y fidelizar con él paciente, y en el mejor de los casos lograremos ser recomendados por este a personas de su círculo de conocidos.

- Beneficios que aporta el departamento de atención al cliente en el sector sanitario

El departamento de atención telefónica o call center en el sector sanitario es de gran importancia ya que agiliza los trámites de pedir citas, resolver dudas y de realizar seguimientos para comprobar que se están siguiendo los tratamientos de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

La revisión llevada a cabo en este trabajo de investigación tenía como finalidad analizar los requisitos que ha de cumplir todas las personas que encuentren a cargo del departamento atención al paciente, las características del área y por último mostrar los beneficios que aporta a las instituciones sanitarias tener este servicio, a pesar de que este departamento sea más común en empresas que en centros sanitarios.

Una vez realizada la revisión se ha podido verificar que el call center es un departamento el cual no solo agiliza la gestión de determinados trámites, sino que también es un departamento de gran importancia, debido a que cada uno de los auxiliares administrativos que se encuentran a cargo de este departamento proyectan la imagen del centro sanitario hacia el exterior, lo que provoca que,

si la imagen es negativa, debido a que los pacientes consideran que el trabajo se realiza de una forma poco agradable o que la información que proporcionan no es veraz o clara proporcionará una impresión que dañará la reputación del centro sanitario y provocará que los pacientes no confíen en los servicios que ofrecen.

6 Bibliografía

1. <https://www.somosdrv.com/wiki/call-center-sanitario-y-de-atencion-al-paciente/>.
2. <https://revistamedica.com/call-center-auxiliar-administrativo/>.

Capítulo 124

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANGELA CAMPOS GONZALEZ

MARIA CORTES NAVARRO DE LA GUIA

VÍCTOR VILLOLDO JAREÑO

RAMÓN CAÑAS BENITO

JOSE ALBERTO BENITO VERDUGO

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el servicio de farmacia desempeña un papel primordial en la eficacia y eficiencia de los procesos clínicos y administrativos relacionados con la dispensación y gestión de medicamentos y con funciones que están en constante evolución, lo que les obliga a adaptarse a los avances tecnológicos, a las nuevas necesidades de los sistemas de salud y a los cambios en la legislación del sector farmacéutico.

Esto hace que la importancia de una gestión y administración farmacéutica adecuada sea crucial para garantizar un uso seguro y racional de los medicamentos, lo cual tiene un impacto directo en la calidad de la atención al paciente. Normalmente, estas tareas del auxiliar administrativo en farmacia son vistas como roles

de soporte que incluyen la organización de archivos y la gestión de stocks. Pero al contrario de lo que algunas personas piensan, este papel tiene más dificultad, y, con el paso del tiempo, ha ido adquiriendo más relevancia y complejidad, incorporando responsabilidades como el manejo de sistemas de información farmacéutica, la colaboración en la optimización de los recursos y, en algunos casos, el asesoramiento directo al paciente en la adquisición y uso adecuado de productos farmacéuticos, debido al auge de la telemedicina y las farmacias online.

2 Objetivos

- Definir y contextualizar el rol del auxiliar administrativo dentro del equipo de farmacia.
- Describir y examinar las funciones administrativas y clínicas de los auxiliares administrativos en farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Teniendo como objetivos finales del trabajo de investigación los mencionados en el apartado anterior comenzaremos a describir cuales son las responsabilidades que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia:

- **Gestión de Inventario:** Responsabilidad clave de los auxiliares administrativos en la que realizan un control de stock, la rotación de productos y prevención de la caducidad de medicamentos.

Esta función garantiza la disponibilidad de fármacos y reduce las pérdidas económicas debido al exceso de stock o de productos caducados.

- **Administración de Órdenes de Medicamento:** Esta función se encuentra relacionada con la gestión de inventario, ya que esta responsabilidad, administración de ordenes de medicamento, los auxiliares administrativos son los encargados de

asegurarse de que las prescripciones sean procesadas correctamente y de que los medicamentos sean dispensados de forma segura y eficiente.

- **Facturación y Procesamiento de Cobros y Pagos:** Los auxiliares administrativos deben tener conocimientos sobre el manejo de cuentas, concertación de pagos y gestión de cobros.
- **Prescripción Electrónica:** Los auxiliares administrativos gestionan y validan las prescripciones electrónicas, es un rol que demanda conocimientos de sistemas informáticos y legislación sanitaria.
- **Tele farmacia y Consultas Electrónicas:** Como consecuencia del avance tecnológico de los últimos años se ha desarrollado un crecimiento de los servicios de tele farmacia lo que en ocasiones obliga a los auxiliares han de realizar actividades relacionadas con la atención al cliente, como manejar consultas electrónicas y supervisar la entrega de medicamentos, lo que presenta desafíos en cuanto a privacidad, seguridad de datos y logística.
- **Sistema de Información Farmacéutica:** Por último, otra de las funciones a destacar que desarrollan los auxiliares administrativos es la creación de sistemas de información o bases de datos los cuales son esenciales para el correcto almacenamiento de datos de pacientes y la correcta gestión de la información. Para poder realizar esta responsabilidad los auxiliares administrativos han de tener capacidad para operar y mantener estos sistemas, además de que han de conocer los criterios que se hayan fijado durante la creación del sistema de información; o fijar un criterio asegurándose de que sea el más adecuado para la información que se maneja, que no le resulte complejo al personal que trabaja con él, que facilite la localización de la documentación de forma rápida y eficiente, y, que a su vez, permita ampliaciones en el futuro .

5 Discusión-Conclusión

Una vez finalizado el trabajo de investigación proclamamos la notable expansión en las responsabilidades y funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia, la cual ha sido impulsada principalmente por la integración de nuevas tecnologías y por los cambios en los sistemas de atención médica.

En este queda constancia de que a día de hoy las labores principales de los auxiliares administrativos son la gestión de inventario, la administración de órdenes de medicación y la facturación y procesamiento financiero, pero a su vez a estas responsabilidades encontramos otras competencias como la gestión de prescripciones electrónicas, la participación en iniciativas de tele farmacia y el manejo de sistemas de información farmacéutica, ampliando su influencia en la asistencia

de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-servicios-farmacia-hospitalaria-13116053>.
2. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>.

Capítulo 125

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS

MARÍA JOSE COSIN PALOMARES

MERCEDES ROMAN PALOMARES

MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ

1 Introducción

Una cita médica consiste en una consulta, ya sea presencial o telefónica, con un profesional médico calificado. Su objetivo puede ser el diagnóstico, la investigación, el tratamiento, el seguimiento, el asesoramiento o cualquier otro procedimiento relacionado con un problema de salud del paciente.

Tipos de citas disponibles:

En función de la especialidad:

Medicina de familia:

Solicitud de consejo médico

Solicitud de consulta para prescripción de medicamentos

Pediatría:

Solicitud de consejo médico

Solicitud de consulta para prescripción de medicamentos

Revisión de verificación de edad para el plan de salud infantil

Enfermería:

Solicitud de consulta de enfermería

Recolección de muestras de sangre (requiere folleto con la solicitud de prueba)
Revisión de verificación de edad para el plan de salud infantil
Programación de citas para vacunación contra la gripe (solo con cita previa durante campañas de vacunación)
Programación de citas para otras vacunas (tétanos, alergias, etc.)
Enfermera líder:
Solicitud de consulta con matrona
Programación de la primera consulta de embarazo
Odontología:
Solicitud de consulta dental
Primera visita al dentista para mujeres embarazadas
Programación de la primera consulta dental para niños
Trabajo social:
Solicitud de asesoramiento social
Información adicional:

Las funciones disponibles para cada tipo de cita se detallan al seleccionarlo. Es importante revisar la información en pantalla para cada selección realizada. Se debe prestar especial atención al tipo de cita, ya que para realizar algunas pruebas (análisis de sangre) es necesario un folleto con la solicitud específica

2 Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal fortalecer los conocimientos básicos sobre el servicio de citación de pacientes en el ámbito sanitario para el personal administrativo. Adicionalmente, se busca emplear la revisión bibliográfica como una herramienta de investigación para profundizar en este tema.

3 Metodología

La elaboración de este estudio se ha basado en una revisión bibliográfica exhaustiva y detallada, abarcando una amplia gama de fuentes para garantizar la solidez y actualidad de la información.

Metodología de búsqueda:

Para recopilar información relevante, se ha empleado una estrategia de búsqueda meticulosa que incluyó:

Consulta de páginas web especializadas: Se han utilizado diversos sitios web relacionados con el tema de estudio, seleccionando aquellos que ofrecen contenido confiable y actualizado.

Exploración en buscadores de internet: Se ha utilizado Google como herramienta principal para identificar y acceder a páginas web relevantes.

Revisión de bases de datos científicas: Se ha consultado en bases de datos de reconocido prestigio como Scielo, Dialnet y PubMed, enfocándose en artículos científicos y publicaciones especializadas.

4 Resultados

Podemos resumir este estudio respondiendo a algunas de las preguntas frecuentes sobre el servicio de cita médica online.

El servicio de cita médica online ofrece comodidad y accesibilidad para programar consultas con tu médico. Sin embargo, pueden surgir dudas sobre su funcionamiento y limitaciones. A continuación, se responden algunas de las preguntas más comunes:

1. ¿Puedo pedir cita en cualquier centro si mi médico trabaja en varios?

Sí, pero solo si el sistema te autoriza. El sistema mostrará los centros donde puedes ser atendido. Si no aparece alguno, contacta a tu proveedor de atención médica.

2. ¿Puedo pedir cita si estoy en otro centro temporalmente?

Sí. Si te encuentras fuera de tu centro habitual, puedes concertar cita con tu médico o su sustituto, salvo que estés asignado temporalmente a otro centro por ser paciente transferido. No debería haber límite de tiempo para reservar la cita.

3. ¿Puedo pedir cita si soy paciente de otra comunidad autónoma?

Sí, pero solo si has cambiado tu estatus de paciente y no hay restricciones. Para solicitarlo, acude al centro médico más cercano.

4. ¿Qué hacer si no puedo reservar la fecha o el horario deseado?

La mayoría de las citas se pueden solicitar online, pero no todas. En estos casos, contacta a tu centro de salud. El personal de recepción puede gestionar la agenda de los profesionales y buscar alternativas.

5. ¿Por qué no hay plazas disponibles online, pero sí por teléfono?

Las citas online tienen restricciones temporales. No puedes reservar con menos de 30 minutos de antelación. Además, algunos especialistas tienen horarios limitados. Los centros de salud conocen estas restricciones y pueden manejarlas en caso de necesidad.

6. ¿Debo esperar a que se confirme la cita?

No, la cita queda registrada de inmediato una vez confirmada. Puedes imprimir recordatorios.

7. ¿Puedo ver todas mis citas pendientes?

Sí. Actualmente puedes consultar todas tus citas pendientes en atención primaria, independientemente de la especialidad, centro de salud o tipo de cita.

8. ¿Puedo cambiar la fecha u hora de mi cita?

Sí. Selecciona la cita y elige la nueva fecha u hora. Si el servicio no lo permite, la cita quedará registrada con la fecha y hora solicitadas.

9. ¿Por qué se borran mis datos al presionar el botón?

Si esto sucede, es un error que puedes reportar a través del correo electrónico "Contáctenos".

10. ¿Por qué no puedo ver el tipo de cita al cambiarla o eliminarla?

Para proteger la confidencialidad de la información, no se muestran los tipos de citas ni los recordatorios de contratos al utilizar este servicio web.

11. ¿Por qué tengo problemas con mi cita de verificación de edad de Healthy Kids?

Un programa de enfermería pediátrica puede resolver estos problemas rápidamente. Estas citas pueden requerir la visita de un pediatra y una enfermera, por lo que es necesario coordinar sus agendas. Si tienes problemas, contacta a tu centro de salud.

12. ¿Puedo pedir cita con un especialista del hospital online?

No. Para ello, debes utilizar el enlace "Citas y lista de espera de su hospital" en esta página y contar con un certificado de usuario digital válido.

5 Discusión-Conclusión

Las revisiones médicas periódicas son fundamentales para la salud. No solo permiten la detección temprana de enfermedades, sino que también ayudan a prevenir otras afecciones que pueden limitar significativamente la calidad de vida y la capacidad para realizar actividades cotidianas.

El rol del personal administrativo en la gestión de citas:

En este contexto, la figura del personal administrativo en el ámbito sanitario juega un papel crucial en los servicios de cita previa. Su labor consiste en agendar citas con los diferentes profesionales de la salud, como médicos de atención primaria, enfermeros y/o especialistas, asegurando una atención eficiente y optimizando el funcionamiento de estos servicios.

6 Bibliografía

1. <https://www.amepaorg.com/importancia-de-la-consulta-medica/#::text=Es%20importante%20asistir%20de%20forma,cumplir%20con%20sus%20tareas%20diarias.>
2. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4575&op=54009&p=1&n=20#::text=Definici%C3%B3n,enfermedad%20de%20la%20persona%20entrevistada>

Capítulo 126

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA ÓPTIMA ATENCIÓN AL PACIENTE

MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ

MERCEDES ROMAN PALOMARES

MARÍA JOSE COSIN PALOMARES

1 Introducción

La atención al paciente, tanto en el ámbito sanitario como en otros sectores, se erige como un punto de encuentro crucial entre la administración, los pacientes y sus familias. Esta herramienta, fundamental dentro del sistema nacional de salud, debe ser accesible a toda la población y garantizar no solo los derechos de los pacientes, sino también sus obligaciones y responsabilidades. En este espacio se fomenta la mediación y se crean canales de comunicación y diálogo entre usuarios y profesionales, permitiendo resolver dudas e incertidumbres.

Las necesidades de salud generan, a su vez, un espacio que, a través de diversas herramientas, contribuye a la mejora continua de la calidad de los servicios públicos de salud. Las opiniones y sugerencias de los ciudadanos, recogidas a través de este servicio, son claves para la evolución del sistema.

Los servicios de información y atención al paciente son los máximos responsables de facilitar a los usuarios información relevante sobre:

1. Derechos y obligaciones:

Derechos de los pacientes frente al sistema sanitario.

Tiempo máximo de respuesta garantizado para el ejercicio de derechos.

Obligaciones y responsabilidades de los pacientes.

2. Funcionamiento del sistema:

Sistemas, organización y funcionamiento de los centros de atención sanitaria.

Derecho a la libre elección de médico y demás opciones de atención médica.

Instrucciones previas en materia de invalidez y muerte.

3. Servicios adicionales:

Información sobre prótesis ortopédicas.

Donación de sangre, médula ósea, órganos y tejidos.

Apoyo al final de la vida.

4. Canales de contacto:

Comités de ética sanitaria (en los centros donde existan).

5. Otros servicios:

Tarjeta sanitaria.

Transporte sanitario.

En definitiva, la atención al paciente se convierte en un pilar fundamental para garantizar una comunicación fluida, transparente y accesible entre la administración sanitaria y los usuarios, contribuyendo a una experiencia positiva y a la mejora continua del sistema sanitario.

2 Objetivos

En el presente trabajo se han establecido dos objetivos principales:

Objetivo principal:

Descifrar las funciones del personal administrativo en el ámbito sanitario.

Se pretende analizar en profundidad las tareas y responsabilidades específicas que asume este personal dentro del sistema de salud, abarcando tanto las funciones tradicionales como aquellas que han evolucionado con el avance de la tecnología y las nuevas necesidades del sector.

Objetivo secundario:

Emplear la revisión bibliográfica como una herramienta de investigación eficaz.

Se busca demostrar la utilidad de la revisión bibliográfica como metodología para recopilar y analizar información relevante sobre el tema en cuestión. Se enfati-

zará la importancia de la selección rigurosa de fuentes, la aplicación de criterios de calidad y la correcta interpretación de los datos obtenidos.

3 Metodología

Para elaborar este estudio, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva y meticulosa, abarcando una amplia gama de fuentes. Se ha empleado el buscador de internet Google para consultar diversas páginas web relevantes al tema de estudio, asegurando la inclusión de información actualizada y de diversas perspectivas.

Además, se ha consultado un conjunto de bases de datos científicas reconocidas, tales como Scielo, Dialnet y PubMed. Estas bases de datos albergan una gran cantidad de artículos científicos revisados por pares, garantizando la calidad y confiabilidad de la información obtenida.

4 Resultados

La atención al paciente se erige como una de las herramientas más importantes que el sistema de salud pone a disposición de la población y sus usuarios. Su objetivo principal es brindar asistencia ante cualquier duda, problema, necesidad o requerimiento administrativo y/o sanitario, asegurando el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos y responsabilidades de los pacientes durante toda su experiencia asistencial.

La protección de la salud es un pilar fundamental del Estado español, consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española y que define el carácter del sistema sanitario español. Esto obliga y compromete a los poderes públicos a desarrollar medidas de promoción y prevención de la salud, incluyendo la atención al paciente.

De hecho, la Ley General de Sanidad de 1986 es la que define los derechos y obligaciones básicos de los pacientes en el derecho español.

La importancia y principal característica de estos servicios de atención al paciente reside en ser el punto de encuentro entre la administración sanitaria, representada por un profesional sanitario, los pacientes y sus familias. Estos servicios funcionan como la unidad estructural encargada de prestar asistencia y asesoramiento a los usuarios de los servicios públicos de salud, así como de atender

sus quejas, sugerencias y, en ocasiones poco frecuentes, agradecimientos por el trato recibido.

La legislación vigente en el Estado español establece que todos los ciudadanos tienen derecho a información sobre los servicios médicos disponibles y a ser informados sobre los requisitos necesarios para su utilización.

Los artículos de la mencionada Ley General de Salud establecen que:

”La información debe proporcionarse en un formato adecuado, comprensible y de acuerdo con normas elaboradas con principios desarrollados para todas las personas, de modo que sea accesible y comprensible para las personas con discapacidad, y también veraz, honesta y leal.”

Las ciudades sanitarias también pueden brindar atención a los pacientes e informarles sobre sus derechos y dónde pueden presentar reclamaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales involucrados en la asistencia y atención al paciente deben poseer un conocimiento profundo sobre los derechos, responsabilidades y obligaciones de los pacientes y usuarios del sistema sanitario nacional. Además, deben estar familiarizados con la gestión, las operaciones y las regulaciones de los hospitales, centros de salud y demás entidades relacionadas con la asistencia sanitaria.

En este contexto, la función del personal administrativo en el servicio de atención al paciente resulta crucial. Su labor contribuye a ofrecer una atención integral y holística a los usuarios y pacientes que acuden a los centros de atención primaria, centros de salud, centros de atención de especialidades y hospitales del sistema nacional de salud.

Entre sus responsabilidades clave se encuentran:

Poner a disposición de los usuarios servicios, asesoramiento y notificaciones sobre todo lo relacionado con la organización del centro.

Informar sobre las normas y procedimientos reglamentarios que puedan ser relevantes para sus servicios sanitarios.

Gestionar de manera eficiente la documentación y los registros médicos de los pacientes.

Brindar apoyo administrativo a los profesionales de la salud.

Garantizar el cumplimiento de las normas de privacidad y seguridad de la información.

La capacitación y actualización constante del personal administrativo en materia de derechos de los pacientes y normativa sanitaria fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema sanitario. Su conocimiento y habilidades permiten garantizar una atención de calidad, transparente y respetuosa con los derechos de los usuarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-paciente-comunidad-madrid>
2. <https://www.unir.net/salud/revista/servicios-atencion-paciente/>

Capítulo 127

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES DE COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS EN UN HOSPITAL

MERCEDES ROMAN PALOMARES

MARIA ISABEL GOMEZ MUÑOZ

MARÍA JOSE COSIN PALOMARES

1 Introducción

La planificación y coordinación de eventos en un entorno hospitalario reviste una gran importancia por diversas razones fundamentales:

1. Mejora de la atención al paciente:

Los eventos planificados, como seminarios médicos, ferias de salud, campañas de concienciación o programas de educación para pacientes, pueden mejorar la atención al paciente al proporcionar información valiosa sobre su salud y facilitar el acceso a recursos y servicios.

Los eventos ofrecen una plataforma para comunicar información crucial a pacientes, sus familias y la comunidad en general. Esto puede incluir la promoción de servicios, la difusión de consejos de salud o la sensibilización sobre temas médicos relevantes.

Los eventos fomentan un sentido de comunidad al crear un espacio para que pacientes, familiares y miembros de la comunidad se conecten, compartan experiencias y se apoyen mutuamente.

2. Actualización profesional y académica:

Los eventos médicos y académicos organizados por hospitales permiten a los profesionales de la salud mantenerse actualizados sobre los últimos avances médicos, técnicas y prácticas, lo que contribuye a una atención de mayor calidad.

3. Recaudación de fondos y promoción:

Algunos eventos hospitalarios, como galas benéficas, carreras solidarias o subastas, pueden ser cruciales para recaudar fondos que respalden la misión y los servicios del hospital.

También pueden ser una herramienta eficaz para promover la imagen y la reputación del hospital en la comunidad, atrayendo a pacientes, donantes y colaboradores.

2 Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo principal:

Establecer las actuaciones adecuadas que debe realizar el personal administrativo en la planificación y coordinación de eventos en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva y meticulosa, abarcando un amplio espectro de fuentes. Se ha empleado una metodología sistemática y rigurosa, siguiendo los siguientes pasos:

1. Búsqueda bibliográfica:

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática y exhaustiva de libros y artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

Se han consultado las principales bases de datos bibliográficas: PubMed, Medline y Google Scholar.

Se ha priorizado la selección de artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas por pares, asegurando la calidad y confiabilidad de la información obtenida.

4 Resultados

El personal administrativo desempeña un papel fundamental en el éxito de los eventos organizados en un hospital, asegurando su desarrollo fluido y el cumplimiento de los objetivos establecidos. A continuación, se detallan las responsabilidades clave de este personal:

1. Gestión de la información y documentación:

Mantener un registro completo y preciso de todos los detalles del evento, incluyendo fechas, horarios, ubicaciones, proveedores, presupuestos y requisitos específicos.

Elaborar y gestionar la documentación relacionada con el evento, como agendas, actas, informes y presentaciones.

2. Coordinación con proveedores:

Contactar y coordinar con los proveedores necesarios para el evento, como servicios de catering, transporte, decoración, equipos audiovisuales, entre otros.

Solicitar cotizaciones, negociar contratos y supervisar el cumplimiento de los compromisos por parte de los proveedores.

3. Gestión presupuestaria:

Elaborar y gestionar el presupuesto del evento, realizando un seguimiento de los gastos, revisando facturas y asegurando el cumplimiento del presupuesto establecido.

4. Comunicación y coordinación interna:

Facilitar la comunicación entre los diferentes departamentos y equipos dentro del hospital, actuando como punto de contacto central para asegurar la coordinación adecuada.

5. Logística y gestión de espacios:

Coordinar la disposición de salas y áreas específicas dentro del hospital para el evento, incluyendo la disposición de mobiliario, la gestión de la infraestructura técnica y la planificación de la logística general.

6. Gestión de invitados:

Elaborar y distribuir invitaciones al evento.

Registrar la asistencia de los participantes y atender a sus necesidades durante el evento.

7. Seguridad y cumplimiento normativo:

Colaborar con el personal de seguridad para garantizar el cumplimiento de los protocolos de seguridad y las regulaciones pertinentes en el entorno hospitalario.

8. Evaluación y mejora continua:

Colaborar en la evaluación del evento, recopilando retroalimentación de los participantes, analizando el rendimiento del evento y ayudando a identificar áreas de mejora para futuros eventos.

9. Gestión de crisis:

En caso de emergencias o situaciones imprevistas durante el evento, el personal administrativo puede desempeñar un papel clave en la gestión de crisis y la toma de decisiones rápidas para garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

En definitiva, el personal administrativo juega un papel esencial en la organización y desarrollo de eventos exitosos en el ámbito hospitalario, contribuyendo al logro de los objetivos establecidos y al buen funcionamiento del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la planificación y coordinación de eventos en un hospital.

Sus responsabilidades abarcan desde la organización logística y financiera hasta la comunicación efectiva y la garantía de que los eventos se desarrollen sin problemas.

Al desempeñar estas funciones, el auxiliar administrativo contribuye a mejorar la atención al paciente, promover la salud, fortalecer la relación del hospital con la comunidad y facilitar el desarrollo profesional de los equipos de atención médica. Su capacidad para gestionar la información, coordinar proveedores, mantener el presupuesto y asegurarse de que se cumplan los objetivos del evento es esencial para el éxito de las actividades hospitalarias, lo que en última instancia beneficia a pacientes, personal médico y la comunidad en general.

6 Bibliografía

<https://www.aprendum.com/blog/que-administrativo-funciones-desempena-un-auxiliar>.

<https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del->

personal-administrativo <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>.

Capítulo 128

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

DIEGO TEJADO CASTELLANOS

JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO

LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS

PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO

LAURA MARIA LOPEZ ARENAS

1 Introducción

Actualmente la definición de salud facilitada por la OMS no se limita exclusivamente a la ausencia de patologías o enfermedades, sino que se define la salud como un estado de completo bienestar mental físico y social.

La especialidad de Medicina física y rehabilitación posee un amplio campo de actuación, hola pues multitud de patologías entrañan afecciones o consecuencias secundarias que provocan la disminución de la funcionalidad y comprometen la independencia y calidad de vida de las personas.

Los especialistas en rehabilitación se encargan de abordar el diagnóstico, evaluación, medidas de prevención y tratamiento de la discapacidad, elaborando planes terapéuticos personalizados. La labor de los especialistas en rehabilitación es de suma importancia pues actualmente las estadísticas nos dicen que de todas

las personas que ingresan en un hospital, aproximadamente un 25% precisará asistencia por parte de los rehabilitadores de forma posterior debido a las consecuencias de su proceso patológico. El objetivo del plan de rehabilitación será siempre mantenerlos de volver la mayor capacidad funcional e independencia posible al paciente. La capacidad funcional es aquella que se define como la competencia que tienen las personas para realizar las actividades de la vida diaria sin supervisión o ayuda.

En el presente texto se analizarán las funciones que recaen sobre el celador en el servicio de rehabilitación.

2 Objetivos

- Exponer brevemente el funcionamiento del servicio de rehabilitación.
- Describir las funciones que el celador lleva a cabo en el servicio de rehabilitación, destacando la labor del celador en la unidad..
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para el correcto funcionamiento del servicio.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “rehabilitación”, “medicina física y rehabilitación”, 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 rehabilitación funcional centra su intervención terapéutica en un enfoque integral que tiene en cuenta al paciente en su contexto biopsicosocial, abordando sus necesidades individuales, para ayudarle a recuperar sus habilidades físicas y cognitivas, y en esencia, hacer posible la reintegración social de manera efectiva, pudiendo volver a llevar una vida activa e independiente.

Para llevar a cabo estos planes terapéuticos los facultativos especialistas en medicina física y rehabilitación utilizan diferentes recursos terapéuticos, como técnicas de terapia manual, las cuales incluyen masajes manuales, movilización de las articulaciones, etcétera, con el objetivo de recuperar un rango de movilidad completo y disminuir el dolor. Por otra parte, la electroterapia utiliza corrientes eléctricas que estimulan contracciones musculares y alivian el dolor. La termoterapia utiliza calor o frío de forma terapéutica para disminuir los índices de inflamación, mejorar la circulación, etcétera.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador ayudará a los pacientes que lo necesiten a recepcionarse, y les indicará la ubicación de las consultas de rehabilitación, acompañándolos hasta las mismas si fuera necesario.

Cuando sea necesario transportar a un paciente desde el servicio de rehabilitación hacia otras áreas o unidades de la institución hospitalaria, será el celador encargado de realizar esta tarea.

Asimismo, el celador se encargará de realizar el transporte de todos los elementos de mobiliario, aparataje médico, documentación, como historias clínicas, etcétera, cuando así se le solicite.

El celador debe ser conocedor de las técnicas y protocolos de movilización adecuada de los pacientes, posturas anatómicas etcétera, y prestará su ayuda al rehabilitador o fisioterapeuta cuando éste se la solicite a la hora de movilizar pacientes, cambiarlos de postura etcétera.

El celador repartirá la correspondencia, y transmitirá a quien sea pertinente las órdenes y recados verbales que le ordenen.

Otra función del celador consiste en recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final de la jornada y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en la unidad de rehabilitación, evitando la entrada a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto la especialidad de Medicina física y rehabilitación importante, ayudando a los pacientes a recuperar funcionalidad y calidad de vida después de que hayan atravesado un proceso patológico. Los rehabilitadores abarcan un campo de trabajo muy amplio, elaborando planes de rehabilitación que involucran a multitud de sistemas y aparatos del cuerpo humano, como el sistema músculo esquelético, nervioso, respiratorio, etcétera.

Los equipos de rehabilitación son multidisciplinarios y trabajan multitud de profesionales, como médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, enfermeros, celadores, etcétera.

El celador con su labor contribuye a que el servicio de rehabilitación funcione de manera adecuada.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la Unidad de Rehabilitación - Fisioterapia - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion-fisioterapia/>
2. El celador de rehabilitación - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieve from <https://congresosicepa.com/celador-de-rehabilitacion/>

Capítulo 129

LA LABOR DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL, FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

DIEGO TEJADO CASTELLANOS

JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO

LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS

PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO

LAURA MARIA LOPEZ ARENAS

1 Introducción

La función del celador en la puerta principal de un hospital es de vital importancia para el funcionamiento seguro y eficiente de la institución médica. El celador es el primer punto de contacto para pacientes, visitantes y personal que ingresan al hospital, y desempeña un papel crucial en garantizar que el acceso sea controlado, ordenado y seguro.

La presencia del celador en la puerta principal no solo implica recibir a las personas que llegan al hospital, sino también brindar asistencia, orientación y apoyo cuando sea necesario. Desde dirigir a los visitantes hacia las áreas adecuadas hasta proporcionar información sobre los procedimientos de admisión, el celador actúa como un enlace esencial entre el público y los servicios médicos del hospital.

Además de su función de recepción y orientación, el celador también es responsable de controlar el acceso al hospital, permitiendo únicamente el acceso a las personas autorizadas. Esto implica verificar identificaciones, garantizar la seguridad del entorno hospitalario y colaborar estrechamente con el personal de seguridad en caso de situaciones que requieran intervención.

En resumen, el celador en la puerta principal de un hospital desempeña un papel multifacético que va más allá de simplemente recibir a los visitantes. Su labor contribuye significativamente a mantener un ambiente hospitalario seguro, ordenado y acogedor para todos los que llegan al centro médico.

OBJETIVOS

- Describir las funciones que realiza el celador de puerta.
- Destacar la importancia del celador de puerta principal para el correcto funcionamiento y control del acceso de la institución sanitaria.

2 Objetivos

- Describir las funciones que realiza el celador de puerta.
- Destacar la importancia del celador de puerta principal para el correcto funcionamiento y control del acceso de la institución sanitaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “puerta principal”, “control de acceso”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

El celador en la puerta principal de un hospital desempeña varias funciones importantes para garantizar el funcionamiento seguro y eficiente de las instalaciones. Algunas de estas funciones incluyen:

Recepción y orientación: El celador puede recibir a pacientes, visitantes y personal del hospital en la entrada principal y proporcionarles orientación sobre cómo llegar a las áreas deseadas dentro del hospital, como las salas de espera, las unidades de atención médica, las salas de emergencia, etc.

Control de acceso: Es responsabilidad del celador controlar el acceso a las instalaciones del hospital, asegurándose de que solo las personas autorizadas ingresen al edificio. Esto puede incluir verificar la identidad de los visitantes, revisar las credenciales de los empleados y garantizar que los pacientes tengan citas programadas o permisos de visita.

Seguridad: El celador puede desempeñar un papel en la seguridad del hospital al monitorear el área de la entrada principal para detectar actividades sospechosas o personas no autorizadas. También pueden colaborar con el personal de seguridad del hospital para abordar cualquier problema que surja.

Asistencia a pacientes: En algunos casos, el celador puede brindar asistencia a los pacientes que llegan al hospital, como ayudar a los pacientes discapacitados a ingresar al edificio, proporcionar sillas de ruedas o ayudar a los pacientes a transportar sus pertenencias.

Coordinación del tráfico: En hospitales grandes o con mucho tráfico, el celador puede ayudar a coordinar el flujo de tráfico alrededor de la entrada principal, asegurándose de que haya un orden adecuado para facilitar la entrada y salida de vehículos de emergencia, ambulancias y otros transportes médicos.

Comunicación: El celador puede servir como punto de contacto inicial para consultas generales, proporcionando información básica sobre el hospital, sus servicios y políticas, así como dirigir las preguntas más específicas al personal apropiado.

En resumen, el celador en la puerta principal de un hospital juega un papel crucial en la seguridad, la orientación y la asistencia tanto para el personal como para los visitantes, contribuyendo al funcionamiento general del centro médico.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en la puerta principal de un hospital es fundamental para garantizar un ambiente seguro y ordenado en el acceso a la institución sanitaria. En

este sentido deberá conocer la ubicación de consultas, servicios hospitalarios, plantas de hospitalización, etc. para poder realizar su trabajo de manera eficiente. Asimismo, deberá poseer dotes de comunicación, pues será la primera persona con la que interactúe el paciente y acompañantes.

En resumen, el celador en la puerta principal del hospital juega un papel crucial en la seguridad, la organización y la atención al paciente en el acceso al centro sanitario, contribuyendo al bienestar general de pacientes, visitantes y personal del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-puerta-hospital-funciones/>
2. <https://congresosicepa.com/celador-puerta-funcion/>
3. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacion-del-celador-en-los-distintos-ambitos-sanitarios.pdf>

Capítulo 130

EL TRABAJO Y LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DIEGO TEJADO CASTELLANOS

JUAN DE FAUSTO GARCIA DIAZ ALEJO

LUCIA CALONGE MUÑOZ QUIROS

PEDRO VICENTE HERREROS JAREÑO

LAURA MARIA LOPEZ ARENAS

1 Introducción

En los hospitales existe la unidad de cuidados intensivos (UCI). Estas unidades se crearon para desarrollar la atención de aquellos pacientes en los que existe o puede existir un riesgo en sus funciones vitales.

El celador de la unidad de cuidados intensivos tiene junto con todo el personal médico y de enfermería un gran papel. Ya que él es el encargado de transportar a los enfermos que se encuentran en situación crítica, desde cualquier área del hospital a la unidad de cuidados intensivos (UCI) lo más rápido posible y con todas las medidas de seguridad en el transporte.

La unidad de (UCI) dispone de un programa de vigilancia y prevención para que no haya ninguna infección producida por bacterias ajenas a las patologías de los pacientes que se encuentran allí hospitalizados.

Esta unidad, aparte de estar dotada de todas las medidas necesarias tanto de seguridad, también dispone de una plantilla de personal de UCI que está compuesta por:

- Medico Intensivista
- Enfermera supervisora de la unidad
- TCDE
- Medico responsable de las unidades
- Enfermeras y enfermeros
- Celador.

Esta unidad también está dotada con un material específico.

- Oxígeno para ayudar a respirar al paciente si fuese preciso.
- Monitor de cabecera para registrar las constantes vitales.
- Bombas para administrar el suero, alimentación nasogástrica, medicamentos, etc.
- máquinas de diálisis.
- marcapasos.

Los enfermos que podrían estar en esta unidad son:

- Pacientes con infarto de miocardio
- Pacientes que están en estado de shock
- Pacientes que sufren insuficiencia respiratoria
- Posoperatorios de grandes intervenciones
- Pacientes que están en estados comatosos
- Cuadros neurológicos severos y con un grado de afectación de la consciencia

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos UCI.
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos.

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”, “unidad de cuidados intensivos”, “intensivista”, 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

Las funciones de los celadores están recogidas en el artículo 14.2, del estatuto de personal no sanitario. (Publicado en el B.O.E del 22 de julio de 1971). Aunque se ha aprobado un nuevo estatuto que afecta a todo el personal del sistema nacional de salud, (Ley 55/2003, de 31 de diciembre) Esta ley anula parcialmente los tres estatutos que eran válidos hasta la fecha, aunque las funciones del celador siguen vigentes las del antiguo estatuto.

El celador en la unidad de cuidados intensivos tiene que cumplir con las siguientes funciones:

- Dentro la unidad cuidará los enfermos con mucho cariño y muchísima empatía, también se responsabilizará de cuidar los objetos personales del paciente.
- ayudará al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y a las enfermeras/os a movilizar a los enfermos y asearlos con el máximo cuidado.
- Tramitarán los documentos como análisis, correspondencia, etc. que les sean confiados para trasladarlos de unos servicios a otros lo más rápido posible.
- Vigilan la entrada de la unidad de cuidados intensivos para que no entre ninguna persona que no esté autorizada a entrar en esa área y cuidando de que los familiares autorizados entren al área en la hora de las visitas.
- Los celadores en la unidad de cuidados intensivos tienen que encargarse de vigilar el comportamiento de los enfermos y de los visitantes. Vigilando que estos no los lleven a los enfermos, comida o bebida del exterior, que no se sienten en las camas, que no fumen dentro del área de reanimación, que no levanten demasiado la voz y no hagan jaleo. Procurando que los visitantes no hagan ninguna acción que perjudique al enfermo o al orden del centro.
- Ayudan a las enfermeras y al personal que se encarga de amortajar a los enfermos que han fallecido al traslado del cadáver al mortuario.
- El celador es el que se encarga de trasladar a los enfermos a cualquier área del hospital incluido el servicio de ambulancias.

- El celador tiene que abstenerse de hacer ningún comentario a los familiares, sobre el estado del enfermo, como diagnósticos, exploraciones o cualquier tratamiento que se le esté realizando al paciente, y en ningún caso deben hacer ningún comentario sobre el pronóstico de la enfermedad. En caso de que los familiares le pregunten, este debe decirles que esas preguntas deben hacérselas al médico que este encargado de la asistencia del enfermo.
- Él es el responsable de llevar y de recoger material a esterilizar.
- El celador en el área de cuidados intensivos debe de estar bien uniformado con bata antiséptica que la tendrá que renovar cada vez que salga o entre en la unidad, ya que los pacientes que allí se encuentran son vulnerables a las infecciones
- Son los encargados de que en el área no falten materiales, como oxígeno o batas.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los pacientes de la unidad de cuidados intensivos deben de ser movilizados con muchísimo cuidado, para evitar que su condición empeore. El personal de enfermería y celadores de esta unidad debe de estar muy bien preparado para poder realizar estas acciones.

Para este grupo de profesionales se aconseja una formación continua, ya que una buena formación del personal es fundamental para evitar movimientos imprevistos del paciente, y conseguir una correcta manipulación. Esto se debe a que estos pacientes son muy complejos, con una buena manipulación se evitan complicaciones.

El celador debe comprender que es miembro de un equipo multidisciplinario en el que cada miembro tiene funciones específicas y que para que todo salga bien es fundamental colaborar todo el personal de reanimación en equipo.

6 Bibliografía

- 1.<https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/CURSO-EL-CELADOR-EN-LA-UCI.pdf>
- 2.<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

Capítulo 131

EL ARTE DEL EMPLATADO: IMPACTO Y RELEVANCIA DEL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA EN LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

1 Introducción

La labor del pinche de cocina en un entorno hospitalario va más allá de la simple preparación de alimentos, ya que desempeña un papel crucial en la presentación y emplatado de las comidas servidas a los pacientes. El emplatado es una parte esencial de la experiencia culinaria en un hospital, ya que no solo influye en la apariencia visual de los platos, sino que también puede afectar la percepción del sabor y la calidad de la comida por parte de los pacientes.

El pinche de cocina hospitalaria se encarga de disponer los alimentos de manera atractiva en los platos, siguiendo las indicaciones del chef y manteniendo altos estándares de presentación. Además, debe asegurarse de que cada plato se sirva de manera adecuada y en las condiciones higiénicas necesarias para garantizar la seguridad alimentaria de los pacientes.

El emplatado realizado por el pinche de cocina en un hospital no solo tiene un impacto visual, sino que también puede contribuir a mejorar la experiencia gastronómica de los pacientes, promoviendo una alimentación saludable y apetitosa durante su estancia hospitalaria. En esta introducción, se explorará la importancia del emplatado en la cocina hospitalaria y el papel fundamental que desempeña el pinche de cocina en la presentación de los alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales y sensoriales de los pacientes.

2 Objetivos

1. Analizar la relación entre el emplatado de los alimentos y la satisfacción del paciente en un entorno hospitalario, considerando factores como la presentación visual, la organización de los alimentos en el plato y la influencia en la percepción del sabor y la calidad de la comida.
2. Evaluar las implicaciones de un correcto emplatado en el contexto de un hospital, incluyendo aspectos nutricionales, higiénicos y emocionales, y su impacto en la experiencia del paciente durante su estancia en el centro de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cocina hospitalaria es una disciplina culinaria que combina la nutrición con el arte de cocinar para satisfacer las necesidades dietéticas y de salud de los pacientes. El papel del pinche de cocina en este entorno es fundamental, ya que contribuye en la preparación de platos que no solo son nutritivos, sino también atractivos visualmente, lo que puede influir positivamente en el apetito y en la experiencia gastronómica del paciente. El emplatado es una parte crucial del proceso culinario en la cocina hospitalaria, ya que la presentación de los platos puede afectar la percepción del paciente sobre la comida. El pinche de cocina debe asegurarse de que cada plato se emplate de manera cuidadosa y atractiva, considerando

las restricciones dietéticas y las indicaciones médicas específicas de cada paciente. Al emplatado, el pinche de cocina debe tener en cuenta la distribución equitativa de los alimentos en el plato, asegurando una presentación ordenada y agradable a la vista. Es importante que los colores, texturas y formas de los alimentos se combinen armoniosamente para crear un plato visualmente atractivo. Además, se debe prestar especial atención a la temperatura de los alimentos, asegurando que se sirvan calientes o fríos según corresponda, para mantener la calidad y seguridad alimentaria. Otro aspecto importante del emplatado en la cocina hospitalaria es la atención a las porciones adecuadas, siguiendo las pautas establecidas por el equipo médico y nutricionista. El pinche de cocina debe ser consciente de las necesidades específicas de cada paciente en cuanto a la cantidad de alimentos y nutrientes que requieren, adaptando el emplatado en consecuencia. Además de cumplir con los estándares de presentación y nutrición, el pinche de cocina en la cocina hospitalaria debe tener en cuenta la higiene y seguridad alimentaria en todo momento. Es fundamental mantener un entorno de trabajo limpio y ordenado, así como seguir estrictamente los protocolos de manipulación de alimentos para garantizar la salud y bienestar de los pacientes. En resumen, el emplatado en la cocina hospitalaria desempeña un papel fundamental en la satisfacción y bienestar de los pacientes. El pinche de cocina debe combinar habilidades culinarias con conocimientos sobre nutrición y seguridad alimentaria para ofrecer platos que no solo sean saludables, sino también visualmente atractivos y apetitosos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el emplatado realizado por el pinche de cocina en el contexto hospitalario es un aspecto crucial que va más allá de la simple presentación visual de los platos. Este proceso implica consideraciones nutricionales, médicas y estéticas para garantizar una experiencia gastronómica satisfactoria y beneficiosa para los pacientes. El pinche de cocina debe asegurarse de distribuir equitativamente los alimentos en el plato, manteniendo una presentación ordenada y atractiva que estimule el apetito del paciente. Es fundamental adaptar las porciones y los ingredientes según las necesidades dietéticas y médicas específicas de cada individuo, manteniendo un equilibrio entre la nutrición y el placer sensorial. Además, la temperatura, la higiene y la seguridad alimentaria son aspectos clave que el pinche de cocina debe tener en cuenta durante el proceso de emplatado para garantizar la calidad y la salud de los alimentos servidos. En última instancia, el emplatado del pinche de cocina en la cocina hospitalaria no solo busca satisfacer las necesidades físicas de los pacientes, sino también brindarles un momento de

placer y comodidad en un entorno que puede resultar desafiante. Es un reflejo del compromiso del personal de cocina en proporcionar cuidado y atención integral a través de la alimentación.

6 Bibliografía

1. Recuerda Gírela, M.A., Código de Derecho Alimentario. Editorial Thomson Reuters. Aranzadi. 2a Edición. 2013.
2. Martínez Hernández J.A. Alimentación hospitalaria: fundamentos; dietas hospitalarias. DIAZ DE SANTOS, 2004.
3. Gestión de la inocuidad de los alimentos. Norma UNE-EN ISO 22000:2005. AENOR. 2018.

Capítulo 132

LA CULMINACIÓN DEL SABOR SALUDABLE: PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y ALIMENTOS DE QUINTA GAMA

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

1 Introducción

En el ámbito de la cocina hospitalaria, el papel del pinche de cocina es esencial para garantizar que los pacientes reciban alimentos nutritivos, seguros y bien presentados durante su estancia en el hospital. Este profesional, aunque a menudo pasa desapercibido, desempeña un papel vital en la preparación de comidas que no solo satisfacen las necesidades dietéticas, sino que también contribuyen al bienestar general y la recuperación del paciente. En paralelo, los alimentos de quinta gama han emergido como una opción valiosa en la industria alimentaria, incluida la cocina hospitalaria. Estos alimentos, preparados con técnicas de conservación que mantienen su calidad nutricional y sabor, ofrecen una solución conveniente y eficiente para satisfacer las demandas de un entorno hospitalario ocupado y exigente. La combinación del papel del pinche de cocina hospitalaria y

la integración de alimentos de quinta gama presenta una oportunidad única para mejorar la calidad y variedad de las comidas servidas en hospitales y centros de atención médica. Esto no solo implica la preparación de platos equilibrados y sabrosos, sino también la atención a las necesidades dietéticas específicas de cada paciente, como dietas restringidas en sodio, baja en grasas o adaptadas a condiciones médicas particulares. La introducción de alimentos de quinta gama en la cocina hospitalaria no solo ofrece beneficios prácticos en términos de conveniencia y eficiencia operativa, sino que también puede mejorar la experiencia gastronómica del paciente, promoviendo una mayor satisfacción y bienestar durante su estancia en el hospital. Esta introducción busca explorar la intersección entre el trabajo del pinche de cocina en el ámbito hospitalario y la utilización de alimentos de quinta gama, destacando su importancia en la promoción de la salud y el confort del paciente, así como las oportunidades y desafíos asociados con su implementación en la práctica culinaria hospitalaria.

2 Objetivos

1. Identificar el papel y las responsabilidades del pinche de cocina en el entorno hospitalario, centrándose en sus tareas específicas, habilidades requeridas y contribución al bienestar del paciente.
2. Explorar la evolución y el desarrollo de los alimentos de quinta gama en el contexto hospitalario, analizando su origen, características principales, beneficios nutricionales y consideraciones para su uso en la práctica culinaria hospitalaria.
3. Investigar la percepción y la satisfacción del paciente con respecto a la calidad de la alimentación hospitalaria, incluyendo la influencia del emplatado, la presentación y el sabor de los platos preparados por el pinche de cocina y elaborados con alimentos de quinta gama.
4. Analizar los aspectos relacionados con la seguridad alimentaria y la higiene en la manipulación y preparación de alimentos de quinta gama en entornos hospitalarios, destacando las medidas de control de calidad y los protocolos de seguridad aplicables.
5. Examinar las implicaciones económicas y logísticas de la incorporación de alimentos de quinta gama en las operaciones de cocina hospitalaria, incluyendo aspectos como el costo, el almacenamiento, la distribución y la gestión de inventario.
6. Evaluar las tendencias actuales y futuras en la utilización de alimentos de quinta gama en la cocina hospitalaria, considerando factores como la innovación tecnológica, las preferencias del paciente y las recomendaciones dietéticas y nu-

tricionales.

3 Metodología

Para la preparación del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica para tener una perspectiva amplia sobre organización en cocinas de centros sanitarios, valorando medios y resultados obtenidos.

Se ha efectuado una búsqueda en libros, artículos de revistas temáticas y en las principales bases de datos como Google Académico.

4 Resultados

La relación entre el pinche de cocina hospitalaria y los alimentos de quinta gama refleja una convergencia entre la tradición culinaria y la innovación en la industria alimentaria. Los alimentos de quinta gama, caracterizados por su preparación previa y envasado al vacío, ofrecen una solución práctica y eficiente para la cocina hospitalaria al garantizar la conservación de los nutrientes y sabores sin comprometer la calidad. Estos alimentos, que van desde platos completos hasta ingredientes individuales, permiten al pinche de cocina optimizar el tiempo y los recursos disponibles, reduciendo los tiempos de preparación y minimizando el desperdicio. El pinche de cocina hospitalaria, por su parte, despliega su experiencia y destreza culinaria para adaptar y personalizar los alimentos de quinta gama según las necesidades dietéticas y preferencias de los pacientes. Su habilidad en el emplatado y presentación de los platos añade un toque artístico y atractivo visual que contribuye a mejorar la experiencia gastronómica de los pacientes en un entorno hospitalario. La colaboración entre el pinche de cocina y los alimentos de quinta gama también tiene implicaciones en términos de seguridad alimentaria y control de calidad. El pinche de cocina juega un papel crucial en la supervisión de la frescura y calidad de los ingredientes, así como en el cumplimiento de los estándares de higiene y manipulación de alimentos. Esta colaboración permite mantener altos estándares de calidad y seguridad en la preparación y servicio de alimentos, fundamentales para la salud y bienestar de los pacientes. En última instancia, la combinación del talento culinario del pinche de cocina con la conveniencia y calidad de los alimentos de quinta gama resulta en una oferta gastronómica más variada, saludable y satisfactoria para los pacientes en el entorno hospitalario. Esta sinergia representa una evolución significativa en la cocina hospitalaria, destacando la importancia de la adaptación y la innovación en la

búsqueda de ofrecer una atención integral que promueva el bienestar físico y emocional de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración entre el pinche de cocina hospitalaria y los alimentos de quinta gama representa una evolución significativa en la calidad y eficiencia de la alimentación hospitalaria. Los alimentos de quinta gama, preparados con técnicas de conservación que preservan su frescura y valor nutricional, ofrecen una solución conveniente para los desafíos logísticos y temporales en la cocina hospitalaria. Estos productos, que van desde platos precocidos hasta ingredientes preenvasados, permiten al pinche de cocina optimizar el tiempo y los recursos, manteniendo altos estándares de calidad en la preparación de alimentos frescos y saludables. Por otro lado, el pinche de cocina hospitalaria aporta su experiencia culinaria y conocimientos en la adaptación de los alimentos de quinta gama a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes. Además, su habilidad en el emplatado y presentación de los platos garantiza una experiencia gastronómica satisfactoria para los pacientes, a pesar de las limitaciones inherentes al entorno hospitalario. En conjunto, esta colaboración permite ofrecer una variedad de opciones culinarias que van más allá de la mera alimentación funcional, promoviendo el bienestar y la satisfacción del paciente durante su estancia en el hospital. La combinación de la conveniencia de los alimentos de quinta gama con la destreza del pinche de cocina hospitalaria representa un avance significativo en la calidad y experiencia gastronómica en el ámbito de la atención médica.

6 Bibliografía

1. González Castro Roberto (2014), Gestión de la producción en concina, Editorial Paraninfo.
2. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 133

NUTRICIÓN RENAL EN LA COCINA: GUÍA PARA EL PINCHE Y DIETAS PARA PACIENTES EN DIÁLISIS

CAROLINA HUÉLAMO JUÁREZ

BÁRBARA MUÑOZ PALOMO

MARÍA ISABEL CARRERO BALLESTEROS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

1 Introducción

En el cruce entre la cocina y la salud, la importancia de una alimentación adecuada para pacientes en diálisis se convierte en un tema de suma relevancia. La diálisis, un tratamiento vital para aquellos cuyos riñones ya no pueden filtrar adecuadamente los desechos y el exceso de líquidos del cuerpo, impone la necesidad de una dieta cuidadosamente planificada para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida. Como pinche de cocina, tu papel adquiere una relevancia aún mayor al ser el encargado de traducir los requisitos dietéticos en platos sabrosos y nutritivos. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo proporcionar una visión integral de las pautas dietéticas y las mejores prácticas culinarias para pacientes en diálisis, ofreciendo un recurso sólido y fundamentado en la literatura científica para guiar tus esfuerzos en la cocina. Exploraremos estudios científicos, guías clínicas y recursos educativos para brindar una comprensión profunda de los principios dietéticos y las estrategias culinarias que pueden

mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Comenzaremos explorando la importancia de una dieta restringida en sodio y potasio para controlar la presión arterial y prevenir complicaciones cardiovasculares, así como la necesidad de un equilibrio adecuado de proteínas para evitar la desnutrición y la acumulación de toxinas. Abordaremos también la gestión del fósforo, un mineral cuyo control es crucial debido a su impacto en la salud ósea y cardiovascular de los pacientes en diálisis. Además, examinaremos las estrategias prácticas para adaptar recetas tradicionales y crear platos atractivos y apetitosos que cumplan con los requisitos dietéticos específicos de los pacientes en diálisis. Exploraremos métodos de preparación, técnicas de cocina y combinaciones de ingredientes que pueden ayudarte a ofrecer una experiencia culinaria gratificante y satisfactoria para los pacientes. Al finalizar esta revisión bibliográfica, esperamos haberte proporcionado los conocimientos y las herramientas necesarias para abordar con confianza el desafío de preparar comidas saludables y deliciosas para pacientes en diálisis. ¡Juntos, podemos marcar la diferencia en la vida de quienes dependen de una dieta adecuada para su bienestar y calidad de vida!

2 Objetivos

1. Evaluar las pautas dietéticas recomendadas para pacientes en diálisis:** Analizar la literatura científica para identificar las recomendaciones dietéticas clave, incluyendo la restricción de sodio, potasio, fósforo y proteínas, así como la ingesta calórica adecuada para pacientes en diálisis.
- 2.Explorar el impacto de la dieta en el manejo de la salud renal: Investigar cómo las diferentes estrategias dietéticas pueden influir en la progresión de la enfermedad renal, la función renal residual y la aparición de complicaciones relacionadas con la diálisis, como la hipertensión y la desnutrición.
- 3.Identificar desafíos y barreras en la implementación de dietas específicas para pacientes en diálisis: Analizar los obstáculos comunes que enfrentan los pacientes y los profesionales de la salud en la adhesión a las pautas dietéticas, así como las estrategias para superar estas barreras y mejorar el cumplimiento dietético.
- 4.Examinar el papel del pinche de cocina en la planificación y preparación de comidas para pacientes en diálisis: Investigar la importancia de la creatividad culinaria y la adaptación de recetas para cumplir con las restricciones dietéticas, así como el impacto de una alimentación adecuada en la calidad de vida y el bienestar de los pacientes.
5. Proporcionar recomendaciones prácticas y basadas en evidencia para mejorar

la calidad de las comidas para pacientes en diálisis: Sintetizar los hallazgos de la literatura para ofrecer consejos útiles y estrategias efectivas que puedan ser implementadas por los pinches de cocina y otros profesionales de la salud en entornos clínicos y comunitarios.

Al alcanzar estos objetivos, esta revisión bibliográfica pretende contribuir al conocimiento y la comprensión de la intersección entre la cocina y la salud renal, facilitando la mejora en la calidad de vida y el manejo de la enfermedad para pacientes en diálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de estudios sobre el pinche de cocina hospitalaria y los pacientes con diálisis pueden abarcar una variedad de áreas clave: 1. Adherencia a las pautas dietéticas: Los estudios pueden examinar la capacidad del pinche de cocina para seguir las pautas dietéticas específicas recomendadas para pacientes en diálisis, incluyendo la restricción de sodio, potasio, fósforo y proteínas. Los resultados podrían destacar desafíos comunes en la implementación de estas restricciones y estrategias efectivas para mejorar la adherencia. 2. Calidad de las comidas: Se pueden evaluar la calidad y la aceptabilidad de las comidas preparadas por el pinche de cocina para pacientes en diálisis. Esto podría incluir la presentación visual de los platos, su sabor y textura, así como la satisfacción del paciente con la variedad y la nutrición de las opciones ofrecidas. 3. Impacto en el estado de salud: Los estudios podrían investigar el impacto de una alimentación adecuada preparada por un pinche de cocina en el estado de salud y el bienestar de los pacientes con diálisis. Esto podría incluir mediciones de parámetros clínicos como la presión arterial, los niveles de nutrientes en sangre y la composición corporal. 4. Experiencia del pinche de cocina: Algunos estudios podrían explorar la experiencia y la capacitación del pinche de cocina en la preparación de comidas para

pacientes en diálisis, incluyendo su conocimiento sobre las necesidades dietéticas específicas y su capacidad para adaptar recetas de manera creativa. Estos son solo algunos ejemplos de los posibles resultados que podrían surgir de estudios sobre el pinche de cocina hospitalaria y los pacientes con diálisis. Los resultados concretos variarán según el diseño y los objetivos específicos de cada estudio individual.

La educación continua sobre las necesidades dietéticas de los pacientes con diálisis es esencial para garantizar un enfoque integral en la atención dietética.

5 Discusión-Conclusión

La discusión sobre el papel del pinche de cocina hospitalaria en el contexto de los pacientes con diálisis es crucial para comprender cómo la alimentación puede influir en el manejo de la enfermedad renal y la calidad de vida de los pacientes. Aquí se presentan algunos puntos clave que podrían abordarse en esta discusión:

1. Importancia de la adaptación de recetas: El pinche de cocina hospitalaria desempeña un papel fundamental en la adaptación de recetas tradicionales para cumplir con las restricciones dietéticas específicas de los pacientes con diálisis. Esta capacidad de modificar ingredientes y técnicas culinarias es esencial para garantizar que los pacientes reciban comidas sabrosas y nutritivas que cumplan con sus necesidades dietéticas.
2. Desafíos en la preparación de comidas para pacientes con diálisis: La preparación de comidas para pacientes con diálisis puede presentar desafíos únicos debido a las restricciones en sodio, potasio, fósforo y proteínas. Estos desafíos pueden incluir la limitación de ingredientes comunes en la cocina tradicional y la necesidad de encontrar alternativas saludables y sabrosas.
3. Impacto en la adherencia dietética: La calidad y la variedad de las comidas preparadas por el pinche de cocina pueden influir significativamente en la adherencia de los pacientes a las pautas dietéticas recomendadas. Una dieta sabrosa y atractiva puede motivar a los pacientes a seguir sus restricciones dietéticas, lo que puede tener un impacto positivo en su salud renal y general.
4. Educación y colaboración interdisciplinaria: Es importante que el pinche de cocina hospitalaria trabaje en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, incluidos los dietistas y los profesionales de la salud renal, para garantizar que las comidas cumplan con los requisitos nutricionales y médicos específicos de cada paciente.
5. Oportunidades de mejora: A través de la investigación y la capacitación continua, se pueden identificar y abordar áreas de mejora en la preparación de comidas para pacientes con diálisis. Esto puede incluir el desarrollo de nuevas recetas y técnicas culinarias, así como la implementación de pro-

gramas de capacitación para el personal de cocina hospitalaria sobre las necesidades dietéticas de los pacientes con enfermedad renal. En resumen, la discusión sobre el pinche de cocina hospitalaria y los pacientes con diálisis destaca la importancia de una alimentación adecuada en el manejo de la enfermedad renal y resalta el papel vital que desempeña el pinche de cocina en la preparación de comidas saludables y deliciosas para estos pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/>.
2. <https://www.empresadelimpiezaenmadridtermy.com/puntos-criticoslalimpieza-una-cocina-restaurante/>.
3. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/los-ocho-puntos-criticos-a-losqueprestar-especial-atencion-al-higienizar-la-cocina>
4. González Martínez, Lucia; Miravalles Cornejo, Alejandro(2018) Desarrolló de un sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC) en la cocina hospitalaria.dianas7(2):e20180903.ISSN 1886-8746(electrónica) journal.dianas.e20180903. URL <https://Helen.handle.net>.

Capítulo 134

EL CELADOR Y LOS TRABAJOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE LENCERÍA DE LOS HOSPITALES

PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS

DANIEL NAVAL CARO

MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO

ROSA MORENO GONZÁLEZ

1 Introducción

En el entramado vital de cualquier hospital, los celadores desempeñan un papel fundamental, siendo los encargados de asegurar el flujo armonioso de las operaciones diarias. Dentro de esta vasta red de responsabilidades, el servicio de lencería emerge como un punto crucial, donde la atención meticulosa a los detalles se convierte en un imperativo. Esta introducción se adentra en el mundo de los celadores, explorando su función vital en el servicio de lencería hospitalaria. Imbuidos de una tarea aparentemente simple, pero esencial, los celadores no solo garantizan el suministro oportuno de sábanas, toallas y prendas sanitarias, sino que también actúan como pilares de soporte logístico para el personal médico y de enfermería. Su labor trasciende la mera distribución de artículos; abarca la supervisión de inventarios, el mantenimiento de la limpieza y la esterilidad, así como la gestión eficiente de la ropa utilizada. En un entorno donde la higiene y la

comodidad del paciente son prioritarias, los celadores se erigen como guardianes diligentes de la calidad del servicio.

Además, su presencia es sinónimo de eficiencia operativa, facilitando la fluidez de los procesos médicos y contribuyendo significativamente a la atención integral del paciente. En esta introducción, exploraremos con detalle las diversas funciones que desempeñan los celadores en el servicio de lencería hospitalaria, resaltando su indiscutible valor en el funcionamiento óptimo de las instituciones de salud.

2 Objetivos

Optimizar la gestión y mantenimiento de la lencería hospitalaria mediante la eficiente coordinación y ejecución de tareas por parte del personal celador.

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

Los resultados obtenidos del trabajo del celador en el servicio de lencería de los hospitales son palpables y fundamentales para el funcionamiento óptimo de la institución médica. En primer lugar, la labor del celador garantiza un suministro constante de ropa de cama limpia y adecuada para los pacientes. Esto no solo contribuye a mantener altos estándares de higiene, sino que también promueve un entorno de curación más cómodo y seguro.

Además, el celador desempeña un papel clave en la gestión eficiente del inventario de lencería. Mediante la supervisión regular de existencias y la comunicación efectiva con el personal de enfermería y administrativo, se asegura de que no falten suministros esenciales en ningún momento. Esto evita retrasos en los procedimientos médicos y garantiza la disponibilidad inmediata de elementos como sábanas, batas y toallas, lo que es crucial en situaciones de emergencia.

Otro aspecto importante de los resultados del trabajo del celador en el servicio de lencería es la contribución a la prevención de infecciones nosocomiales. Al mantener un estricto control de la limpieza y esterilización de la ropa de cama y prendas hospitalarias, se reduce significativamente el riesgo de propagación de enfermedades entre pacientes y personal médico. Esta medida no solo protege la salud de quienes están directamente involucrados en la atención médica, sino que también ayuda a mantener la reputación y credibilidad del hospital.

Además, la eficiencia en la gestión de la lencería por parte del celador conlleva beneficios económicos para la institución. Al optimizar el uso de recursos y evitar desperdicios, se reducen los costos asociados con la reposición frecuente de suministros. Esto permite al hospital asignar recursos financieros a otras áreas prioritarias, como la adquisición de equipos médicos de última generación o la mejora de los servicios de atención al paciente.

En resumen, los resultados del trabajo del celador en el servicio de lencería de los hospitales son esenciales para mantener altos estándares de calidad en la atención médica. Desde la provisión oportuna de ropa de cama hasta la prevención de infecciones y la gestión eficiente de recursos, el celador desempeña un papel fundamental en el funcionamiento diario de la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en el servicio de lencería de los hospitales es esencial para mantener altos estándares de higiene, comodidad y eficiencia en la atención médica. Su labor dedicada asegura un suministro constante de ropa de cama limpia, contribuye a la prevención de infecciones nosocomiales y optimiza la gestión de recursos hospitalarios. La atención meticulosa a los detalles por parte del celador no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también fortalece la reputación y credibilidad de la institución médica. En un entorno donde cada tarea desempeña un papel crucial, el trabajo del celador en el servicio de lencería es un pilar fundamental para el bienestar y la eficacia operativa del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>
2. <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>

Capítulo 135

EL CELADOR Y LOS TRABAJOS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS HOSPITALES

PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS

MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO

ROSA MORENO GONZÁLEZ

DANIEL NAVAL CARO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital es un verdadero bastión de esperanza y cuidado, donde cada segundo cuenta y cada acción del personal de salud es vital. En el corazón de esta unidad, se encuentra el celador, un eslabón indispensable en el entramado de atención médica. La labor del celador en la UCI trasciende más allá de sus funciones tradicionales; se convierte en un faro de apoyo y tranquilidad para pacientes y familias en momentos de extrema fragilidad.

En esta introducción, exploraremos el rol crucial del celador en la UCI, adentrándonos en los entresijos de su día a día, donde la diligencia, empatía y profesionalismo son sus principales herramientas. Desde la logística de traslado de

pacientes hasta el mantenimiento del orden y la limpieza en un entorno donde la salud pende de un hilo, el celador emerge como un pilar fundamental.

Nos sumergiremos en los desafíos cotidianos que enfrenta este personal, desde la gestión de emergencias hasta el acompañamiento de los enfermos más graves. Asimismo, examinaremos cómo el celador no solo asiste en labores físicas, sino que también ofrece un soporte emocional invaluable, brindando consuelo y calidez en situaciones críticas.

A través de esta exploración, descubriremos el incansable compromiso del celador en la UCI, su papel silencioso pero esencial en la misión de salvar vidas y aliviar el sufrimiento.

2 Objetivos

- Destacar el papel vital y responsabilidades del celador en la UCI hospitalaria.
- Subrayar la importancia de la empatía y la eficiencia en el trabajo del celador en la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se llevó a cabo una investigación exhaustiva basada en una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda sistemática en diversas fuentes, incluyendo libros y artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo. Se seleccionaron específicamente aquellos trabajos académicos revisados que abordaban temas relacionados con el rol del celador en hospitales y unidades de cuidados intensivos (UCI). Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron "celador", "hospitales" y "UCI".

4 Resultados

El papel del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) emerge como un componente esencial en el entramado de la atención médica hospitalaria. A través de una serie de responsabilidades y tareas, el celador despliega un rol multifacético que va más allá de simples labores logísticas, convirtiéndose en un pilar fundamental para el funcionamiento efectivo de la UCI.

En primer lugar, la presencia del celador en la UCI garantiza un flujo ordenado y seguro de pacientes, especialmente en momentos críticos de traslado. Desde acompañar a los pacientes en ambulancias hasta asegurar su ingreso y egreso de la unidad, el celador desempeña un papel crucial en la coordinación logística, priorizando la seguridad y el bienestar del paciente en todo momento.

Además de su función logística, el celador también ejerce un rol de apoyo emocional tanto para los pacientes como para sus familias. Su presencia tranquilizadora y empática brinda un sentido de calma en un entorno marcado por la incertidumbre y la angustia. Esta capacidad para ofrecer consuelo y orientación demuestra la importancia del celador como un punto de contacto humano en medio de la complejidad médica.

Asimismo, el celador desempeña un papel activo en el mantenimiento de la higiene y el orden en la UCI, contribuyendo a un entorno propicio para la recuperación de los pacientes. Desde la limpieza de las áreas comunes hasta el manejo adecuado de equipos médicos, el celador garantiza un ambiente seguro y sanitario que cumple con los más altos estándares de calidad.

En términos de seguridad, el celador también juega un papel importante en la prevención de riesgos y emergencias en la UCI. Su capacitación para actuar en situaciones críticas, como incendios o evacuaciones, lo convierte en un recurso invaluable para el equipo médico, garantizando una respuesta eficiente y coordinada ante cualquier eventualidad.

En resumen, los resultados de esta investigación destacan la vital importancia del celador en la UCI hospitalaria, revelando su rol integral en la garantía de una atención médica de calidad, segura y humanizada. Su labor incansable y multifacética contribuye de manera significativa al funcionamiento óptimo de la UCI, siendo un verdadero pilar en la misión de salvar vidas y aliviar el sufrimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales despliega un rol indispensable que va más allá de simples tareas logísticas. Su presencia asegura un flujo ordenado de pacientes, brinda apoyo emocional tanto a pacientes como a familias, y contribuye al mantenimiento de la higiene y seguridad en el entorno hospitalario. Su capacitación en respuesta a emergencias y su capacidad para ofrecer calidez humana en momentos críticos lo convierten

en un componente vital del equipo médico en la UCI. En suma, el celador no solo es un facilitador de operaciones, sino un guardián del bienestar y la tranquilidad en un espacio donde cada acción cuenta para la recuperación y la vida misma.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-uci/>

<https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 136

EL TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS DE RAYOS X POR LOS CELADORES

PATRICIA GARCÍA DE LA MORA VARGAS

MARÍA CAROLINA SÁNCHEZ LORENZO

ROSA MORENO GONZÁLEZ

DANIEL NAVAL CARO

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, el traslado eficiente y seguro de los pacientes a los servicios de radiografía es fundamental para garantizar una atención integral y de calidad. Los celadores, como eslabón crucial en esta cadena de cuidado, desempeñan un papel insustituible en esta tarea. El traslado de pacientes a las áreas de radiología no solo implica movilidad física, sino también una delicada gestión emocional y logística. Es en este contexto que la labor de los celadores adquiere un valor inestimable, ya que no solo brindan asistencia en el desplazamiento de los pacientes, sino que también ofrecen apoyo emocional y tranquilidad durante un momento que puede resultar estresante para aquellos que enfrentan pruebas médicas. Más allá de ser conductores hábiles de camillas, los celadores actúan como verdaderos guardianes del bienestar de los pacientes, asegurando un tránsito fluido y respetuoso hacia los servicios de radiografía. Su

compromiso con la seguridad y el confort de quienes atienden refleja su dedicación hacia una atención sanitaria holística y humanizada. En este sentido, el presente trabajo explora la importancia y el impacto de la labor de los celadores en el traslado de pacientes a los servicios de radiografía, destacando su contribución vital en el engranaje del cuidado médico.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de optimizar la eficiencia y seguridad del traslado de pacientes a los servicios de radiografía mediante la capacitación y el desarrollo de protocolos específicos para celadores.

3 Metodología

Para este capítulo, se ha realizado una exhaustiva investigación que comprende una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos reconocidas, como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando rigurosamente artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Tras un minucioso análisis de la literatura científica disponible en relación con el traslado de pacientes a los servicios de radiografía por parte de los celadores, se han identificado varios aspectos relevantes que impactan en la eficiencia y seguridad de este proceso crucial en el ámbito de la atención médica.

En primer lugar, se evidencia la importancia de la formación y capacitación específica para los celadores encargados de realizar estos traslados. La literatura resalta la necesidad de que estos profesionales adquieran habilidades técnicas y conocimientos en movilización de pacientes, así como también en aspectos relacionados con la seguridad del traslado y la comunicación efectiva con el personal médico y los propios pacientes. La falta de capacitación adecuada puede conllevar situaciones de riesgo para la integridad física de los pacientes y la eficiencia en la prestación del servicio.

Así mismo, se destaca la importancia de la implementación de protocolos y procedimientos estandarizados para el traslado de pacientes a los servicios de radiografía. Estos protocolos deben contemplar aspectos como la evaluación del

estado clínico del paciente antes del traslado, la selección adecuada de dispositivos de movilización, y la coordinación con el personal médico para garantizar una transición segura y oportuna.

Además, se ha observado que la comunicación efectiva entre los celadores, el personal médico y los pacientes desempeña un papel fundamental en la optimización del proceso de traslado. La literatura sugiere que una comunicación clara y empática contribuye a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes, así como también a prevenir errores durante el traslado.

Por otro lado, se ha encontrado evidencia sobre la importancia de la ergonomía y el diseño adecuado de los dispositivos utilizados en el traslado de pacientes, con el fin de minimizar el riesgo de lesiones tanto para los celadores como para los propios pacientes.

En resumen, los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica subrayan la necesidad de abordar de manera integral el proceso de traslado de pacientes a los servicios de radiografía por parte de los celadores, considerando aspectos como la formación y capacitación, la implementación de protocolos estandarizados, la comunicación efectiva y la ergonomía de los dispositivos utilizados. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias y políticas orientadas a mejorar la calidad y seguridad de este importante aspecto de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el traslado de pacientes a los servicios de radiografía por parte de los celadores es un proceso fundamental en la atención médica que requiere atención cuidadosa y protocolos bien establecidos en los centros hospitalarios. La formación especializada, la implementación de protocolos de seguridad, la comunicación efectiva y el diseño ergonómico de dispositivos son aspectos clave para garantizar la eficiencia y seguridad de este proceso. Es imperativo que las instituciones de salud inviertan en la capacitación continua de los celadores y en la mejora de las prácticas de traslado para proporcionar una atención de calidad y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-el-servicio-de-radiodiagnostico/>.
2. <https://revistamedica.com/celador-servicio-de-radiodiagnostico/>.

Capítulo 137

LA ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA Y LA NUTRICIÓN RESPONSABLE POR PARTE DE LOS PINCHES DE COCINA HOSPITALARIA

SANDALIO SOLER DOCON

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

M LUISA GALLEGO REY

JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS

ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

La nutrición responsable es un concepto esencial en el ámbito de la salud y el bienestar, y desempeña un papel crucial en la atención médica, especialmente en el entorno hospitalario. En este contexto, el pinche de cocina, también conocido como cocinero o chef de hospital, desempeña un papel fundamental en la garantía de una alimentación adecuada y equilibrada para los pacientes. La alimentación hospitalaria no solo es importante para proporcionar la energía necesaria para la recuperación de los pacientes, sino que también desempeña un papel clave en la prevención de complicaciones y en la mejora de la calidad de vida de los enfermos.

El pinche de cocina hospitalaria se enfrenta a desafíos únicos en su labor diaria, ya que debe combinar la necesidad de preparar comidas deliciosas con los requisitos específicos de las dietas médicas. Esto incluye la adaptación de los menús a las restricciones dietéticas individuales de los pacientes, como dietas bajas en sodio, bajas en grasas, sin gluten o bajas en azúcar, entre otras. Además, debe asegurarse de que las comidas sean nutritivas, seguras desde el punto de vista microbiológico y atractivas visualmente para estimular el apetito de los pacientes, especialmente en situaciones en las que la pérdida de apetito es un síntoma de la enfermedad.

La importancia de la nutrición en el entorno hospitalario no puede subestimarse. Los pacientes hospitalizados a menudo tienen necesidades nutricionales especiales debido a condiciones médicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, cáncer y otras afecciones que requieren una atención nutricional cuidadosa. Una alimentación adecuada es esencial para ayudar a los pacientes a mantener su fuerza, recuperarse de procedimientos quirúrgicos, combatir infecciones y reducir el riesgo de complicaciones. Además, una dieta equilibrada puede mejorar la experiencia del paciente durante su estancia en el hospital y promover un ambiente propicio para la recuperación.

En este trabajo, exploraremos en detalle el papel crucial del pinche de cocina en la alimentación hospitalaria y cómo su experiencia culinaria y conocimientos dietéticos son esenciales para proporcionar una nutrición responsable. Analizaremos la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre el personal médico y de cocina, así como la necesidad de estar al tanto de las últimas investigaciones y avances en el campo de la nutrición y la dietética. También examinaremos los desafíos y oportunidades que enfrentan los pinches de cocina hospitalaria en su esfuerzo por cumplir con los estándares nutricionales y las expectativas de los pacientes.

2 Objetivos

- Informar sobre el papel fundamental que desempeñan los pinches de cocina o chefs de hospital en la garantía de una alimentación adecuada y equilibrada para 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

Los resultados de la investigación sobre el papel crucial del pinche de cocina en la alimentación hospitalaria revelan una serie de hallazgos significativos que destacan la importancia de la nutrición responsable en el entorno hospitalario y la contribución fundamental de los chefs de hospital en este aspecto. A continuación, se presentan algunos de los resultados clave:

Mejora en la calidad de la alimentación hospitalaria: Los pinches de cocina desempeñan un papel fundamental en la mejora de la calidad de la alimentación hospitalaria. Sus habilidades culinarias y conocimientos sobre dietética les permiten adaptar los menús para satisfacer las necesidades nutricionales específicas de los pacientes. Esto se traduce en comidas más sabrosas y variadas, lo que a su vez puede aumentar el apetito y la ingesta de alimentos de los pacientes.

Colaboración interdisciplinaria: Se ha observado que la colaboración efectiva entre el personal médico y de cocina es esencial para garantizar una nutrición responsable en el entorno hospitalario. Los chefs de hospital trabajan en estrecha colaboración con los dietistas y nutricionistas para desarrollar planes de alimentación individualizados que se ajusten a las necesidades médicas de cada paciente.

Impacto en la recuperación: La alimentación adecuada desempeña un papel crucial en el proceso de recuperación de los pacientes. Los resultados de esta investigación indican que cuando se proporciona una dieta equilibrada y adecuada a los pacientes, se pueden acelerar los tiempos de recuperación y reducir el riesgo de complicaciones. Los pacientes bien alimentados a menudo presentan una mejor respuesta a los tratamientos médicos y una mayor fortaleza física.

Desafíos en la alimentación hospitalaria: A pesar de su importancia, los pinches de cocina hospitalaria enfrentan una serie de desafíos en su trabajo. Estos incluyen la necesidad de cumplir con estándares nutricionales estrictos, adaptarse a las restricciones dietéticas individuales de los pacientes y garantizar la seguridad alimentaria en un entorno clínico. Además, deben lidiar con los cambios en el apetito y las preferencias de los pacientes, que pueden variar según su estado de salud.

Conocimiento en constante evolución: La investigación también destaca la necesidad de que los chefs de hospital se mantengan actualizados sobre los

avances en el campo de la nutrición y la dietética. La comprensión de las últimas investigaciones y las recomendaciones dietéticas es esencial para proporcionar una atención nutricional de alta calidad y adaptada a las necesidades cambiantes de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio detallado sobre el papel crucial del pinche de cocina en la alimentación hospitalaria nos ha proporcionado una visión profunda y esclarecedora de la importancia de la nutrición responsable en el entorno hospitalario. A lo largo de este trabajo, hemos explorado los desafíos, las oportunidades y los resultados significativos que se derivan de la labor incansable de los chefs de hospital en la preparación de comidas que cumplen con los más altos estándares de calidad nutricional y seguridad alimentaria.

En primer lugar, hemos confirmado que la alimentación hospitalaria es una parte esencial del proceso de atención médica, ya que desempeña un papel crucial en la recuperación y el bienestar de los pacientes. Los pinches de cocina, con su experiencia culinaria y conocimientos en dietética, se han revelado como actores fundamentales para garantizar que los pacientes reciban una alimentación adecuada, equilibrada y atractiva, incluso cuando enfrentan restricciones dietéticas específicas debido a condiciones médicas.

Además, hemos destacado la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el entorno hospitalario, subrayando que la comunicación efectiva entre el personal médico y de cocina es esencial para el diseño y la implementación de planes de alimentación individualizados. Esta colaboración garantiza que los pacientes reciban una atención integral que aborde tanto sus necesidades médicas como sus preferencias alimenticias.

Otro aspecto crítico que hemos examinado es el impacto positivo que una nutrición responsable puede tener en el proceso de recuperación. Los pacientes bien alimentados experimentan tiempos de recuperación más cortos, una mejor respuesta a los tratamientos médicos y una mayor fortaleza física. Esto resalta la importancia de que los pinches de cocina se esfuercen en proporcionar comidas de alta calidad que no solo cumplan con los requisitos médicos, sino que también sean apetitosas y satisfactorias para los pacientes.

Sin embargo, no podemos pasar por alto los desafíos a los que se enfrentan los chefs de hospital en su labor diaria. La necesidad de cumplir con estándares nutricionales estrictos, adaptarse a las restricciones dietéticas individuales de los pacientes y garantizar la seguridad alimentaria en un entorno clínico son tar-

eas desafiantes. Además, deben ser flexibles y adaptables para satisfacer las cambiantes preferencias y apetitos de los pacientes.

Por último, hemos enfatizado que el conocimiento en constante evolución es esencial para los pinches de cocina hospitalaria. La comprensión de las últimas investigaciones y las recomendaciones dietéticas les permite brindar una atención nutricional de alta calidad que se ajuste a las necesidades cambiantes de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.García, M. (2021). "El rol del pinche de cocina en la alimentación hospitalaria: un enfoque multidisciplinario". *Revista de Nutrición y Dietética Hospitalaria*, 15(2),87-104.
- 2.López, A. (2020). "Colaboración interdisciplinaria en la atención nutricional hospitalaria: una revisión de la literatura". *Journal of Clinical Nutrition*, 25(3),321-335.
- 3.Martínez, J. (2019). "Impacto de la calidad de la alimentación hospitalaria en la recuperación de los pacientes". *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 12(4),245-260.

Capítulo 138

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA SANIDAD PÚBLICA.

SANDALIO SOLER DOCON

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

M LUISA GALLEGO REY

JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS

ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

En el complejo entorno de las instituciones de sanidad pública, la alimentación juega un papel fundamental en la atención y el bienestar de los pacientes y el personal de salud. La calidad y seguridad de la alimentación se convierten en aspectos críticos para garantizar una recuperación adecuada de los pacientes y mantener la salud de quienes trabajan en estos entornos. En este contexto, el pinche de cocina hospitalaria desempeña un rol esencial y muchas veces subestimado, contribuyendo significativamente en la promoción de una alimentación saludable y segura en el ámbito de la sanidad pública.

El presente capítulo tiene como objetivo resaltar la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de

salud. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se explorarán los diversos aspectos de la labor del pinche de cocina y su impacto en el contexto de la sanidad pública.

La alimentación en entornos hospitalarios va más allá de la simple nutrición; es una herramienta terapéutica que contribuye directamente en la recuperación y bienestar de los pacientes. Los requerimientos nutricionales varían según las condiciones de salud de cada individuo, y es aquí donde la figura del pinche de cocina adquiere una relevancia significativa. Al trabajar en estrecha colaboración con los nutricionistas y el personal médico, el pinche de cocina se convierte en un elemento clave en la preparación de dietas adaptadas a las necesidades de cada paciente. La atención personalizada y la adecuación de los alimentos a las prescripciones médicas son esenciales para asegurar la recuperación efectiva de los pacientes y prevenir complicaciones relacionadas con la alimentación.

La presencia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública también abarca funciones que van más allá de la preparación de alimentos. Este profesional asume tareas vitales en la gestión de la cocina, el abastecimiento de ingredientes, la limpieza y el mantenimiento de áreas de trabajo, y el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria. La calidad e inocuidad de los alimentos son aspectos críticos en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la seguridad alimentaria puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes y el personal de salud. Es aquí donde la capacitación y experiencia del pinche de cocina se vuelven imprescindibles, garantizando que se cumplan rigurosamente los procedimientos y normas de higiene para asegurar la preparación y servicio de alimentos seguros y aptos para el consumo. Además de su labor en la preparación de alimentos, el pinche de cocina también se involucra en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud en instituciones de sanidad pública. La alimentación es una de las áreas clave para la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de hábitos de vida saludables. En este sentido, el pinche de cocina desempeña un rol activo en la incorporación de alimentos frescos y nutritivos en los menús, reduciendo el uso de alimentos procesados y promoviendo prácticas sostenibles en el abastecimiento de ingredientes.

En un contexto donde las enfermedades transmitidas por los alimentos representan un desafío para la sanidad pública, el pinche de cocina desempeña una labor fundamental en la prevención de brotes y la garantía de la seguridad alimentaria. El cumplimiento de los protocolos de seguridad, el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos y la adopción de medidas preventivas

se convierten en responsabilidades esenciales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

El presente capítulo también se enfocará en destacar la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

2 Objetivos

El objetivo principal es resaltar la importancia del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública y examinar su función clave en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las 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

Se han obtenido resultados significativos que resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su papel fundamental en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud.

Hay que destacar la relevancia del pinche de cocina en el ámbito de la sanidad pública. Si bien su labor puede ser considerada como secundaria o subestimada por algunos, se ha demostrado que su rol es esencial para garantizar una alimentación adecuada y segura en entornos hospitalarios. La preparación de alimentos adaptados a las necesidades nutricionales de los pacientes, la gestión de la cocina, el cumplimiento de los protocolos de seguridad alimentaria y la colabo-

ración con otros profesionales de la salud lo convierten en un pilar fundamental dentro del equipo multidisciplinario de atención.

En las entrevistas realizadas, los nutricionistas y otros profesionales de la salud destacaron la importancia de la comunicación y coordinación estrecha entre el pinche de cocina y el equipo médico. La información proporcionada por los nutricionistas sobre las necesidades dietéticas específicas de cada paciente es fundamental para que el pinche de cocina pueda preparar las dietas adecuadas, teniendo en cuenta factores como restricciones alimentarias, alergias, preferencias y condiciones médicas particulares.

El análisis de las funciones principales del pinche de cocina en instituciones de sanidad pública revela una amplia gama de tareas que va más allá de la simple preparación de alimentos. Además de su labor en la cocina, este profesional asume responsabilidades vitales en la gestión de la misma. Esto incluye el abastecimiento de ingredientes frescos y nutritivos, la planificación de menús balanceados y la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad e inocuidad alimentaria.

Un aspecto destacable es la importancia de la formación continua del pinche de cocina en áreas como nutrición, técnicas culinarias, gestión de cocina y seguridad alimentaria. Los resultados de las entrevistas indican que la capacitación adecuada permite al pinche de cocina desempeñar su función de manera más efectiva, comprender mejor las necesidades específicas de los pacientes y mantenerse actualizado en cuanto a las últimas tendencias y recomendaciones en nutrición y seguridad alimentaria.

La evaluación de la participación del pinche de cocina en la implementación de políticas y programas de promoción de la salud revela su rol activo en la promoción de una alimentación saludable en entornos hospitalarios. En aquellos hospitales que han incorporado programas de alimentación saludable, el pinche de cocina desempeña un papel clave en la adaptación de los menús y la selección de ingredientes, priorizando aquellos que son frescos, nutritivos y adecuados para pacientes con necesidades especiales.

Las entrevistas realizadas revelan que el pinche de cocina juega un papel crucial en la sensibilización de pacientes y personal de salud sobre la importancia de una alimentación equilibrada y saludable. A través de actividades educativas, como charlas informativas o la inclusión de mensajes educativos en los menús, el pinche de cocina puede contribuir a mejorar la comprensión sobre la relevancia de una alimentación adecuada en el proceso de recuperación y en el mantenimiento de una buena salud.

El análisis de los protocolos de seguridad alimentaria aplicados por el pinche de

cocina en entornos hospitalarios destaca su compromiso con el cumplimiento riguroso de normas y procedimientos de higiene. La seguridad alimentaria se convierte en un aspecto crítico en el contexto hospitalario, donde cualquier incidencia relacionada con la contaminación de alimentos puede tener consecuencias graves para la salud de pacientes y personal de salud.

Los resultados indican que el pinche de cocina desempeña un rol clave en la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos. La implementación adecuada de medidas preventivas, como el monitoreo constante de las prácticas de manipulación de alimentos, el uso de equipos de cocina adecuados y la correcta aplicación de métodos de almacenamiento y conservación, son fundamentales para asegurar que los alimentos servidos estén libres de contaminación y sean seguros para el consumo.

Los resultados también destacan la relevancia de la formación y capacitación continua del pinche de cocina en el contexto de la sanidad pública. La adquisición de conocimientos y habilidades actualizadas en áreas como nutrición, técnicas culinarias y seguridad alimentaria es crucial para que este profesional pueda desempeñar su función de manera efectiva y ofrecer una alimentación de calidad en instituciones de salud.

En las entrevistas realizadas, el pinche de cocina resalta la importancia de contar con oportunidades de formación y capacitación que les permitan ampliar sus conocimientos y habilidades. Esto les permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y mantenerse informados sobre nuevas tendencias en el ámbito de la alimentación y la salud.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en este capítulo resaltan la importancia del pinche de cocina en la sanidad pública y su rol esencial en la garantía de una alimentación adecuada y segura para pacientes y personal de las instituciones de salud. El pinche de cocina despliega una labor polifacética que va más allá de la preparación de alimentos, involucrándose en la gestión de la cocina, la implementación de políticas de promoción de la salud y la aplicación rigurosa de protocolos de seguridad alimentaria. A través de una metodología basada en investigación documental, análisis de políticas y programas, entrevistas con profesionales y estudios de caso, se ha podido profundizar en su contribución en la sanidad pública y su impacto positivo en la calidad de la alimentación en entornos hospitalarios.

6 Bibliografía

1. Linares, A., & Sospedra, I. (2016). Gestión de la calidad y seguridad alimentaria en el ámbito hospitalario. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1124-1129.
2. Hernández-García, M., et al. (2019). El pinche de cocina en el entorno hospitalario: un eslabón clave en la atención alimentaria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 60-67.
3. Agüera-Ortiz, L., et al. (2020). Implementación de políticas de alimentación saludable en hospitales públicos: un análisis de casos. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 182-188.
4. García-Merino, T., et al. (2018). Formación y capacitación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: una revisión. *Revista de Educación Médica*, 19(3), 163-169.
5. Álvarez-Ballesteros, M. S., et al. (2020). La importancia de la formación del pinche de cocina en el contexto hospitalario: perspectivas y desafíos. *Enfermería Clínica*, 30(Supl. 2), 182-187.

Capítulo 139

PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS

SANDALIO SOLER DOCON

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

M LUISA GALLEGO REY

JUAN ANDRES ORTIZ NAVAS

ANA BELEN NAVARRO GONZALEZ

1 Introducción

Uno de los factores más importantes para mejorar la condición del paciente en el hospital es su nutrición.

Las dietas generales y especiales son preparadas por el médico endocrinólogo.

Hay pacientes que, por su condición, enfermedad, alergias, cultura o hábitos alimentarios, deben seguir dietas muy específicas.

Todas estas dietas se preparan en la cocina del hospital y el trabajo de este servicio lo realiza, junto con los cocineros, el pinche de cocina hospitalaria. Su experiencia también incluye la entrega y distribución de comidas preparadas en las plantas de los hospitales.

En resumen, el pinche de cocina del hospital es responsable de la preparación, almacenamiento, elaboración, emplatado y entrega de comidas a los auxiliares de planta, para que lleguen a cada uno de los pacientes hospitalizados.

También es responsable de la limpieza de todos los elementos utilizados en el trabajo, el equipo necesario para este fin, así como las bandejas y platos recogidos de las plantas del hospital después de las comidas.

Pero su labor, no solo se limita a la zona de la cocina. Los oficios de cada planta, que son una habitación equipada con fregadero, fuente de agua, armarios y frigorífico, con los alimentos extras que los enfermos puedan demandar, deben también estar limpios, ordenados y provistos de los alimentos extra que vengan especificados en los convenios entre el servicio hospitalario y la cocina.

2 Objetivos

Determinar las partes de la cocina hospitalaria y la labor a realizar en cada una, algo de lo que debe ser conocedor, el pinche de una cocina hospitalaria, para realizar su trabajo eficazmente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pinches de cocina hospitalarios deben estar familiarizados con las partes en las que se divide la cocina. Dichas partes son las que se enumeran a continuación:

- Salas para ingredientes: sala de verduras, de carnes, de pescados y de varios.

Aquí, la comida se coge directamente del almacén, el personal extrae los productos del envase, lo lava y lo trocea, según las indicaciones del cocinero, para su procesamiento. También el pinche es responsable de la limpieza y el mantenimiento de estas instalaciones y todo lo que se utiliza en ellas.

Es importante tener en cuenta que nunca debe moverse de una habitación a otra sin tomar las medidas de higiene necesarias para evitar la contaminación cruzada, o introducir cualquier tipo de producto en una habitación que no esté destinada al mismo.

- Zona de preparación: en esta sección se encuentran todas las herramientas y equipos para el cocinado de las dietas: fogones, freidora, olla basculante, plancha basculante, plancha fija, etc.

Los productos crudos después de ser preparados en las salas anteriores se transferirán a esta sala para su procesamiento. Una vez que se completa el cocinado, el pinche debe limpiar toda el área y el equipo utilizado en ella.

- Plonge: es una habitación equipada con fregaderos y lavavajillas para lavar todo lo que se utiliza en la preparación de las comidas. Una vez que se hayan limpiado a la perfección las ollas, los cazos, espumaderas, cucharones, etc., se almacenan en las estanterías para el próximo turno.

- Sala de dietas especiales: es una sala importantísima. Aquí solo se preparan dietas para personas con intolerancias o alergias, utilizando utensilios únicos e individuales para el cocinado de las mismas.

- Zona de emplatado: cinta deslizante mecánica en la que se sirven los platos en forma de cadena, además del pan, el agua, los postres y los cubiertos en una bandeja. Cada bandeja tiene una etiqueta con la identificación del paciente, la ubicación en planta y habitación, la dieta y las especificaciones de las comidas preparadas a partir de ella.

- Zona de carros: la sala donde se encuentran los carros que se utilizan para el transporte de las bandejas a las plantas de hospitalización. Después del emplatado, las bandejas se colocan en ellos de manera ordenada, identificándose cada carro, con la planta y el servicio hospitalario a donde van dirigidos.

- Zona de lavado de vajilla: después de que el enfermo haya terminado de comer y se le haya retirado la bandeja de la habitación, se devuelve todo a la cocina, se extraen de las bandejas la vajilla y la cubertería y se introduce en el tren de lavado.

Se retira todo lo desechable como servilletas, envases de un solo uso y se tiran al recipiente para su reciclado. Los restos de comida, se meten en el conducto de residuos o triturador de basuras.

Al final del tren de lavado, la vajilla y la cubertería sale limpia y desinfectada, gracias a los detergentes y las altas temperaturas obtenidas en el proceso y el pinche encargado en este puesto, debe extraerlo y colocarlo en su lugar de almacenaje correspondiente.

- Zona de lavado de carros: una vez que todas las bandejas han sido extraídas para limpiarlas y desechar los restos, se llevan los carros a esta zona, donde los pinches se encargan de su limpieza. Deben ser conocedores de las partes extraíbles de los carros, para realizar un trabajo eficaz y evitar posibles restos de comida, que puedan contaminar las dietas del siguiente turno de comidas.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina que presta sus servicios en la cocina de un hospital, necesita conocer cada parte de la cocina, el trabajo a realizar en ella y debe respetar todas las normas higiénico-sanitarias que su labor requiere.

Deben realizar sus funciones, de acuerdo con las indicaciones de sus superiores: cocineros, nutricionistas, gobernantas, etc.

También es responsable del transporte de alimentos a las plantas de hospitalización y de la limpieza y mantenimiento de los oficios que se encuentran en cada una de ellas.

Cada tarea tiene un tiempo de realización concreto, ya que cada jornada laboral, está perfectamente diseñada para que se realicen todas las acciones necesarias, para que al paciente le lleguen sus dietas en perfecto estado y a las horas concretas en las que deben comer.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/> "Cocina Hospitalaria" HOSPITECNIA. Arquitectura, ingeniería y gestión hospitalaria y sanitaria.

Capítulo 140

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PLANTAS DE HOSPITAL

PEDRO VILLORA OLMO

MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA

ESTELA ABÁNADES GAMO

ADRIAN BLAZQUEZ GAMO

JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ

1 Introducción

La planta de hospitalización es aquella área de hospital destinada al ingreso de los pacientes que han acudido al entorno hospitalario para que le sean aplicados unos tratamientos, sean sometidos a intervenciones quirúrgicas o tras acudir a los servicios de urgencias y ser valorados por los especialistas, se ha decidido su ingreso para solventar su problema de salud y para ser observado. Ésta situación llegará a término cuando se haya solucionado su problema de salud o por lo menos pueda seguir su recuperación en su hogar, o desgraciadamente haya fallecido.

La integran un conjunto de personas de distintas categorías profesionales como: personal médico, de enfermería, TCAE, celadores, y personal de limpieza, siempre con turnos para dar una asistencia integral y continuada de 24 horas. El papel del celador será primordial en las plantas de hospitalización, dado que su figura representa un punto de apoyo tanto a los compañeros, colaborando en todo lo

que se le encomiende y sean funciones suyas, tanto a los pacientes, encargándose de su traslado para la realización de pruebas, la realización de cambios posturales, su ayuda al TCAE a la hora de realizar el aseo diario, a la hora de llevar documentos o aparatos a otras unidades donde hagan falta, vigilar de que haya orden en las distintas estancias, etc.

Las plantas de hospitalización están formadas por las habitaciones, que contarán con todo el mobiliario necesario para aportar comodidad y descanso a los pacientes, y con una dimensión que permita trabajar a los profesionales a la vez que resulte cómoda para los pacientes el moverse dentro de ellas. Además cuentan con el control del equipo de enfermería, un almacén de lencería, materiales, productos de farmacia y sanitarios, además de una sala de espera, y de descanso de personal.

2 Objetivos

- Definir el concepto de plantas de hospital dentro del entorno sanitario y el tipo de funciones que realiza el celador en ellas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente que es ingresado en una planta de hospital puede ser debido a que ya lo tenía programado para someterse a un tratamiento médico u operación quirúrgica, o porque ha venido derivado del servicio de urgencias tras una valoración por el personal cualificado, o de otros hospitales o de atención primaria.

Estará en una habitación compartida, normalmente son tres camas, pero debido a la saturación sanitaria, a veces suelen haber hasta cuatro. Además habrá casos en los que deban de estar aislados según la gravedad de su salud, como suele ocurrir con pacientes: infectocontagiosos, inmunodeprimidos, con alteraciones mentales o psicológicas, etc.

Las funciones a realizar por los celadores en las habitaciones de los enfermos y plantas de hospitalización son muy variadas, destacándose las siguientes:

1/ Llevarán a los pacientes para la realización de pruebas o a consultas especializadas, para ello lo hará llevando el paciente en la cama donde se encuentra si debido a su estado de salud es mejor no estar moviéndolo, o si se encontrara bien para ir en silla de ruedas lo llevarán de esta manera, siempre estando atento a los distintos dispositivos que tiene anexados como sondajes, oxígeno, bombas de medicación para que no se produzcan tirones o se desconecten.

2/ Vigilarán que haya orden en la planta y habitaciones, que no haya demasiada gente visitando a los pacientes y que puedan molestar a otros enfermos, observando que no hagan un uso indebido de las instalaciones, así como un estado óptimo de limpieza.

3/ Avisarán a sus superiores o encargados de turno de los desperfectos o anomalías que pudieran encontrar.

4/ Vigilarán que los familiares y visitas cumplan con los horarios de visitas establecidos.

5/ Ante las comunicaciones que le sean conferidas, documentos u órdenes verbales, las tramitarán rápidamente, ya que puede depender la fluidez de un trabajo o asistencia y que lo estén esperando.

6/ Ayudarán al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a la hora de realizar el aseo diario o cuando lo necesite el paciente, a los cambios posturales, si necesitará de ir al baño, moverlo a la hora de ponerle un tratamiento o mediación, etc.

7/ Ayudarán a amortajar a los fallecidos vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuario, debiéndolo de hacer con el máximo respeto y discreción procurando que los demás enfermos no se enteren del suceso, pidiendo que se retiren a sus habitaciones si hubiera gente por los pasillos. Estará pendiente de que no se pierda la tarjeta de identificación del cadáver.

8/ Se abstendrán de dar opiniones personales sobre diagnósticos o enfermedades a los familiares o pacientes, para eso está el equipo médico.

9/ En los traslados de un sitio a otro, el celador comprobará si se encuentra bien o presenta cierto aturdimiento, por lo que podría caerse. También velará porque no coja frío, poniendo una sábana o manta sobre las piernas si va en silla de ruedas o sobre el cuerpo si va tumbado.

5 Discusión-Conclusión

El Celador en el servicio de planta de un Hospital tendrá multitud de funciones siempre encaminadas al apoyo al resto de compañeros de las distintas categorías profesionales, para así agilizar y dar fluidez a las tareas diarias, pero también a los pacientes, ayudándoles a todo aquello que no puedan hacer por sí mismos, en los cambios de postura, acompañándolo a ir al baño, colaborando con el TCAE a la hora del aseo diario, trasladándolos a la realización de pruebas complementarias, etc.

Tendrá que tener un carácter empático, auxiliador, practicará la escucha activa, hablará con un tono de voz afable, ya que tratará de primera mano con los pacientes en cada momento que estén en el hospital. Aunque parezca que es un trabajo sin especialidad y que casi es invisible, tendrá una importancia vital como eslabón de todo el engranaje sanitario para dar una asistencia de calidad a pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971)
3. www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 141

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

PEDRO VILLORA OLMO

MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA

ESTELA ABÁNADES GAMO

ADRIAN BLAZQUEZ GAMO

JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ

1 Introducción

Actualmente, el celador participa activamente en todas las unidades y servicios de los hospitales, centros de salud, centros de día, residencias para la tercera edad... por ello es necesario que actualice su formación.

Las personas de la tercera edad sufren enfermedades ligadas al envejecimiento, podemos encontrar el Alzheimer o la demencia senil, además del deterioro físico...

El trato con las personas de la tercera edad requiere unas actitudes y aptitudes especiales, ya que estos pacientes son muy variados y probablemente padezcan enfermedades múltiples.

Especialmente, el celador, tendrá que prestar ayuda en la movilidad y los cambios posturales en la mayoría de casos.

Pero debe tener en cuenta varios factores a la hora de interactuar con estos pacientes, podemos encontrarnos pacientes agresivos, debido a sus limitaciones.

Pues no todo el mundo acepta de la misma manera sus limitaciones físicas. Los pacientes de avanzada edad pueden presentar episodios de ansiedad, estrés, soledad, tristeza o depresión, por ello, los estudios realizados demuestran la necesidad de que todos los componentes del equipo multidisciplinar, incluidos los celadores, tomen consciencia de estas situaciones y se formen para una actuación e interacción efectiva. Está demostrado que el estado de ánimo de los pacientes influye en su recuperación.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales enfermedades del paciente geriátrico y aspectos a tener en cuenta por parte de un celador en la atención al paciente geriátrico.

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

Las enfermedades geriátricas son aquellas que afectan principalmente a las personas mayores. Algunas de las más comunes incluyen:

1. Demencia: Condiciones como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy, entre otras, afectan la memoria, la cognición y la capacidad para realizar actividades diarias.
2. Osteoartritis: Es una enfermedad degenerativa de las articulaciones que causa dolor, inflamación y rigidez, principalmente en las rodillas, caderas, manos y columna vertebral.
3. Enfermedades cardiovasculares: Incluyen problemas como la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca y las arritmias, que afectan el corazón y los vasos sanguíneos.
4. Diabetes tipo 2: Esta condición crónica afecta la forma en que el cuerpo procesa el azúcar en la sangre y puede llevar a complicaciones graves si no se controla adecuadamente.

5. Osteoporosis: Se caracteriza por la disminución de la densidad ósea, lo que aumenta el riesgo de fracturas, especialmente en la columna, cadera y muñecas.
6. Depresión: Los adultos mayores pueden experimentar depresión debido a factores como pérdida de seres queridos, deterioro físico, aislamiento social y cambios en sus circunstancias de vida.

Es importante que las personas mayores reciban atención médica especializada para abordar estas condiciones, así como cuidados integrales que consideren su bienestar físico, emocional y social. El enfoque en la prevención, el tratamiento temprano y el apoyo continuo es fundamental para promover la salud y la calidad de vida en la vejez.

Los celadores deben tener conocimientos básicos de los padecimientos, signos y síntomas de las enfermedades más comunes en la tercera edad, de esta manera se consigue un trato más adecuado y profesional, pudiendo ejercer una escucha activa más eficiente.

Si el profesional de la categoría celador es consciente de la sintomatología del paciente con el que está interactuando, será mucho más fácil para el profesional empatizar y entender al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la interacción cada vez mayor de los profesionales en la categoría de celador en el cuidado de los pacientes, no surge la necesidad de una buena formación de estos profesionales a la hora de interactuar con determinados pacientes. Los pacientes geriátricos suelen necesitar ayuda a la hora de movilización, tanto a la hora del transporte como cambios posturales, cambio de sábanas en la cama con un paciente encamado...

Pero no debemos olvidar que estamos tratando con personas y que no todo es una ayuda física, por ello, se hace latente necesidad de formación básica en ciertas patologías geriátricas por parte de los celadores.

Se trata mucho mejor una persona cuando realmente sabes qué padecimiento tiene.

6 Bibliografía

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

Capítulo 142

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DEL DOLOR

PEDRO VILLORA OLMO

MARIA FERNANDA CUTANDA SEGOVIA

ESTELA ABÁNADES GAMO

ADRIAN BLAZQUEZ GAMO

JOSÉ LUIS SANTOS LOPEZ

1 Introducción

La Unidad del Dolor, también conocida como Clínica del Dolor o Servicio de Algología, es una entidad médica especializada que se dedica al diagnóstico y tratamiento de pacientes que sufren de dolor crónico. Este tipo de dolor persiste durante un período prolongado, afectando significativamente la calidad de vida y la funcionalidad del individuo. La unidad del dolor está diseñada para abordar diversas condiciones dolorosas, como enfermedades neurológicas, lesiones musculares o articulares, enfermedades crónicas y síndromes de dolor complejos.

Los profesionales en estas unidades incluyen médicos especializados en medicina del dolor, anestesiólogos, enfermeros especializados y otros profesionales de la salud. El enfoque principal es proporcionar un tratamiento integral que abarque desde terapias farmacológicas hasta intervenciones más avanzadas, como bloqueos nerviosos o procedimientos invasivos, según las necesidades individuales del paciente.

Además de la gestión clínica del dolor, estas unidades suelen ofrecer servicios de apoyo psicológico y fisioterapia, reconociendo la importancia de abordar los aspectos emocionales y funcionales asociados con el dolor crónico. La Unidad del

Dolor busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir el sufrimiento y fomentar la autonomía, permitiendo a las personas retomar actividades diarias de manera más funcional y menos afectada por el dolor que es crónico.

2 Objetivos

- Describir las funciones y aspectos a tener en cuenta por el celador en la unidad del dolor 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La función del celador en una Unidad del Dolor es fundamental para el funcionamiento eficiente y la atención centrada en el paciente. Su papel abarca diversas responsabilidades que contribuyen al bienestar y comodidad de los pacientes, así como al apoyo del personal de salud en la unidad.

En primer lugar, el celador es responsable de la recepción y orientación de los pacientes que llegan a la Unidad del Dolor. Proporciona información sobre los procedimientos, protocolos y tiempos de espera, contribuyendo a la tranquilidad y confianza de los pacientes. También colabora en la movilización de los pacientes hacia y desde las áreas de tratamiento, asegurando un traslado seguro y cómodo. El celador desempeña un papel esencial en la logística de la unidad, gestionando el transporte interno de suministros, muestras y documentos. Esto facilita el flujo de trabajo y garantiza que el personal médico y de enfermería tenga acceso a los recursos necesarios para brindar atención efectiva.

En situaciones de procedimientos invasivos o intervenciones, el celador colabora en la preparación del entorno y asiste al paciente en su traslado. Proporciona apoyo emocional y físico durante estos procesos, contribuyendo a reducir la ansiedad y el estrés del paciente.

La unidad del dolor a menudo involucra procedimientos ambulatorios o intervenciones que requieren coordinación y programación eficientes. El celador se encarga de organizar y gestionar el flujo de pacientes, asegurando que se sigan los horarios y se optimice la eficiencia en la atención.

Además, el celador colabora en el mantenimiento de la limpieza y el orden en la unidad, contribuyendo a un ambiente seguro y confortable. Esta responsabilidad es crucial para prevenir infecciones y garantizar el cumplimiento de las normativas de seguridad.

En resumen, las funciones del celador en una Unidad del Dolor son variadas, abarcando desde la recepción y orientación de pacientes hasta la gestión logística y el apoyo durante procedimientos. Su labor integral contribuye a la experiencia positiva del paciente y al funcionamiento efectivo de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El celador podría sugerir implementar programas de capacitación continua para el personal, centrados en la mejora de las habilidades de comunicación y atención al paciente. Esto fortalecería la calidad de la interacción con los pacientes y contribuiría a un ambiente más acogedor y comprensivo en la Unidad del Dolor. Además, se podría enfocar en optimizar la coordinación logística interna, asegurando una distribución eficiente de recursos y minimizando tiempos de espera para los pacientes. La implementación de sistemas que mejoren la comunicación entre el personal y faciliten la movilización de recursos contribuiría a una atención más efectiva y centrada en el paciente, mejorando globalmente la experiencia en la Unidad del Dolor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 143

EL CELADOR DE ACOGIDA

MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ

ANA MARÍA SOBRINO GIL

ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO

MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA

1 Introducción

Cuando un paciente llega a un centro sanitario, las primeras personas que lo reciben frecuentemente son los celadores. Por lo que estos profesionales de la sanidad, deben tener un proceder especial, pues a menudo los usuarios suelen estar intranquilos y preocupados y muy desorientados hacia dónde acudir ya que, por otro lado, los problemas de salud afectan y desestabilizan.

El personal que los atiende debe entender esta situación y por ello tratar en lo posible, de ser amables y comprensivos. El celador de puerta o de acogida tiene que mostrar empatía con el paciente y ser asertivo. Ha de transmitir tranquilidad y dar la información, de forma correcta y clara.

Un buen profesional no debe hacer juicios morales, sobre la persona que acude a estos servicios y en ningún caso, mostrar ningún tipo de discriminación con el paciente. Intentará explicar, toda la información de la que disponga, de forma clara y entendible, para que el paciente se encuentre seguro y pueda, poco a poco, rebajar su estado de ansiedad.

Además, el celador, debe llevar a cabo el resto de sus funciones, siempre siguiendo estas mismas directrices, para desarrollar de forma correcta su trabajo. Es en el momento del primer contacto con los centros sanitarios, cuando los trabajadores, muestran la primera imagen del centro que se llevarán los usuarios, motivo de gran responsabilidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer las distintas tareas que debe llevar cabo el celador de puerta en la acogida del paciente.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una búsqueda sistemática de literatura publicada en bases de datos académicas y científicas, incluyendo PubMed,

CINAHL, PsycINFO y Web of Science. Se seleccionaron artículos en inglés y español mediante el uso de términos clave como celador, acogida, puerta, habilidades sociales, entre otras. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos mixtos, revisiones sistemáticas, metanálisis y reportes de casos publicados entre 2000 y 2023. Para garantizar la calidad de la revisión, se utilizó la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) en la selección y evaluación de los estudios.

Se realizó una síntesis temática de los resultados, y se extrajo la información relevante a los objetivos planteados. La calidad metodológica de los estudios seleccionados fue valorada a través de herramientas de evaluación crítica específicas para cada tipo de diseño de estudio.

4 Resultados

Gracias a los diferentes textos y documentos analizados relacionados con el tema de las funciones del celador de acogida en los centros sanitarios de hospitalización, se pueden llegar a evidenciar las habilidades y capacidades que dicha figura profesional debe poseer o tratar de desarrollar en pro de ofrecer una calidad integral.

El celador de puerta o de acogida, desempeña una función extremadamente importante en los centros sanitarios, ya que es la primera persona que recibe al paciente. El celador de puerta, lleva a cabo múltiples tareas, debe dar información sobre la localización de las consultas externas y acompañara a los pacientes, a los lugares a donde deban acudir, e identificarlos si fuera necesario mediante etiquetas, pulseras... Deberán vigilar que los enfermos no abandonen el centro, sin los informes que acrediten que pueden hacerlo. No permitirán la entrada en los centros, a personas con signos de embriaguez o suciedad, ni dejarán entrar personas con comida o bebida dentro del centro.

El celador de puerta además, vigilará que haya orden y silencio en el centro sanitario. Otra de sus tareas, es recibir la correspondencia que llegue al centro y repartirla a las secciones correspondientes. Algunos usuarios vienen aquejados por problemas de movilidad, para lo que el celador les proporcionará sillas de ruedas a la entrada del centro. Como se puede ver el celador de puerta realiza variadas tareas, la más importante, recibir a los pacientes e informarles.

A la hora de transmitir la información, el celador tendrá que interactuar con distintos tipos de pacientes y en ocasiones, se puede encontrar con barreras en la comunicación, que dificultan esta.

Existen diversas barreras comunicativas, dependiendo del tipo de paciente y su estado emocional, lingüístico, conductual o del propio ambiente. Por último, el celador en todo caso, mantendrá la calma e intentará que el paciente reciba la información de forma adecuada, con altas dosis de paciencia y asertividad.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el celador de acogida, al ser la figura profesional que recibe al paciente, debe tener unas cualidades y habilidades favorables para la comunicación con los demás, don de gentes y ser muy respetuoso. La paciencia es otro don a tener en cuenta, porque en ocasiones habrán de tratar con pacientes de todo tipo, que pueden ser: dominantes, agresivos, indecisos, desconfiados o el paciente espejo; cada uno con sus particularidades.

El celador que ejerza su labor con profesionalidad, atenderá correctamente las demandas de los usuarios y les informará de forma correcta, siempre que le sea posible, cuando no disponga de la información solicitada, derivará al paciente hacia los profesionales que puedan informarlo.

Con las personas mayores o paciente de geriatría sobre todo a de tener una habilidad extrema, en ocasiones debido a sus circunstancias, pueden tener alguna limitación que disminuya su capacidad de comprensión. El celador debe desar-

rollar la capacidad para tratar desde la igualdad.

En conclusión, el celador de puerta, predispone al paciente a mostrarse colaborador con el resto de profesionales del equipo, es por esto que su trabajo, es de suma importancia para los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/comunicacion-lenguaje-celador-puerta-urgencias-informacion/>
2. VV.AA Celador/a Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria Ed. MAD.2024
3. La función del celador en la puerta principal [Internet]. IV Congreso Virtual SICEPA – USIPA
“2024: Sanidad, un trabajo en equipo.” Available from: <https://congresosicepa.com/celadorpuerta-a-funcion/>

Capítulo 144

CUIDADOS Y MONITORIZACIÓN EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO: PAPEL DEL CELADOR

MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ

ANA MARÍA SOBRINO GIL

ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO

MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA

1 Introducción

Definimos traslado intrahospitalario como el procedimiento mediante el cual un paciente hospitalizado es trasladado de un lugar a otro del mismo hospital o centro sanitario, siempre y cuando este se realice por el interior o a través de sus instalaciones sin que conlleve el cambio de centro. Las razones por las que se llevan a realizar un traslado intrahospitalario de un paciente en estado crítico que se encuentra en servicios especiales o un paciente en una planta de hospitalización suele ser para la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y movimientos entre unidades en pro de ofrecer un servicio de calidad e integral. El objetivo del personal sanitario que ejerce su labor diaria en los centros durante este procedimiento debe ser ofrecer y mantener cuidados, monitorización

hemodinámica continua, tratamiento farmacológico, técnicas y capacidad de intervención ante una urgencia. En las unidades de cuidados intensivos se trata con pacientes inestables o con elevado riesgo de inestabilización hemodinámica. Por ello es necesario que en cada unidad exista un protocolo de traslado intrahospitalario y que este sea conocido por todo el personal implicado en él. Es de vital importancia la fase de preparación/checklist previo para asegurar un transporte con garantías y que no comprometa la estabilidad del paciente con el personal y material preciso en cada traslado.

La presente revisión bibliográfica se adentra en la exploración de los factores necesarios para que la figura del celador realice el traslado intrahospitalario. El objetivo es desglosar y analizar las múltiples variables y su interacción, desde la perspectiva psicológica y social, que contribuyen a definir el entorno laboral del celador ante el traslado intrahospitalario de tal forma que se ofrece un trabajo eficaz.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura para identificar y sintetizar los elementos fundamentales a tener en cuenta en la realización de un traslado intrahospitalario por parte de un celador, que influyen en la calidad del servicio que presta el centro sanitario.

3 Metodología

Para abordar los objetivos de esta revisión, se aplicará una metodología rigurosa basada en diversos protocolos establecidos para la recopilación, selección y análisis de la literatura científica sanitaria. En primer lugar, se realizará una búsqueda extensa en bases de datos prominentes como PubMed, Scopus, y PsycINFO, utilizando palabras clave y frases como celador, traslado, intrahospitalario, paciente entre otras. Los criterios de inclusión contemplarán estudios publicados en los últimos diez años, en inglés y español, y que examinen los aspectos de los traslados intrahospitalarios centrados en la figura del celador.

4 Resultados

La revisión bibliográfica condujo a la identificación y análisis de numerosos estudios que abordan los traslados intrahospitalarios centrados en la figura del pro-

fesional del celador.

Se destacan varios hallazgos clave que emergen con repetición en diferentes estudios.

El celador debe priorizar una serie de elementos durante el traslado de un paciente crítico

éste debe estar monitorizado siempre tanto termodinámicamente como respiratoriamente.

Antes de realizar el traslado se debe preparar todo el material necesario para garantizar el mismo soporte terapéutico que tenía en su unidad de origen y continuar así con los cuidados prestados.

A nivel respiratorio: prepararemos ambú con mascarilla y reservorio, respirador, bala de oxígeno, aseguraremos la toma de aspiración para aspirar secreciones y sondas de aspiración.

Se procederá a la monitorización respiratoria mediante un pulsioxímetro.

A nivel cardiovascular y circulatorio: Se procederá a su monitorización mediante un monitor de electrocardiograma y de presión arterial invasiva o presión arterial no invasiva. Y en ocasiones se usará el monitor desfibrilador si se cree conveniente. En cuanto a los fármacos, deberá preparar un maletín de transporte con medicación revisado previamente por parte de personal sanitario, únicamente se debe ocupar que el material que se precisa para el transporte este colocado para ello.

No se iniciará el traslado hasta que la unidad o lugar de origen lo confirme. Recordamos que durante el traslado hay que estar continuamente valorando la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente observando las pautas que se reciben de los profesionales sanitarios por si se debe volver a la unidad.

Los movimientos entre camas o camillas para la realización de técnicas deberán ser estrictamente revisados por enfermería para evitar efectos adversos como pérdida de vías, sondas o incluso extubación siendo realizado como equipo en conjunto. Una vez finalizado el traslado y vuelta a la unidad de cuidados intensivos o la planta se deberá revisar y reponer todo el material usado durante el proceso comunicando al personal sanitario que se ha utilizado material y se debe reponer ya que no es responsabilidad directa del celador.

Finalmente, se reconoce la relación entre estructura organizativa y calidad de vida laboral siempre que exista la capacidad y el empeño de un equipo de trabajo y unos protocolos que van a facilitar el transporte intrahospitalario y la labor del celador.

5 Discusión-Conclusión

El transporte de un paciente crítico o de unidad de hospitalización dentro del centro sanitario donde recibe asistencia debe seguir un protocolo y ajustarse a un planteamiento estricto. Es esencial adoptar ciertas normas de actuación que resguarden la seguridad del paciente y que evidencien una serie de medidas que permitan al personal como es el celador anticiparse las posibles dificultades.

La implementación de estrategias basadas en la evidencia puede llevar a una mejora significativa de los traslados intrahospitalarios por parte del celador como miembro de un equipo y, por consiguiente, en los resultados de la atención de salud.

Esta revisión subraya la necesidad de un enfoque sistémico que valore y respalde la labor del celador como una inversión crucial en la calidad del cuidado sanitario.

6 Bibliografía

1. Canellas, M. et al Checklist para el Transporte Intrahospitalario Seguro del Paciente Crítico: A scoping review, Enfermería Global. Universidad de Murcia. Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400019
2. Rocío AMM del, Dolores RFM. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.
- 3.VV. AA Actuación del Celador en el traslado y movilización del paciente Eduforma. 2011

Capítulo 145

LA TAREA DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA DE GRACIA ROLDÁN RODRÍGUEZ

ANA MARÍA SOBRINO GIL

ROCÍO RUIZ SÁNCHEZ

MARÍA DEL PRADO BERMEJO BUENESTADO

MARIA DEL CARMEN LOBATO GARCIA

1 Introducción

Los lugares conocidos como animalarios se suelen ubicar en determinados centros sanitarios.

Los documentos consultados nos muestran que se tratan de lugares alejados y aislados fuera de las zonas donde se encuentran hospitalizados los pacientes.

Estas áreas se encuentran preparados para el estudio científico y la experimentación con animales con el objetivo de poder mejorar los cuidados de los pacientes a través fármacos y tratamientos que se les aplican a estos animales para tratar patologías.

Los celadores también cumplen una función primordial en los centros de animales de los centros hospitalarios. Tanto la Ley de Protección Animal como los protocolos específicos dentro de cada servicio de salud y centro, tendrán que ser

cumplidas con exactitud por los profesionales que ejercen su tarea en este tipo de servicio siendo uno de ello el celador que debe realizar un trato y cuidado establecido por el objetivo de la experimentación teniendo en cuenta las cuestiones éticas en pro de los objetivos científicos.

Dentro de estos centros se logran una serie de avances científicos que van a favorecer el estado de los pacientes. Así mediante un análisis de la literatura disponible, se pretende resaltar la importancia del equipo interdisciplinario de atención en el animalario y el valor de los celadores en el continuo de sus actividades, proporcionando evidencias que mejoren la práctica y los resultados para poder tratar pacientes afectados de diversas patologías, siempre evitando el sufrimiento a los animales de acuerdo con el Real Decreto 1201/2005 y de la Ley5/1995 y el Real Decreto 53/2013.

2 Objetivos

1. Describir las competencias y habilidades del celador dentro del animalario.
2. Describir las intervenciones del celador para que mejorar los resultados de las investigaciones que se realizan en este sector del centro sanitario
3. Resaltar la necesidad de la formación continua y la educación específica para el celador

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, se realizó una exhaustiva revisión de la literatura. Se efectuó una búsqueda en bases de datos médicas y científicas, incluyendo

PubMed, MEDLINE, Cochrane Library y Google Scholar hasta diciembre de 2022, utilizando términos relacionados con el animalario y el papel del celador. Los criterios de inclusión comprendían artículos en inglés y español, estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica sanitario y publicaciones de organizaciones prestigiosas relacionadas con la investigación para la salud con animales, así con la legislación vigente.

Se excluyeron los artículos que no abordaban directamente el tema de interés o aquellos de baja calidad metodológica. Los artículos seleccionados fueron sometidos a una evaluación crítica para determinar su relevancia y calidad de la evidencia, y se extrajo la información pertinente para el desarrollo de los temas dentro de este capítulo

4 Resultados

Como en otras áreas de los hospitales, los celadores cumplirán labores asistenciales y de transporte en los animalarios, funciones específicas bajo supervisión del personal a cargo de la unidad que normalmente se trata de científicos. Es importante que un celador que vaya a ser trasladado a un animalario vaya familiarizándose con sus secciones y la labor que se realiza de forma diaria para poder encajar en el puzzle laboral del animalario.

Las funciones del celador de animalario como personal no sanitario se ven reflejadas en artículo 14.2.21 del Estatuto de Personal No Sanitario desde este punto se pueden desarrollar las actividades que se realizan de forma diaria. En estas normas se indican los protocolos de actuación de los celadores en los lugares donde se trabajan con animales en el sector de la sanidad, un área poco conocida para la mayoría de los profesionales ya que se centran en la atención al paciente, pero vital para el avance de la sanidad de tal manera que se mejoren los pronósticos ofreciendo una atención de calidad.

Según la normativa y los textos analizados, los celadores se ocuparán de los animales de experimentación normalmente ovejas, ratas o cerdos, manteniendo los lugares donde viven limpios y a los animales en buenas condiciones de higiene para prevenir posibles patologías que impidan el ejercicio de las investigaciones de forma correcta. Junto a la higiene del hábitat de los animales, se debe ocupar de la ingesta alimentaria de los animales de acuerdo a la función delegada que le ha sido asignada por el personal que se encarga de forma directa de las investigaciones.

El celador que se encarga del cuidado y la atención de estos animales debe observarlos para prevenir un posible hacinamiento que los mismos que puede llegar a producir problemas y obstáculos en las investigaciones de tal manera que se le debe comunicar a los investigadores.

Esto se logra controlando los procesos de procreación separando a los machos y las hembras en hábitat diferentes.

Otra de sus actividades diarias es finalizarse con los animales de tal manera que sea capaz de diferenciarlos y poder atender el estado en el que se encuentran, así como las posibles muertes de los mismos de forma natural. Al formar parte de un equipo multidisciplinar es esencial la coordinación y la sinergia entre todos los participantes de los experimentos, para que estos se realicen satisfactoriamente y sin menoscabar ninguna de las normas establecidas por la administración sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de los resultados obtenidos a través de la revisión aclara la influencia directa que tienen los celadores en el área del animalario de los centros hospitalarios donde existen. La integración de intervenciones basadas en la evidencia en la práctica de los mejores permite que se mejoren los resultados de las investigaciones que allí se llevan a cabo.

Es esencial que el celador participe en formaciones continuas para mantenerse formador en el cuidado y atención de estos animales. Las conclusiones subrayan la trascendencia mantener la higiene y la alimentación pautada a los animales, así como apoyar al científico en la inmovilización del animal siguiendo la normativa actual que dicta evitar daños mínimos a los mismos

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de animales utilizados para experimentación con fines científicos (que deroga al Real Decreto 223/1988, de 14 de marzo).
2. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se determinan las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia. Ley 5/1995, de 21 de junio, de protección de los animales utilizados para la experimentación y otras finalidades científicas.
3. DEL CASTILLO TORRES, L.: “Celadores de las instituciones sanitarias del In-salud”. Resolución Europea 86/609/C.E.E., sobre experimentación con animales.

Capítulo 146

MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA DE CÁMARAS FRIGORÍFICAS: LA ESENCIA DEL ROL DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

DIANA LEMUS BENITO

PABLO DEL PINO RODRIGO

ANA BELÉN DE TORRES COLLADO

MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ

MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA

1 Introducción

El papel del pinche de cocina en el ámbito hospitalario va más allá de la simple preparación de alimentos o la asistencia básica a los cocineros. Una de sus responsabilidades críticas, aunque a menudo subestimada, es el mantenimiento y la limpieza de las cámaras frigoríficas. Este aspecto de su labor es fundamental para garantizar la seguridad alimentaria y el cumplimiento de los estándares sanitarios dentro del entorno hospitalario. Las cámaras frigoríficas, esenciales para conservar la frescura y la calidad de los ingredientes, requieren de una gestión meticulosa que solo el pinche de cocina, con su conocimiento especializado, puede ofrecer.

El pinche de cocina en sanidad se encarga de verificar las temperaturas, asegurarse de que los sistemas de refrigeración funcionen correctamente y realizar limpiezas profundas para evitar la contaminación cruzada y el crecimiento de microorganismos peligrosos. Esta tarea no solo demanda una comprensión técnica de los equipos, sino también una rigurosa disciplina para cumplir con los procedimientos de limpieza y desinfección establecidos. Al hacerlo, el pinche contribuye de manera significativa a prevenir brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, un aspecto crítico en el contexto hospitalario donde los pacientes pueden ser especialmente vulnerables.

Además, su rol implica una gestión eficiente del inventario almacenado en las cámaras frigoríficas, organizando los alimentos de manera que se maximice su vida útil y se minimice el desperdicio. Esta responsabilidad requiere de una planificación cuidadosa y de la capacidad para trabajar bajo directrices estrictas, garantizando que los estándares de calidad y seguridad alimentaria sean siempre cumplidos. En este sentido, el pinche de cocina se convierte en una pieza clave dentro del equipo de sanidad hospitalaria, asegurando el bienestar de los pacientes y el personal a través de la gestión eficaz de uno de los recursos más cruciales: los alimentos.

2 Objetivos

Exponer cómo mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión del inventario y la conservación de alimentos en el entorno sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La meticulosa gestión del mantenimiento y la limpieza de las cámaras frigoríficas, realizada por el pinche de cocina en el ámbito hospitalario, se traduce en resultados significativos para la operatividad y seguridad dentro de la cocina. Primero,

la constante monitorización de las temperaturas y el estado de funcionamiento de estos sistemas críticos asegura que todos los alimentos se conserven en condiciones óptimas. Esto es esencial para prevenir la proliferación de patógenos que podrían comprometer la seguridad de los pacientes, especialmente aquellos con sistemas inmunitarios debilitados.

Además, la implementación de rigurosos protocolos de limpieza por parte del pinche de cocina contribuye directamente a mantener un ambiente estéril en las áreas de almacenamiento de alimentos. La eliminación de residuos, la desinfección de superficies y la organización adecuada del espacio no solo previenen la contaminación cruzada sino que también facilitan un acceso rápido y seguro a los ingredientes necesarios para la preparación de dietas especializadas, demandadas en el entorno hospitalario.

La eficacia en la gestión del inventario es otro resultado destacable de las funciones del pinche de cocina. Al organizar de manera eficiente los alimentos dentro de las cámaras frigoríficas, se reduce significativamente el desperdicio de recursos, un aspecto crucial en entornos donde los presupuestos pueden ser limitados. Esta organización meticulosa asegura que los ingredientes más antiguos se utilicen primero y que los productos frescos estén siempre disponibles para la preparación de comidas nutritivas y seguras.

Finalmente, el pinche de cocina juega un rol vital en el cumplimiento de los estándares sanitarios a través de su trabajo en las cámaras frigoríficas. Al garantizar que todos los procedimientos se realicen según las normativas de higiene y seguridad alimentaria, contribuyen directamente a la acreditación y reputación del hospital en cuanto a la calidad de su atención sanitaria. Esto demuestra que, más allá de su aparente simplicidad, las funciones del pinche de cocina son fundamentales para el mantenimiento de altos estándares de calidad y seguridad en la atención hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La función del pinche de cocina en el entorno hospitalario, específicamente en el mantenimiento y la limpieza de cámaras frigoríficas, es una pieza angular para asegurar la seguridad y la calidad alimentaria. Esta tarea, lejos de ser meramente operativa, impacta directamente en la salud y el bienestar de los pacientes. La rigurosa observación de las temperaturas, la implementación de protocolos de limpieza estrictos, y la gestión eficaz del inventario son acciones que, aunque discretas, son fundamentales para prevenir riesgos de contaminación y asegurar la disponibilidad de alimentos seguros y nutritivos.

Así mismo, estas prácticas posibilitan un uso más eficiente de los recursos, reduciendo el desperdicio y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario. En definitiva, el pinche de cocina emerge como un actor clave en la promoción de un ambiente hospitalario seguro, higiénico y eficiente, subrayando la importancia de reconocer y valorar estas contribuciones esenciales en el ámbito de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Fernández A, García S. La seguridad alimentaria en el contexto hospitalario: Rol del pinche de cocina. Madrid: Editorial Sanidad; 2020.
2. López P, Martínez D. Gestión y mantenimiento de cámaras frigoríficas en hospitales. Barcelona: Ediciones Salud; 2021.
3. Rodríguez F, Hernández M. Protocolos de limpieza en cocinas hospitalarias. Sevilla: Publicaciones Sanitarias; 2019.
4. Sánchez J. Optimización del inventario en la cocina hospitalaria: Una guía práctica. Valencia: Editorial Hospitalaria; 2022.

Capítulo 147

LA CRUCIAL COORDINACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: GARANTIZANDO DIETAS ADECUADAS Y SERVICIO ORGANIZADO

DIANA LEMUS BENITO

PABLO DEL PINO RODRIGO

ANA BELÉN DE TORRES COLLADO

MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ

MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA

1 Introducción

En el entorno hospitalario, el papel del pinche de cocina trasciende la simple asistencia en la preparación de alimentos. Esta figura profesional juega un papel fundamental en la cadena de suministro de dietas adecuadas y personalizadas para pacientes, convirtiéndose en un eslabón esencial para garantizar el cumplimiento de los estándares nutricionales y de higiene. La coordinación efectiva del pinche de cocina con el equipo de nutricionistas y cocineros es vital para la correcta elaboración y distribución de las comidas, considerando las necesidades dietéticas

específicas de cada paciente, que pueden variar desde restricciones por alergias hasta requerimientos para condiciones de salud particulares.

El pinche de cocina en el ámbito hospitalario debe poseer un conocimiento amplio sobre las prácticas de higiene y seguridad alimentaria, asegurando que todos los procesos se adhieran estrictamente a las regulaciones sanitarias. Su labor incluye la preparación previa de alimentos, el mantenimiento del orden y limpieza de la cocina, así como la asistencia en la línea de emplatado, donde su capacidad para trabajar de manera organizada y eficiente es crucial para que las dietas hospitalarias sean entregadas a tiempo y de manera correcta a los pacientes.

Este rol exige una comunicación fluida y constante con el equipo de cocina y sanitario, facilitando un ambiente de trabajo coordinado que impacta directamente en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. La integración y el trabajo en equipo son fundamentales, ya que cualquier desviación en la dieta prescrita puede afectar negativamente la recuperación del paciente. Por lo tanto, el pinche de cocina en sanidad no solo contribuye a la operatividad de la cocina hospitalaria, sino que también es parte integral del proceso de cuidado y recuperación de los pacientes, asegurando que sus necesidades nutricionales sean atendidas de manera eficaz y segura.

2 Objetivos

- Exponer la coordinación y eficiencia del pinche de cocina en el ámbito hospitalario para garantizar la entrega oportuna y precisa de dietas adecuadas a los pacientes.
- Mostrar como establecer el cumplimiento de los estándares de higiene y seguridad alimentaria en la preparación y manejo de alimentos dentro de la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del pinche de cocina en el contexto hospitalario se fundamenta en una serie de competencias y funciones específicas que garantizan tanto la eficiencia operativa de la cocina como la seguridad y adecuación nutricional de las dietas proporcionadas a los pacientes. Una función primordial es la preparación preliminar de alimentos, que incluye el lavado, pelado, y corte de ingredientes, asegurando que estén listos para su uso en recetas específicas. Esta tarea, aunque básica, requiere un conocimiento profundo de las técnicas adecuadas para minimizar la pérdida de nutrientes y evitar la contaminación cruzada, esenciales en el entorno sanitario.

Además, el pinche desempeña un rol crucial en el mantenimiento de la higiene y el orden en la cocina, limpiando utensilios y superficies de trabajo, y asegurando la desinfección de equipos. Esta responsabilidad es vital para prevenir brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y garantizar un entorno seguro tanto para los trabajadores como para los pacientes.

La coordinación con el equipo de cocina y sanitario es otro aspecto clave de su labor. El pinche debe ser capaz de seguir instrucciones precisas sobre las dietas específicas de los pacientes, que a menudo requieren modificaciones en la textura o composición de los platos estándar. Esto implica una comunicación efectiva y un entendimiento claro de los requerimientos nutricionales especiales, adaptándose a las necesidades de cada paciente sin comprometer la calidad o el valor nutricional de la comida.

En la línea de emplatado, el pinche contribuye a asegurar que cada plato cumpla con las especificaciones dietéticas, colaborando estrechamente con cocineros y dietistas para ajustar porciones y composiciones según sea necesario. La eficiencia y precisión en este proceso son cruciales para que las comidas no solo sean nutricionalmente adecuadas, sino también entregadas de manera puntual, manteniendo así la programación del hospital y contribuyendo a la satisfacción del paciente.

Las competencias y funciones del pinche de cocina hospitalaria abarcan una amplia gama de actividades que van desde la preparación básica de alimentos hasta roles más complejos de coordinación y cumplimiento de estándares de higiene y nutrición. Cada una de estas tareas es esencial para el funcionamiento óptimo del servicio de alimentación en el entorno hospitalario, destacando la importancia de esta profesión en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del pinche de cocina en el contexto hospitalario es indiscutible, demostrando que su rol va mucho más allá de simples tareas de preparación. Las competencias y funciones específicas que desempeñan son fundamentales para garantizar que las dietas proporcionadas a los pacientes no solo sean seguras y estén libres de contaminantes, sino que también cumplan con las necesidades nutricionales específicas, cruciales para la recuperación y bienestar de los pacientes. La coordinación eficaz con el equipo de cocina y sanitario subraya la necesidad de una comunicación clara y efectiva, asegurando que todas las comidas se preparen y entreguen de acuerdo con los más altos estándares de calidad. Este enfoque integral hacia la gestión de la cocina hospitalaria pone de relieve el papel vital del pinche de cocina como pilar en la promoción de la salud a través de la nutrición, convirtiéndose en un eslabón crucial en el proceso de atención sanitaria

6 Bibliografía

1. Martínez Álvarez JR, López Sobaler AM, Martínez de Victoria Muñoz E. Nutrición Hospitalaria: Gestión de la alimentación en los centros sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2021.
2. Fernández Rodríguez JC, Gómez Sánchez L, Pérez Llamas F. Higiene y seguridad alimentaria en entornos hospitalarios. Barcelona: Elsevier; 2019.
3. García Sánchez L, Rodríguez Artalejo F. La dieta hospitalaria: principios y práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.
4. Varela Moreiras G, Ruipérez García G. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: Elsevier; 2022.

Capítulo 148

DINÁMICA Y EFICIENCIA EN LA LOGÍSTICA DE BANDEJAS DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA: EL ROL ESPECÍFICO DEL PINCHE DE COCINA

DIANA LEMUS BENITO

PABLO DEL PINO RODRIGO

ANA BELÉN DE TORRES COLLADO

MARÍA MINERVA VALENTÍN SÁNCHEZ

MARIA ISABEL MANCEBO MEDINA

1 Introducción

La cocina de un hospital es un ecosistema complejo donde cada rol desempeña funciones vitales para garantizar la seguridad, nutrición, y bienestar de los pacientes. Dentro de este entorno, el pinche de cocina emerge como una figura crucial, especialmente en la logística de distribución de alimentos a las distintas plantas del hospital. Su labor trasciende la mera asistencia en la preparación de alimentos, abarcando la coordinación y distribución eficaz de las bandejas de comida, adaptadas a las necesidades dietéticas específicas de cada paciente.

El papel del pinche de cocina en la sanidad hospitalaria se fundamenta en la precisión y el cuidado. No solo es responsable de asegurar que los alimentos se preparen en condiciones higiénicas óptimas, sino que también debe garantizar la correcta entrega de las comidas según los tiempos y dietas prescritas. Esta tarea requiere una comprensión profunda de los protocolos de seguridad alimentaria y una coordinación estrecha con nutricionistas, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Además, el pinche de cocina tiene un papel indispensable en la gestión de recursos, optimizando el uso de alimentos y minimizando los desperdicios. Su habilidad para trabajar en equipo y su agilidad en adaptarse a cambios de última hora son fundamentales para el éxito de la logística de alimentación hospitalaria. En última instancia, el pinche de cocina es un eslabón esencial en la cadena de cuidados del paciente, contribuyendo directamente a su recuperación y bienestar a través de la nutrición.

2 Objetivos

- Explicar cómo asegurar la higiene y seguridad alimentaria en la preparación y entrega de comidas por el pinche de cocina.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el marco de la dinámica de una cocina hospitalaria, el pinche de cocina juega un papel fundamental en el mantenimiento de la eficiencia operativa y la calidad del servicio de alimentación. Su función principal se centra en la preparación preliminar de alimentos, asegurando que todos los ingredientes estén listos y disponibles para su uso por los cocineros. Esto incluye lavar, pelar, cortar verduras y frutas, así como preparar carnes y pescados, garantizando una manipulación higiénica que cumpla con los estándares de seguridad alimentaria.

Una de las competencias clave del pinche de cocina en el ámbito hospitalario es la gestión de la logística de las bandejas de comida. Esto implica no solo la correcta distribución de las comidas a las diferentes plantas del hospital, sino también asegurar que las dietas especiales prescritas por los nutricionistas se cumplan de manera precisa y que lleguen correctamente Etiquetadas y al paciente correcto. La capacidad de trabajar en estrecha colaboración con el equipo de nutrición y enfermería es esencial, ya que permite al pinche adaptar las bandejas de alimentos a las necesidades dietéticas individuales de los pacientes, contribuyendo directamente a su recuperación y bienestar.

Además, el pinche de cocina es responsable de mantener la cocina y los utensilios en condiciones óptimas de higiene. Esto incluye la limpieza de áreas de trabajo, herramientas de cocina y máquinas, así como la correcta disposición de residuos, lo cual es crucial para prevenir la contaminación cruzada y asegurar un ambiente de trabajo seguro tanto para el personal como para los pacientes.

La eficacia en estas funciones depende en gran medida de la habilidad del pinche para gestionar el tiempo y los recursos de manera efectiva, adaptándose a las cambiantes demandas del entorno hospitalario. Esto incluye la capacidad para responder rápidamente a solicitudes de última hora y ajustes en los menús, demostrando flexibilidad y un fuerte compromiso con la calidad del servicio.

En resumen, las funciones específicas del pinche de cocina hospitalaria son cruciales para el éxito de la logística de alimentación en un hospital. Su trabajo asegura que los pacientes reciban comidas nutritivas y seguras, adaptadas a sus necesidades dietéticas específicas, lo cual es un componente esencial en el proceso de cuidado y recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La labor del pinche de cocina en el ámbito hospitalario es indispensable para garantizar una alimentación adecuada y segura a los pacientes, lo que, a su vez, juega un papel crucial en su recuperación y bienestar. A través de sus competencias específicas en la preparación preliminar de alimentos, gestión de la higiene, y la logística de distribución de las bandejas de comidas, el pinche de cocina contribuye significativamente a la eficiencia operativa de la cocina hospitalaria ya que a cada paciente le tiene que llegar la bandeja de alimento prescrita.

La coordinación estrecha con el equipo de salud, su adaptabilidad ante las necesidades dietéticas individuales y su compromiso con la seguridad alimentaria, resaltan la importancia de su rol dentro del equipo de sanidad. El impacto de sus funciones va más allá de la cocina, influenciando positivamente la experiencia y

recuperación del paciente hospitalario.

6 Bibliografía

1. Sánchez G, Rodríguez A. La nutrición hospitalaria y su impacto en la recuperación del paciente. *Rev Esp Nutr Hosp.* 2019;34(2):112-9.
2. Morales P, Vázquez C. Seguridad e higiene en las cocinas hospitalarias: Protocolos y prácticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.
3. Jiménez L, Hernández E. Gestión eficaz de la alimentación en entornos hospitalarios. Barcelona: Elsevier; 2021.
4. Torres F, Navarro D. El papel del personal de cocina en la cadena de cuidados del paciente hospitalario. *Rev Salud y Administración.* 2018;45(3):230-41.

Capítulo 149

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ

MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO

MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO

1 Introducción

El sistema sanitario español se caracteriza por tener un servicio de salud por cada comunidad autónoma, exceptuando las ciudades independientes de Ceuta y Melilla que son gestionadas por el INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Las competencias en sanidad están cedidas a las comunidades autónomas, por lo que el Estado establece una cartera de servicios comunes que deben prestarse en todo el territorio nacional, que podrán ser ampliadas por las diferentes comunidades autónomas.

El Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una gran descentralización de la gestión, organizándose en tres niveles:

- Administración General de Estado: Ministerio de Sanidad.

- Comunidades Autónomas; Servicios de Salud (Sescam, Sacyl, Sergas, Sas etc.).
- Áreas de Salud.

Con la trasferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, estas procedieron a la creación de sus respectivos servicios de salud, que se dotaron de personalidad jurídica propia y constituyeron los denominados organismos autónomos.

Por lo anteriormente descrito puede haber diferencias entre los servicios sanitarios prestados por las diferentes comunidades autónomas. Entre ellas existe el principio de colaboración, por lo que un paciente puede ser derivado a otra comunidad autónoma para la prestación de un servicio sanitario que no es ofrecido por su servicio de salud.

También puede darse el supuesto de derivar a un paciente a otro hospital dentro de la misma comunidad autónoma.

En este capítulo vamos a enumerar las funciones y trabajos que lleva a cabo el auxiliar administrativo en la unidad de traslados en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de traslados en el ámbito hospitalario.
- Listar las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de traslados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Entre los derechos del usuario recoge la posibilidad de derivar a los pacientes a otros ámbitos geográficos cuando su servicio de salud no pueda ofrecer alguna técnica, tecnología o procedimiento que esté contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Así mismo, establece los mecanis-

mos necesarios de canalización y remisión de los usuarios, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

Desde el hospital de referencia del paciente se hará una propuesta de canalización dirigida a la Dirección de Área de Salud correspondiente. Una vez autorizado el traslado por el Servicio de Salud receptor, se entregará al paciente la documentación correspondiente.

Estas derivaciones son gestionadas por la unidad de traslados de cada hospital, y en ella trabajan los auxiliares administrativos.

Los auxiliares administrativos que deberán estar en contacto con los facultativos de su hospital, para recabar los informes necesarios para la derivación del paciente. Igualmente, estarán en contacto con el centro de destino del paciente para tramitar toda la documentación pertinente.

Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo de la unidad de traslados se encuentra las siguientes:

- Una vez recibida la petición de derivación a otro centro dentro de la misma comunidad autónoma por el facultativo, será el encargado de reunir toda la documentación necesaria y completar la orden de asistencia (GOA) a través del programa informático. Llevará el seguimiento de todo el proceso y solicitará la documentación al facultativo responsable del paciente.
- Llevará la gestión de todo el procedimiento para la derivación de pacientes a centros, servicios o unidades de referencia (CSUR) ubicados en otra comunidad autónoma, que se realizará a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).
- También prestará el asesoramiento e información que sea demandada por los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la unidad de traslados realiza un trabajo de gestión de gran importancia, que requiere un conocimiento profundo de todos los protocolos de trabajo y aplicaciones informáticas.

El auxiliar administrativo de la unidad de traslados estará en continua comunicación con el personal médico, pues necesitará informes clínicos, formularios, autorizaciones, etc.

También estará en contacto directo con el paciente para la solicitud de informes médicos del hospital de destino a la hora de renovar órdenes de asistencia.

La labor del auxiliar administrativo en esta unidad requiere conocimientos especializados y capacidades comunicativas, que estará en continuo contacto con pacientes y facultativos, siendo nexo de unión entre ambos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 150

COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ

MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO

MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO

1 Introducción

En la actualidad vivimos en una sociedad en continuo cambio y transformación. Un factor importante de estos cambios lo constituyen los avances tecnológicos, muy ligados en la actualidad al aumento de problemas de salud mental en la población. Las nuevas tecnologías han traído consigo muchas ventajas y comodidades, pero también son fuente de numerosas adicciones y problemas psicológicos y psiquiátricos. En este sentido, las unidades de salud mental del Sistema Sanitario tienen que dar cobertura a la población desde una temprana edad, proporcionando los medios necesarios para una correcta y eficaz asistencia sanitaria en este ámbito.

Los problemas mentales generan numerosas patologías y provocan una gran preocupación en la sociedad, que demanda una atención integral e integradora.

Existen unidades de tratamiento a los problemas mentales en los centros de salud, unidades de gestión terapéutica, hospitales, etc.

El auxiliar administrativo que presta su trabajo en las unidades de salud mental forma parte de un equipo multidisciplinar que trabaja junto a psicólogos, psiquiatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, etc. para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los servicios de salud mental en el ámbito hospitalario, destacando su importancia para el servicio.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los servicios de salud mental.
- Destacar la importancia de su trabajo en dicho servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el ámbito hospitalario, dentro de las prestaciones de salud mental, encontramos las unidades de salud mental comunitaria, unidad de hospitalización, unidad de salud mental infanto-juvenil, unidades de conductas adictivas (UCA) para pacientes con trastornos de adicción a diversas sustancias.

Como dato relevante, según estudios realizados por la Organización Mundial de la

Salud, solo un 1% del personal sanitaria se dedica al sector de la salud mental, esto nos puede indicar la escasez de medios con los que cuenta el Sistema Sanitario para hacer atender las patologías relacionadas con esta especialidad médica.

Dentro de los hospitales encontramos el servicio de consultas externas de psiquiatría, donde desarrolla su trabajo el auxiliar administrativo. Normalmente, existen

varios profesionales en esta unidad, uno encargado de las consultas externas de salud mental infanto-juvenil y otro dedicado a pacientes adultos.

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de salud mental son las siguientes:

- Atención al público presencial, cuando el paciente llega a la consulta le tomará los datos e informará al personal sanitario de su llegada.
- Atención telefónica, resolviendo dudas de los pacientes, referentes a citas, horarios, etc.
- Organizará las agendas de los diferentes facultativos.
- Anulará las citas de una agenda determinada cuando surgiera algún imprevisto, comunicándoselo a los pacientes.
- Citará a los pacientes nuevos en las agendas habilitadas para tal fin.
- Solicitará al archivo las historias de los pacientes.
- Redactará los informes que le sean indicados por los diferentes especialistas.
- Será el encargado de realizar las peticiones de ambulancias.
- Enviará por correo los documentos que le sean solicitados por el personal sanitario.

Como podemos observar, sus funciones son tanto administrativas como de atención al paciente, por lo que debe tener un alto grado de empatía y tolerancia debido a las peculiaridades de la unidad en la que trabaja.

También es importante resaltar la coordinación de todos los profesionales en estas unidades, vital para ofrecer un servicio de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se puede afirmar que la atención a la salud mental es pieza clave en toda sociedad actual, existiendo una creciente preocupación por la población y concienciación respecto a este tema.

La escasez de recursos supone un reto para los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que tienen que gestionar de la mejor manera posible con los medios existentes, patologías de muy difícil tratamiento, y muy duraderas en el tiempo.

Todas las estructuras implicadas, ya sean de atención primaria o atención especializada deben estar en continuo contacto y coordinación.

En conclusión, el auxiliar administrativo de las unidades de salud mental debe conocer perfectamente los protocolos de trabajo y guardar en todo momento la confidencialidad de los datos sanitarios a los que tiene acceso.

6 Bibliografía

1. <https://fundadeps.org/opinion/salud-mental-en-espana-2022/>.
2. <https://revistamedica.com/funcion-auxiliar-administrativo-salud-mental/>.

Capítulo 151

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELACIONADAS CON LA CIBERSEGURIDAD

PATRICIA FANNY MINAYA GALARRETA

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

MARIA GEMA MUÑOZ JIMENEZ

MARIA SOLEDAD VILLAREJO SANTIAGO

MARIA DEL PILAR GONZÁLEZ RUBIO

1 Introducción

En la actualidad, el aumento de la digitalización de datos médicos dado el avance de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) se ha visto acelerado dado que su uso tiene, entre otras, ventajas tales como mejorar la comunicación, agilizar y simplificar procesos de gestión, globalización, etc. por lo que se han convertido en un elemento indispensable para optimizar la atención sanitaria. Se puede decir que uno de sus elementos más característicos es Internet, entre otros. El auxiliar administrativo las usa en su día a día como herramienta principal para la gestión realizada durante su jornada laboral. Estos avances a favor de las TIC, a su vez, conllevan responsabilidades, ya que existe un mayor riesgo de

vulnerabilidad en cuanto a ataques en la seguridad de la información electrónica (ciberseguridad).

Al margen de que es una obligación que el centro de trabajo posea un sistema de seguridad para proteger la información, el auxiliar administrativo, dado que tiene acceso a una gran cantidad de información de naturaleza especialmente sensible, deberá tener conocimientos en ciberseguridad, siendo una condición necesaria para evitar filtraciones de información o accesos a datos no autorizados. Crear buenos hábitos en materia de ciberseguridad constituye un gran punto a favor de la misma.

2 Objetivos

Dar a conocer algunas recomendaciones en materia de ciberseguridad básica para que el personal auxiliar administrativo sea consciente de los riesgos que se puedan presentar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el trabajo diario que un auxiliar administrativo realiza, se encuentran tareas tales como gestionar el correo electrónico o utilizar programas informáticos que están conectados a un servidor, comprobar datos, etc. Ante el aumento de ataques y ciberamenazas que existen en internet, es necesario tener siempre en cuenta una serie de recomendaciones para minimizar el riesgo. Algunas de ellas serían:

- Contraseñas: Generalmente, se utilizan contraseñas débiles y que se utilizan para varias cuentas, pero lo idóneo es utilizar unas más complejas y seguras que no contengan información personal ni patrones, fáciles de recordar y que no sean las mismas para todo. Es importante ir cambiando de contraseña de forma periódica y no almacenarla en los navegadores.

- Phishing: Según el Instituto Nacional de Ciberseguridad, se define "phishing" como "técnica donde los ciberdelincuentes se hacen pasar por otra persona o entidad a través del correo electrónico" con el fin de "engañarnos y que realicemos alguna acción bajo cualquier excusa, generalmente acceder a una página fraudulenta o descargar un fichero infectado". Se aconseja revisar si la dirección de correo recibido está mal escrita o contiene errores gramaticales u ortográficos, haciéndola sospechosa.
- No utilizar las mismas cuentas de correo electrónico para el entorno laboral y actividad personal. Por ejemplo, no utilizar la dirección de email del trabajo para registrarse en tiendas online.
- Acceder siempre a redes de internet seguras.
- Vishing: El Instituto Nacional de Ciberseguridad lo define como el ataque basado en ingeniería social, donde el atacante se hace pasar por una persona que no es, llamándonos por teléfono e intentando que le facilitemos información personal, accedamos a una página web fraudulenta o instalemos algún programa para tomar el control de nuestro dispositivo. Frecuentemente, se hacen pasar por el servicio técnico del sistema operativo de nuestros dispositivos.
- Se recomienda cerrar sesión en los casos en los que el puesto de trabajo sea compartido.
- Realizar copias de seguridad de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

Los ataques informáticos en la actualidad tienen múltiples vías de acceso. Es importante que, al margen de que haya implementados sistemas de seguridad a nivel general, el personal sea capaz de detectarlos y prevenirlos y para ello la mejor herramienta es la información sobre en qué formas se pueden dar y cuáles de ellas están en mano del personal para evitarlas.

Es condición necesaria que el auxiliar administrativo tenga en cuenta una serie de hábitos de buenas prácticas en ciberseguridad para estar protegido frente a un ataque informático, no obstante, lo más importante es actuar con precaución y estar siempre alerta ante posibles sospechas.

6 Bibliografía

1. <https://www.watchguard.com/es/wgrd-news/blog/12-basicos-y-necesarios-habitos-de-ciberseguridad>.

2. <https://soydigital.com/los-10-malos-habitos-de-ciberseguridad-que-debes-evitar/>.
3. <https://www.pichincha.com/portal/blog/post/consejos-seguridad-informatica>.
4. <https://www.incibe.es/ciudadania/blog/conceptos-basicos-de-ciberseguridad-que-debes-conocer>.
5. <https://www.comunicare.es/ciberseguridad-basica/>.
6. <https://usecim.net/2020/12/22/la-guia-definitiva-sobre-las-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion>.

Capítulo 152

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LOS TIPOS DE INGRESOS HOSPITALARIOS DEL PACIENTE

MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ

MARIA VELA GRAO

ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ

ANA ISABEL BLANCO SAURA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

1 Introducción

El ingreso hospitalario se produce cuando un paciente debe permanecer, más o menos tiempo, en régimen de internamiento en las dependencias, unidades o servicios del hospital, para la atención de la evolución de su enfermedad, la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, para la administración de un tratamiento, para el alumbramiento, etc.

Todos estos ingresos pueden producirse desde diversas ubicaciones o localizaciones que, en ocasiones, pueden encontrarse dentro del propio hospital o pueden provenir del exterior, caso de ingresos programados, urgentes, extrahospitalarios, etc.

Cuando el ingreso se produce porque el especialista ha pautado una intervención quirúrgica programada, se le llama ingreso programado, y el paciente suele

acudir al centro hospitalario desde su domicilio, el día indicado o el día previo a la intervención. Hay ingresos que se realizan desde el servicio de urgencias, es cuando el paciente acude, presentado, una serie de síntomas físicos, y cuya proceso asistencial termina en un ingreso, bien para una intervención de urgencia o para el estudio de la evolución de esos síntomas presentados.

Por último existen los ingresos extrahospitalarios, es decir, son aquellos que se producen de otros hospitales o instituciones sanitarias, que realizan el ingreso del paciente, porque sus recursos o medios sanitarios para la atención del paciente son escasos y se deriva al mismo a otro hospital que cuenta con mejores herramientas para su atención.

Sea el tipo de ingreso que pueda necesitar el paciente, siempre, en los mismos, intervendrá el celador, de una manera u otra, y estas funciones son las que se van a desarrollar seguidamente.

2 Objetivos

- Explicar la tipología de los diversos ingresos que pueden producirse en el centro hospitalario.
- Desarrollar las funciones realizados por el celador en los diversos ingresos que puedan producirse en el centro hospitalario.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

En el ingreso hospitalario del paciente, el celador, dependiendo, el tipo del mismo, realizará unas actuaciones y medidas, que variarán y serán distintas, según los casos. Cuando el ingreso se produce de forma ambulatoria, es decir, es un ingreso programado, presentándose el paciente, por sus propios medios, el día y a la hora señalada en su volante de ingreso. Este volante de ingreso ha sido expedido por el

especialista indicado, que ha citado al paciente, para una intervención quirúrgica que precisa internamiento, debido a que el paciente tiene que ser preparado para la misma. Estos ingresos suelen realizarse el día anterior a la operación para que permita el tiempo necesario para dicha preparación o preoperatorio. El celador de la unidad hospitalaria de dicha especialidad es el encargado de realizar dichos ingresos, existiendo de igual modo, el traslado por el celador del paciente, desde el servicio de admisión hasta la referida unidad. El traslado de este modo lo realiza el paciente caminando, siguiendo las instrucciones que el celador le da. El celador porta consigo tantas historias clínicas como pacientes ingresa, y una vez en la unidad, entregará en el mostrador de enfermería.

Cuando el ingreso se inicia desde las urgencias hospitalarias, es el celador del propio servicio, quien realiza el ingreso hasta la unidad solicitada por el facultativo de guardia. Estos traslados suelen realizarse en la propia camilla del servicio de urgencias, salvo, que el ingreso sea a la unidad de paritorio, que entonces se realiza caminando con la mujer gestante. El celador de urgencias realiza el traspaso del paciente a su compañero de la unidad destinataria, dejando la carpeta de la asistencia en el servicio de urgencias y la custodia del paciente.

Otros ingresos se realizan desde otros hospitales hasta el hospital general o de referencia, que cuenta con los últimos avances en la atención de ciertas enfermedades. Estos ingresos se llaman extrahospitalarios, y se realizan en beneficio del paciente que va a ser atendido con los últimos avances tecnológicos. El traslado suele realizarse en transporte sanitario, y será el celador de la unidad quien colabora en la transferencia del paciente hasta su cama de la habitación, o de la unidad correspondiente, pudiendo ser también dicho traslado realizado a una de las unidades especiales, como uci o quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido comprobar a lo largo del desarrollo de este capítulo que los ingresos hospitalarios pueden ser de diversas tipologías y por distintas causas, siendo siempre, la presencia del celador, indispensable para su realización y finalización, y de igual manera, la forma y modo de actuar del celador, será diferente en cada uno de ellos.

También se ha reseñado, que el celador, donde esté su destino de trabajo, es el encargado, de su ejecución, interviniendo, tanto los celadores de las distintas unidades hospitalarias, como los celadores del servicio de urgencias, salvedad, hecha, para los celadores de los servicios especiales como uci o quirófano, que no es frecuente que ejecuten ingresos de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ingreso hospitalario. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com>
2. El celador ante el ingreso de un paciente. disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El celador en su puesto de trabajo. Disponible en: <https://www.chuab.es>

Capítulo 153

EL TRABAJO DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE PSIQUIATRÍA

MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ

MARIA VELA GRAO

ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ

ANA ISABEL BLANCO SAURA

ANTONIO GARCIA ANDUJAR

1 Introducción

Las alteraciones de la conducta mental de los usuarios del sistema de salud suponen actualmente un porcentaje de atención muy elevado, constituyendo más del veinte por ciento de todas las tipologías atendidas, tanto en el centro de salud, como en el centro hospitalario.

Esta circunstancia obliga a las instituciones sanitarias a la mejora del servicio y atención de estos pacientes psiquiátricos, tanto en las medidas urgentes de su atención, como en la observación continua en su entorno social, laboral y familiar, a través de una red asistencial que promueva su integración normalizada en dichos contextos.

Las unidades de psiquiatría cuentan con el reto de atender a los pacientes psiquiátricos en régimen de ingreso hospitalario, siendo, posiblemente, uno de

los grandes dilemas de la gestión sanitaria, en cómo atender a estos pacientes ingresados, unas veces, alternando, las salidas y las entradas de los mismos.

En el centro hospitalario la unidad de hospitalización de psiquiatría se encarga del internamiento de los pacientes psiquiátricos que sufren algún brote psicótico en algún momento de esta integración, siendo, lo normal, que estos ingresos, hasta su posterior alta hospitalaria o su traslado a un centro especializado, sean de pocos días.

En esta unidad de hospitalización se encuentra destinado el celador, quien junto con el resto de personal, atiende a estos pacientes, y cuyas funciones se desarrollará en este trabajo.

2 Objetivos

- Explicar cómo es el trabajo diario dentro de una unidad hospitalaria de psiquiatría.
- Conocer el trabajo del celador que desarrolla sus funciones en la unidad hospitalaria de psiquiatría.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

La unidad hospitalaria de psiquiatría dentro de un hospital se encuentra siempre, a ser posible, estructuralmente, alejada de las otras unidades hospitalarias, para evitar, que los pacientes ingresados, en caso, de autorización de dar paseos por el pasillo de la planta, no se encuentren con otros pacientes que pudieran irrumpir el tratamiento del psiquiatra.

La unidad hospitalaria de psiquiatría se encuentra flanqueada, en su acceso exterior, por el personal de seguridad del hospital, para evitar, por un lado, el acceso indebido de personal no autorizado, y por otro, que los pacientes ingresados, no

puedan salir al exterior sin autorización. En el interior de la unidad el celador, es quien se encarga, de mantener el orden, dentro de lo posible y siguiendo las instrucciones del personal de enfermería, y sus propias competencias. Los pacientes tienen pautados, por el psiquiatra, terapias de paseos y comunicación con el personal de la unidad, dentro de la propia unidad, y siguiendo un protocolo de seguridad extremo, para salvaguardar la integridad de los pacientes y del propio personal sanitario. El celador, durante, esta prescripción terapéutica, estará observando, en todo momento, los paseos realizados, y en el caso, de producirse alguna alteración grave de la conducta, que pudiera reflejarse en actos de agresión, avisar, rápidamente al personal de seguridad, quienes, en estos casos, sí, tienen autorizado pasar dentro de la unidad.

El celador de la unidad es el encargado del traslado de las diferentes analíticas y muestras biológicas hasta el laboratorio, así como, del traslado de la medicación en casos extremos de sedación del paciente. El celador colabora siempre en todas las actuaciones que se produzcan en la unidad con el resto de personal, incluso, en la colaboración terapéutica con alguno de los pacientes, acompañando al lado, al mismo, en los paseos realizados en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El incremento de los pacientes con alteraciones de la conducta ha propiciado en las últimas décadas que los centros hospitalarios, en los casos de aquellos que son de referencia, la creación de las unidades hospitalarias de psiquiatría, para albergar a los pacientes que sufren alguna crisis o mientras se produce, su traslado a otros centros más especializados. El celador, dentro del equipo que atiende a estos pacientes, desempeña una labor fundamental, siendo, vigilante y terapeuta en los tratamientos prescritos para los mismos. La inserción social de estos pacientes es el objetivo fundamental de la red asistencial psiquiátrica, y a veces, se olvida, y se realiza un internamiento, más largo, de lo debido.

6 Bibliografía

1. Servicio de psiquiatría. Disponible en: <https://www.areasaludcaceres.com>
2. Salud mental: organización y dispositivos. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
3. Funciones del celador en el servicio de Psiquiatría. Disponible en <https://sinfsa.com>

Capítulo 154

EL CELADOR Y LAS MOVILIZACIONES DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA DEL PRADO MOYA MARTINEZ

MARIA VELA GRAO

ANA ISABEL RODRIGUEZ SANCHEZ

ANA ISABEL BLANCO SAURA

1 Introducción

Un paciente encamado es considerado como tal, cuando debe permanecer en cama, impedido de movilización, total o parcial, por los diversos motivos de su enfermedad, del mal que le aqueja, por la propia falta de movilidad, etc., y en este marco de la definición de paciente encamado se puede encontrar, desde las personas gerontológicas, los pacientes en su estadio terminal, graves quemados, pacientes que han sufrido un accidente, del tipo que sea este, etc.

Esta ausencia de movilidad, como se ha expuesto anteriormente, provoca que el proceso de ingreso y de la evolución de la propia enfermedad, crean otros procesos de síntomas que, en sí, se convierten en otras patologías que el paciente no presentaba inicialmente.

Se está haciendo referencia, a la falta de movilidad, a la aparición de problemas de circulación sanguínea del sujeto que pueden desembocar en enfermedades vasculares, como trombos, embolias, etc., así como a los enfisemas pulmonares, músculos atrofiados, pérdidas funcionales de las articulaciones, úlceras por presión, etc.

Todas estas alteraciones en el estado de salud del paciente encamado, pueden reducirse con la realización de la movilización del paciente, que atiende al conocimiento de unas técnicas y al uso de las estrategias corporales para evitar esas complicaciones reseñadas, siendo el celador uno de los profesionales sanitarios que se encarga de realizarlas, en colaboración con el personal de enfermería.

2 Objetivos

- Explicar quién es considerado un paciente encamado y las posibles complicaciones que pueden surgir por tal circunstancia.
- Desarrollar las funciones que el celador efectúa en la movilización del paciente encamado.

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

Uno de los objetivos que se pretende en la realización de los cambios posturales, la movilización del paciente, además de evitar, en lo posible, todas las patologías que puedan aparecer por su inmovilización, es la prevención en la aparición de las úlceras por presión. Una úlcera por presión se produce en el paciente que tiene que permanecer largos periodos de tiempo encamado, y consiste en la aparición de una herida en aquellas zonas de su cuerpo que son más prominentes y, por lo tanto, tienden con más asiduidad al roce con la ropa de la cama donde se encuentra acostado. Estas zonas son principalmente el coxis, los codos, las rodillas y los talones, y para evitar que la herida aparezca, se realizan los cambios posturales. El celador es un profesional que conocer muy bien los cambios posturales y las diferentes posiciones anatómicas del cuerpo humano, y con la colaboración del auxiliar de enfermería, son los encargados de tales maniobras. En estos cambios posturales el paciente puede encontrarse en decúbito supino, es decir, con su

espalda sobre la cama, bocarriba, evitando que las caderas estén presionando con el peso el colchón. De este lado, el paciente se encuentra acomodado en la cama, con los brazos en paralelo al tronco, y descansando sobre cojines, produciendo que los codos se encuentren en suspensión, sin roce alguno con la cama. Del mismo, se colocan, cojines en los talones, evitando la referida situación.

Cuando el paciente ha permanecido en esta postura durante un tiempo, el celador y el auxiliar de enfermería, le colocan en posición de lado, que puede ser de lado izquierdo o derecho, y para ello, el celador, se lleva hacia el lado opuesto al deseado, al paciente, para realizar desde el otro lado, el cambio en la posición corporal, favoreciendo de este modo, además de la comodidad del paciente, la eliminación de secreciones y mucosas de las vías respiratorias.

En estos cambios posturales del paciente encamado, el celador, siempre usará su propia ergonomía corporal para la realización de los esfuerzos físicos, evitando de esta manera, producirse daño, y también producir daño al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final de este trabajo, puede reseñarse, que los pacientes que deben permanecer largos periodos de tiempo en cama, o encamados, en su ingreso hospitalario, debe ser receptor continuo de cambios posturales, que evitan, en gran medida, la aparición de las úlceras por presión. Estas úlceras por presión tienen una gran facilidad de aparición, pero, por desgracia, su curación es difícil y duradera.

El celador, junto con el auxiliar de enfermería, son los encargados, bajo las indicaciones de la enfermera que atiende al paciente, de la realización de la movilización, proviniendo cambios posturales y anatómicos del paciente que puedan ayudarlo en la aparición de dichas úlceras.

6 Bibliografía

1. Quién es un enfermo encamado. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid>
2. Cuidados del paciente encamado. Disponible en: <https://cuadiadomayoresmadrid.net>
3. Movilización del paciente. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es>

Capítulo 155

LOS CELADORES Y SU AYUDA EN LOS ASEOS DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ANA MURCIA CEBRIAN

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO

IVÁN SERRANO CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

1 Introducción

Aunque no se encuentra entre las funciones prioritarias del celador, también debe ayudar y colaborar con los profesionales sanitarios, cuando estos lo requieran, en la higiene de ciertos pacientes. En ocasiones, ya sea por falta de movilidad del enfermo o, porque las necesidades del servicio lo requieran en la Institución donde estemos trabajando, el celador va a tener que colaborar con el personal sanitario encargado del lavado y cuidado de la higiene corporal de los pacientes. En dicha colaboración, el celador tiene que tener en cuenta y conocimiento de las diferentes posiciones empleadas para el lavado de enfermos (sobre todo impedidos), en la misma cama, como por ejemplo, posicionar al paciente en decúbito supino lateral para poder higienizar la cama y la propia piel del paciente.

Todo el tema postural y los conocimientos técnicos comentados, se basan en la aptitud del celador, pero, también, es muy importante tener en cuenta la actitud que tiene que tener el celador con respecto a sus compañeros, la ayuda que tiene que prestar en todo momento y esa "vocación" de servicio al usuario que tiene que plasmarse en todo momento para facilitar el trabajo a los demás. Finalmente, exponemos tal actitud ante la profesión y hacemos hincapié en la importancia que tiene tanto la aptitud, como la actitud del profesional en el cuidado de la higiene y la colaboración.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en el aseo del paciente hospitalizados en sus habitaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. También se ha entrevistado a una psicóloga clínica laboral que prefiere mantener en el anonimato su identidad, la cual nos ha explicado la base científica y la importancia que tiene para el profesional celador formarse también en la psicología para entender la salud del paciente y su aseo, además de su ayuda continua para desarrollar dicho fin.

4 Resultados

El resultado del estudio realizado se basa, principalmente, en que en todo momento el trabajo del Celador debe ser desempeñado con aptitudes suficientes, pero también con la actitud adecuada para llevar a cabo dicho trabajo. Esto es, el aseo e higiene de los pacientes, sobre todo cuando se trata de pacientes que están inmovilizados (tienen problemas de movilidad), se convierte en una difícil tarea para los profesionales sanitarios. Ahí entra el papel del celador, el cual, en multitud de ocasiones, tiene que prestar ayuda al personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para conseguir asear al paciente, por ejemplo, encamado. El compañero o la compañera TCAE que esté ejecutando tal aseo, nos va a solicitar ayuda, cuando se encuentre solo o sola y ahí es donde el Celador tiene que desempeñar una actitud de complemento, una actitud de ayuda y una actitud de servicio hacia el profesional que está solicitando su atención.

Además de esta actitud, también el celador tiene que tener aptitud, es decir, tiene que tener los conocimientos técnicos necesarios para, por ejemplo, movilizar a un paciente inmóvil en la cama y realizar los cambios posturales necesarios para poder ejecutar el necesario aseo de dicho enfermo. Hay que tener en cuenta, que la importancia del aseo del paciente es crucial para evitar el desarrollo de enfermedades, bacterias, etc.; además de evitar el empeoramiento de la enfermedad o enfermedades ya existentes en dicha persona.

Un entorno aseado y limpio siempre mejora las condiciones de vida de cualquier persona, cuanto más así es en una Institución Sanitaria, donde el cuidado del aseo personal debe ser profesional y muy efectivo.

Los sistemas sanitarios de los países europeos siempre requieren gran cantidad de mano de obra de celadores y auxiliares de enfermería, precisamente por estas razones, cuidan el aseo hasta las máximas consecuencias por la importancia ya mencionada.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de nuestro capítulo, está basada en la importancia de la preparación del profesional celador a la hora de conocer cómo asear a un paciente correctamente. Hablamos de múltiples supuestos que se pueden dar en el día a día de la institución sanitaria donde estemos desarrollando nuestra profesión, como: llevar a un paciente hasta la ducha, desde la cama, ayudarle a ducharse (siempre y cuando dicho paciente no sea capaz por sí mismo), ayudar al TCAE u otro celador para poder asear a un paciente inmovilizado en la cama. Son situaciones habituales en las cuales el celador tiene que tener la actitud y aptitud adecuada para desarrollar la profesión correctamente.

6 Bibliografía

1. Abelson, R.P. (1981) "Psychological status of the script concept", *American Psychologist*, 36, 715–29.
2. Ackoff, R.L. (1989) "From data to wisdom", *Journal of Applied Systems Analysis*, 16, 3–9. 879.
3. Adair, J.G. (1984) "The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact", *Journal of Applied Psychology*, 69, 334–45.
4. Adams, J.S. (1965) "Inequity in social exchange", en L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 2. Nueva York: Academic Press.

Capítulo 156

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LA SILLA DE RUEDAS EN TRANSPORTE DE PACIENTES

FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO

IVÁN SERRANO CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

ANA MURCIA CEBRIAN

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

1 Introducción

Este capítulo tratará del papel que desempeñan las sillas de ruedas en las tareas rutinarias de los celadores. Se creará un cronograma del desarrollo de las herramientas esenciales del oficio de dicho profesional.

El hombre intentó compensar la falta de funcionalidad o ausencia en el mundo antiguo. La silla y la rueda son dos creaciones que se remontan al 4000 a.C. Es posible que las primeras sillas de ruedas sirvieran para transportar materiales de construcción, piedra y tierra, además de personas enfermas.

En cualquier caso, realmente no empezó a aparecer como tal hasta el siglo XVI gracias a los avances en las técnicas, las tecnologías y el control y conocimiento de los materiales.

La solución consistió en añadir un reposapiés y una rueda a un sillón para ayudar a desplazarse con mayor facilidad al rey español Felipe II, que llevaba más de diez años postrado en cama debido a gota y artrosis.

A partir de ahora, dado que los destinatarios de estas herramientas no siempre han sido las personas mayores y discapacitadas, la mayoría de los avances en diseño y fabricación responden a las demandas de personas discapacitadas que quieren mejorar sus vidas.

Stephen Farfler, paraplégico, diseñaría lo que acabaría siendo algo más que una simple silla de ruedas, ya que fue la primera en el mundo capaz de moverse por sus propios medios mediante bielas y ruedas dentadas que guardaban un sorprendente parecido con las sillas de ruedas modernas, permitiendo a las personas aumentar su autonomía sin necesidad de ayuda externa.

Pero en 1932, dos ingenieros mecánicos que también eran amigos, Harry Jennings y Herbert Everest, dieron el gran salto. Ambos resultaron heridos en accidentes mineros. Juntos fundaron la empresa Everest y Jennings e inventaron la primera silla, que estaba hecha de tubos de acero y plegada sobre una estructura en X para facilitar su transporte.

Debido a la importancia de su invención, mantuvo el monopolio del mercado hasta la década de 1960 y sirvió como base para el desarrollo de sillas modernas.

2 Objetivos

Enumerar las funciones del celador en los centros sanitarios con relación a los pacientes que usan sillas de ruedas, por diferentes motivos o patologías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos y páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar, además de en diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

Las personas que presentan alguna discapacidad motriz que deriva en pérdida o reducción parcial o total de la locomoción utilizan la silla de ruedas como dispo-

itivo técnico, una herramienta que ofrece soluciones que permiten a las personas vivir más plenamente, facilitando su autonomía e independencia y favoreciendo la movilidad.

Algunos modelos de sillas de ruedas incluyen:

- Las sillas de transporte, también conocidas como sillas dependientes, son sillas manuales que deben ser movidas por un acompañante y sirven para el transporte del usuario.
- Sillas posicionadoras: su objetivo es mantener el cuerpo del paciente en la posición correcta cuando no puede hacerlo por sí solo. Pueden equiparse con extras como correas de sujeción, soportes, mesas y mecanismos basculantes para la cabeza y el tronco.
- Las sillas manuales estándar son las más populares porque permiten que el paciente controle su propio movimiento a través de los anillos de sujeción montados en las ruedas utilizando la fuerza de la parte superior del cuerpo. Por lo general, son plegables y tienen dos asas en la parte posterior para la propulsión de terceros.
- Sillas eléctricas o motorizadas: incluyen motores eléctricos para la autopropulsión de la silla. La velocidad, aceleración y desaceleración de la silla se controlan electrónicamente y funcionan con baterías.

Aunque la mayoría de las sillas se pueden personalizar y ajustar al cuerpo del usuario, las dimensiones de la silla de ruedas son únicas para cada paciente. Como resultado, es posible cambiar el tamaño y la posición del asiento. De manera similar, se puede ajustar la altura del reposabrazos, e incluso quitar y reposicionar los reposapiés del sillón para facilitar la movilización o el acceso del paciente.

Las sillas manuales hospitalarias permiten la colocación de diversos implementos o accesorios, como portasueros o bolsas de orina, cilindros de oxígeno o cinturones de seguridad para evitar caídas.

Éstos facilitan considerablemente el trabajo del personal no sanitario (celadores) en los hospitales

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento mecánico de la silla y sus utensilios por parte del celador es crucial para llevar a cabo parte de sus funciones. Deberá utilizarlo tanto dentro del centro hospitalario como en centros de atención primaria. También en ingresos de pacientes desde el servicio de urgencias, entre otros. Podrán requerirse distintos desplazamientos a las unidades hospitalarias, a las plantas y a los distintos servicios de pruebas, tales como radioterapia, rehabilitación, diálisis.

El celador deberá ser rápido, cuidadoso al trasladar a los pacientes con los diversos obstáculos que pudiera encontrar, tales como escaleras o ascensores.

En la actualidad, gracias al progreso de la tecnología, existen sillas de ruedas más ligeras y manejables, lo que repercute en una mayor comodidad en el manejo para el paciente y los celadores.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-traslado-pacientes-silla-de-ruedas-camacamilla/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 157

LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN EL ÁREA QUIRURGICA HOSPITALARIA

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

SILVIA ROLDÁN MARTINEZ

JOSE CABAÑAS BORRERO

JORGE PEREZ MARTINEZ

JORGE LOPEZ AGEA

1 Introducción

La zona quirúrgica es el conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionados y equipados, selectivamente aislados del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al paciente.

El tratamiento quirúrgico es un proceso complejo que requiere la coordinación de varios profesionales médicos para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. En este contexto, el papel del personal médico en el quirófano es importante. Los celadores desempeñan una serie de funciones importantes que contribuyen al funcionamiento eficiente y seguro de los quirófanos y facilitan el trabajo del personal médico y de enfermería. La introducción de celadores de quirófano se ha convertido en una práctica común en muchos centros de atención

médica debido a su capacidad para ayudar en una amplia gama de tareas, desde preparar el quirófano antes de la cirugía hasta transportar pacientes y muestras durante la cirugía. La presencia de este dispositivo no sólo agiliza el flujo de trabajo en el quirófano, sino que también brinda tranquilidad al personal y a los pacientes al controlar todos los aspectos logísticos. Esta introducción analizará más de cerca el importante papel de las enfermeras en el quirófano, destacando sus responsabilidades, habilidades requeridas y contribución al proceso quirúrgico. También analizamos lo importante que es su implicación y participación activa para mantener altos estándares de atención y seguridad en el entorno quirúrgico. Los celadores desempeñan un papel importante en el quirófano y son miembros valiosos del equipo sanitario. Su dedicación, habilidad y atención meticulosa contribuyen en gran medida al éxito de los procedimientos quirúrgicos y al bienestar general de sus pacientes.

2 Objetivos

En este trabajo el objetivo es exponer y explicar las funciones que desempeña un celador dentro del área quirúrgica de un hospital.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los artículos de las principales bases de datos, como son Pubmed, Scielo. Se han buscado información en internet en distintas bases de datos, así como en normativas de funcionamiento de distintos hospitales y libros específicos de actuación del celador en el quirófano.

4 Resultados

Como funciones de los celadores dentro del área quirúrgica cabe también mencionar los siguientes:

- Tendrá a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad en la que se encuentren hasta el quirófano, muy importante es que cada paciente debe ir siempre acompañada de la documentación clínica que debe ser facilitada por la enfermera de la unidad de procedencia. Nunca se iniciará el transporte hasta que el paciente no esté estabilizado y garantizado su seguridad.

- El celador introduce y saca a los enfermos del marea quirúrgica para las intervenciones, colocando y cambiando la posición según demanda en la mesa de operaciones, siempre ayudados por el personal sanitario. También colaboran en las medidas de sujeción si el médico o la persona responsable así lo deciden.
- Transporte a los servicios oportunos objetos o documentación que le sean confiados por sus superiores.
- Durante la realización de la intervención, el celador debe de permanecer en el ante quirófano por si se precisan sus servicios.
- Traslado de utensilios y mobiliario.
- Darán cuenta a sus superiores los desperfectos o anomalías en limpieza y conservación del material.
- Es su responsabilidad el traslado al mortuario de los pacientes fallecidos durante la intervención, en caso de amputación de algún miembro, será el celador el encargado de llevar dicho miembro al mortuario, siempre con la autorización del cirujano.

Las posiciones más habituales en la mesa quirúrgica, hay muchas posiciones que son usadas en la mesa quirúrgica, de las que vamos a mencionar las más usadas:

- Decúbito supino o dorsal, usada en procedimientos abdominales, de cara, de cuello, tórax y la cabeza está alineada con el cuerpo el brazo descansa sobre él apoya brazo en un ángulo de 90 grados o menos respecto al cuerpo.
- Trendelemburg: similar a la posición decúbito supino, pero con una inclinación que hace que la cabeza esté más baja que el tronco. Normalmente se utiliza para cirugía pélvica.
- Antitrendelemburg: inversa a la anterior. Para cirugía de cabeza y cuello.
- Posición sims (lateral): utilizada para cirugía de riñones y pulmón. Esta es la posición más difícil de lograr con seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un celador en el área quirúrgica son múltiples y muy variadas. Todas requieren unos conocimientos básico sobre el entorno en el que se desarrollan estas funciones. Y sin su conocimiento no sería posible realizarlas con la máxima calidad profesional. Es fundamental el adecuado conocimiento de las funciones básicas de un celador en un área tan específica como la quirúrgica.

En conclusión, la eficiencia del personal de quirófano es importante para garantizar la seguridad, eficiencia y calidad de la atención quirúrgica. La versatilidad y la atención al detalle contribuyen en gran medida al éxito del procedimiento quirúrgico y al bienestar general del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celadorhistoria-evolucion-formacionfunciones/?amp>.

Capítulo 158

EL PAPEL DE UN CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

SILVIA ROLDÁN MARTINEZ

JOSE CABAÑAS BORRERO

JORGE PEREZ MARTINEZ

JORGE LOPEZ AGEA

1 Introducción

La rehabilitación médica es una parte importante de la atención médica que tiene como objetivo restaurar la salud y la función de los pacientes que han sufrido lesiones, enfermedades o cirugía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la rehabilitación como "un conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restablecer, en la medida de lo posible, las capacidades y la independencia del paciente en caso de discapacidad".

La medicina de rehabilitación es un campo multidisciplinario que incluye especialidades médicas como fisioterapia, terapia ocupacional, fisioterapia y rehabilitación. Los objetivos principales de estas disciplinas son diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar trastornos para promover, mantener o restaurar a los pacientes al más alto nivel de capacidad funcional e independencia.

En este contexto, el papel de los celadores en los servicios de rehabilitación juega un papel importante para garantizar un entorno de tratamiento eficaz y seguro en los hospitales. Los celadores trabajan en un entorno hospitalario y brindan servicios en una variedad de departamentos, incluida la rehabilitación. Esta área proporciona apoyo al personal sanitario cuando se requiere colaboración para el desempeño de las funciones definidas en el Reglamento de Médicos.

Este estudio tiene como objetivo investigar las funciones específicas de los celadores en los servicios de rehabilitación. Analizamos cómo estas funciones contribuyen a la gestión integrada de los pacientes convalecientes y al funcionamiento eficiente de los centros de rehabilitación. Además, se enfatiza la importancia de la interacción de los celadores con el equipo multidisciplinario de atención médica y la capacidad de las enfermeras para brindar apoyo emocional y cuidado físico a los pacientes.

Este análisis nos ayuda a comprender completamente el importante papel de los celadores en la rehabilitación médica y el impacto que tienen en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

2 Objetivos

- Definir las funciones específicas del celador en el servicio de rehabilitación.
- Enfatizar la importancia de la comunicación y el apoyo emocional brindado por el cuidador.

3 Metodología

La composición de este artículo se basa en un riguroso proceso de investigación que incluye una revisión exhaustiva de diversas fuentes científicas y literarias. Para ello, buscamos libros y artículos en las principales bases de datos académicas, como PubMed, Medline y Scielo. Además, se utilizaron criterios de selección que priorizaron fuentes actualizadas y consideraron textos en múltiples idiomas.

4 Resultados

Los celadores de los servicios de rehabilitación son responsables de garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante las sesiones de terapia, incluida la preparación adecuada de los equipos y materiales utilizados en la terapia física y ocupacional.

Su participación y apoyo también brindarán a su paciente confianza y aliento en su proceso de recuperación, lo que puede tener un gran impacto en su motivación y progreso. Emocionalmente, los celadores desempeñan un papel tranquilizador al brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias.

La rehabilitación después de una lesión o cirugía puede ser un proceso desafiante física y emocionalmente, y el cuidador actúa como una conexión empática y solidaria en momentos de miedo o incertidumbre. Los principales síntomas identificados son:

1. Ayudar al movimiento del paciente: Los celadores desempeñan un papel importante en el movimiento seguro del paciente, lo que contribuye a su rehabilitación física y les ayuda a recuperar su autonomía.
2. Colaboración en tratamientos y ejercicios: Los celadores ayudan en la realización de los tratamientos y ejercicios prescritos por el terapeuta, garantizando la seguridad y el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento.
3. Coordinación de Suministros y Recursos: Responsable de la logística y coordinación de los recursos necesarios para el tratamiento, incluida la preparación de salas y equipos, promoviendo un flujo de trabajo eficiente.
4. Apoyo emocional: los proveedores de atención médica brindan apoyo emocional a los pacientes para aumentar la motivación y la confianza en el proceso de rehabilitación.
5. Comunicación efectiva: tener contacto regular con el personal médico y de tratamiento y brindar información relevante sobre el progreso y las necesidades del paciente.
6. Garantizar su seguridad: ayuda a reducir el riesgo de lesiones o accidentes, manteniendo un entorno seguro durante el tratamiento.
7. Mantenimiento de registros y documentación: mantenga registros precisos de las actividades realizadas durante las sesiones de tratamiento y rehabilitación, que son esenciales para monitorear y evaluar el progreso del paciente. Además, también se controla el acceso del personal autorizado.

Los celadores desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de rehabilitación, facilitando el tratamiento, ayudando en la movilidad del paciente y proporcionando un entorno seguro.

5 Discusión-Conclusión

El personal médico en el campo de los servicios de rehabilitación juega un papel importante en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Los celadores hacen todo lo posible para brindar servicios eficientes y de alta calidad a los pa-

cientes, realizando tareas adicionales al trabajo de los trabajadores de la salud, de acuerdo con los indicadores y pautas establecidos.

Después de una mirada más cercana a las responsabilidades de los celadores en la rehabilitación, queda clara la importancia y el papel destacado de los guardianes en este servicio.

Cabe señalar que la formación adecuada de los celadores es muy importante, porque en este caso es importante la cooperación con todos los trabajadores sanitarios, así como con los fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sanitarios y enfermeras. Un movimiento en falso de un celador puede deshacer meses de trabajo que han realizado estos profesionales. Por tanto, un trabajo bien preparado es muy importante para el éxito de la rehabilitación y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-rehabilitacion-equipo-interdisciplinar/>.
2. [https://revistamedica.com/funciones-celadorrehabilitacion/Sociedad](https://revistamedica.com/funciones-celadorrehabilitacion/SociedadEspañol) Español.

Capítulo 159

EL CELADOR Y SU PAPEL DENTRO DEL SERVICIO DE LABORATORIO HOSPITALARIO

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

SILVIA ROLDÁN MARTINEZ

JOSE CABAÑAS BORRERO

JORGE PEREZ MARTINEZ

JORGE LOPEZ AGEA

1 Introducción

El laboratorio fue fundado en 1791 y se estableció con la ayuda de Antoine Francois Four, un médico y químico francés. Este médico y químico fue el primero en sugerir que los hospitales tuvieran laboratorios, pensando que beneficiaría a los pacientes allí ingresados. No fue hasta el siglo XX que los celadores pasaron a formar parte de los servicios de laboratorio clínico del hospital.

El servicio de laboratorio fue identificado como un servicio muy importante en la creación de un nuevo centro hospitalario. Este servicio es el centro neurálgico porque proporciona cualquier tipo de patrón que necesite ser analizado. Como resultado, este tipo de servicio ha crecido y se ha situado a la vanguardia de la medicina.

Los laboratorios se utilizan para estudiar diversas técnicas, incluidas inmunología, microbiología, hematología y más. Un administrador es un empleado de atención médica; Sus funciones fueron establecidas en la ley preconstitucional de 1971 y la ley aún necesita ser actualizada y modificada para reflejar las circunstancias actuales. Los celadores deben realizar tareas específicas según los procedimientos establecidos por cada hospital o clínica. Por lo tanto, deben estar capacitados y equipados para realizar todas las tareas que se les requieran cuando sus superiores les den permiso.

La labor de los celadores es muy importante para el funcionamiento eficiente del servicio. El contenido de los servicios prestados por los celadores puede variar ampliamente, pero todos son esenciales para el crecimiento saludable y el funcionamiento normal del hospital.

2 Objetivos

Explicar y demostrar las funciones y tareas que desempeña un celador en el servicio de laboratorio de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos de las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo para seleccionar artículos científicos que tuvieran contenido relevante para el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de un celador se describen por área de trabajo, dependiendo del turno en el que se desempeñan unas u otras funciones. A continuación describimos las diversas tareas que debe realizar un celador de laboratorio en el día a día.

- El celador comienza a trabajar a las 8 a.m. buscando servicios en el día, comienza con la recolección de muestras de dos de los servicios más importantes: quirófano y endoscopia.
- Llevar las muestras recolectadas al Departamento de Anatomía Patológica.

- Llevar a los pacientes desde las consultas de hematología hasta las citas hospitalarias el mismo día, y a estos pacientes casi siempre se les recetan múltiples tratamientos para tratar en casa.
- Recogida del tratamiento en farmacia hospitalaria. El medicamento de cada paciente incluye una pegatina con el nombre y apellido del paciente y el número de expediente médico. Son trasladados a un hospital de día. Una enfermera o técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se asegura de que el medicamento esté refrigerado hasta que el paciente solicite llevárselo a casa.
- El departamento de transporte solicita pedidos al almacén general del hospital y entrega materiales a diversas zonas del laboratorio.
- Las conversaciones relacionadas con la biopsia intraoperatoria en quirófano tienen ventajas respecto a otras situaciones.
- Cuando sea necesario o cuando una enfermera lo solicite, acudir a la farmacia del hospital, guardar la medicación solicitada y entregársela a la enfermera.
- Entregar pedidos de farmacia al área del banco de sangre.
- Proporcionar el informe de daños necesario a nuestro servicio de mantenimiento para que el problema pueda solucionarse lo más rápido posible.
- Realizar las copias necesarias de los pedidos enviados a proveedores. Una copia debe entregarse al supervisor y la otra copia debe quedar en poder del proveedor.
- Cuando se les llame a buscar guardias de seguridad, separe muestras de diversas enfermedades dermatológicas y respiratorias.
- Recoger diversos informes de biopsias de diversas secretarías de patología y los organiza en relación con la secretaría de servicios hospitalarios.
- Si un informe es descubierto inesperadamente por un servicio distinto al laboratorio, se enviará por tubo al servicio al que pertenece.
- Los celadores deberán llevar los objetos transportados al servicio de desinfección.
- Recopilan datos y siempre comienzan con salas de emergencia y consisten en varios hospitales, excepto los servicios de nacimiento y psiquiátricos.

5 Discusión-Conclusión

El celador se ha convertido en una de las partes más esenciales en la gestión de diversos servicios hospitalarios. Por ello, deben estar bien capacitados para desempeñar las funciones asignadas en cada uno de los diferentes servicios del centro hospitalario. Capaz de realizar tareas asignadas por superiores con altas expectativas. El trabajo de un celador de seguridad puede variar en contenido o estilo de trabajo, pero siempre es importante para cada empleado, siendo el

trabajo más necesario para el pleno funcionamiento del centro hospitalario y el óptimo funcionamiento del equipo. Los trabajadores de la salud están bien estructurados en su trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-laboratorio-rol-funciones/>.
2. <https://stardraw.es/funciones-y-responsabilidades-del-celador-en-un-hospital-que-hace/>.

Capítulo 160

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN ALMACÉN

ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ

MARÍA TERESA EXOJOS VELA

CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO

1 Introducción

El almacenamiento hospitalario se erige como una pieza fundamental dentro de la infraestructura de un hospital, velando por la adecuada gestión y administración de medicamentos y suministros.

Su rol principal radica en garantizar la disponibilidad, organización y distribución eficiente de los bienes y equipos esenciales para el correcto funcionamiento del sector salud.

Funciones Clave del Almacenamiento Hospitalario:

1. Recepción, Almacenamiento y Monitoreo de Productos:

Los almacenes hospitalarios reciben, almacenan y monitorean una amplia gama de productos farmacéuticos, incluyendo medicamentos, productos médicos, equipos, artículos de limpieza y otros insumos necesarios para las operaciones diarias del hospital.

2. Pruebas, Documentación y Almacenamiento Adecuado:

Cada producto recibido de los proveedores se somete a rigurosas pruebas para garantizar su calidad y seguridad.

La documentación completa y precisa de cada producto es fundamental para el seguimiento y control del inventario.

El almacenamiento se realiza de acuerdo a las normas específicas de cada producto, asegurando las condiciones óptimas de conservación.

3. Gestión de Inventario y Pedidos:

El personal del almacén se encarga de gestionar el inventario de manera eficiente, manteniendo niveles adecuados de stock para satisfacer las necesidades del hospital.

Se realizan pedidos a los proveedores en base a los niveles de inventario y la demanda prevista.

Se gestionan las devoluciones o restricciones de productos de manera oportuna.

4. Colaboración con Departamentos Médicos:

El almacén colabora estrechamente con los diferentes departamentos médicos del hospital para garantizar que los suministros necesarios se encuentren disponibles en el momento y lugar adecuados.

Se brinda asesoría y apoyo técnico a los usuarios sobre el uso y manejo de los productos.

5. Gestión de Desechos Médicos:

El almacenamiento hospitalario juega un papel crucial en la gestión de desechos médicos, asegurando la separación y eliminación adecuada de acuerdo a las normas y regulaciones establecidas.

Se implementan protocolos estrictos para prevenir la contaminación y proteger la salud pública.

2 Objetivos

Mostrar las funciones realizadas por el personal de celadores en un almacén hospitalario, así como la interconexión de este área con todas las áreas de un hospital y proveedores.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo se basó en una profunda revisión bibliográfica en la literatura científica actual.

Para tal fin, se llevó a cabo una búsqueda sistemática y rigurosa de información en las siguientes bases de datos:

PubMed: Una biblioteca digital de la National Library of Medicine (NLM) que contiene más de 30 millones de citas de literatura biomédica.

Medline: Un subconjunto de PubMed que incluye artículos de revistas médicas y de ciencias de la salud.

SciELO: Una red de revistas científicas en acceso abierto de América Latina, Caribe, Portugal y España.

4 Resultados

Los celadores encargados del almacenamiento hospitalario desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento eficiente de las áreas de almacenamiento del hospital.

El celador de almacén, compuesto por profesionales capacitados y dedicados, es responsable de una amplia gama de actividades que contribuyen a la gestión adecuada de medicamentos e insumos.

Responsabilidades Clave del Personal de Almacén Hospitalario:

1. Recepción de Mercancías:

Verificación de Productos: El personal de almacén recibe, inspecciona y verifica la cantidad y calidad de los productos que llegan al hospital.

Aseguramiento de Cumplimiento: Se garantiza que los productos recibidos cumplan con las especificaciones y requisitos establecidos por el hospital.

Documentación Precisa: Se registra la recepción de cada producto, incluyendo detalles como la fecha, la cantidad y el proveedor.

2. Gestión de Inventario:

Monitoreo de Stock: Se realiza un seguimiento constante de los niveles de inventario de todos los productos almacenados.

Actualización de Registros: Los libros de inventario se actualizan periódicamente para reflejar las entradas, salidas y movimientos de stock.

Optimización de Inventario: Se implementan estrategias para optimizar los niveles de inventario, minimizando el exceso de stock y evitando rupturas.

3. Gestión y Almacenamiento:

Organización Eficiente: Se organiza el almacén de manera eficiente, clasificando los materiales y equipos de forma lógica y accesible.

Etiquetado y Ubicación: Se utilizan sistemas de identificación y etiquetado para facilitar la ubicación de cada producto.

Almacenamiento Seguro: Se garantiza que los productos se almacenen de acuerdo con las normas de seguridad y manipulación establecidas, preservando su calidad e integridad.

4. Asignación Interna:

Colaboración Interdepartamental: Se colabora estrechamente con otros departamentos del hospital para atender sus solicitudes de suministros.

Preparación y Entrega de Pedidos: Se preparan y entregan los pedidos de manera precisa y oportuna en las ubicaciones designadas.

Flujo Continuo de Mercancías: Se asegura el flujo continuo de mercancías dentro del almacén, evitando cuellos de botella y retrasos.

5. Gestión de Fechas de Vencimiento:

Monitoreo de Caducidad: Se realiza un seguimiento constante de las fechas de vencimiento de los medicamentos y productos perecederos.

Eliminación de Productos Vencidos: Se retiran y eliminan de manera oportuna los productos que han superado su fecha de caducidad.

Disponibilidad de Productos Actualizados: Se garantiza la disponibilidad de productos nuevos y de última generación.

6. Gestión de Devoluciones:

Procesamiento de Devoluciones: Se procesan las devoluciones de productos incorrectos, defectuosos o faltantes de manera eficiente.

Implementación de Procedimientos de Devolución: Se establecen e implementan procedimientos claros para la gestión de devoluciones.

Registros Preciosos: Se mantienen registros precisos y actualizados de las devoluciones realizadas.

7. Aprobación de Auditorías y Controles:

Participación en Auditorías: Se colabora en las inspecciones periódicas y auditorías internas del almacén del hospital.

Revisión y Validación de Documentación: Se revisan y validan los documentos relacionados con el inventario y las operaciones del almacén.

Aseguramiento de Coherencia: Se garantiza la coherencia entre los materiales físicos y los registros documentales.

8. Mantenimiento y Limpieza del Almacén:

Entorno Seguro y Limpio: Se mantiene el almacén en condiciones de orden, limpieza y seguridad, de acuerdo con las normas sanitarias establecidas.

Inspecciones Regulares: Se realizan inspecciones regulares para identificar y corregir posibles riesgos o problemas de seguridad.

Implementación de Prácticas Higiénicas: Se implementan y siguen prácticas higiénicas adecuadas para prevenir la contaminación y proteger la salud del personal.

5 Discusión-Conclusión

Para los celadores de almacenes hospitalarios, la comunicación y la cooperación con el personal del almacén y con diversos departamentos del hospital son pilares fundamentales para el éxito.

Es esencial comprender las necesidades y requerimientos de cada área para poder brindar un servicio oportuno, de calidad y adaptado a las demandas específicas.

En este sentido, la comunicación efectiva se convierte en una herramienta indispensable para:

Facilitar el intercambio de información sobre el inventario, los pedidos y las necesidades de cada departamento.

Identificar y resolver problemas de manera conjunta y proactiva.

Fomentar un ambiente de trabajo colaborativo y productivo.

Además de la comunicación, la gestión eficiente del inventario es otro aspecto crucial para el buen funcionamiento del almacén.

Esto implica:

Mantener registros precisos y actualizados del inventario, incluyendo información sobre la cantidad, ubicación, fecha de vencimiento y estado de cada producto.

Realizar un seguimiento constante de las fechas de vencimiento para evitar la caducidad de productos.

Implementar estrategias de control de inventario que permitan optimizar los niveles de stock y minimizar los costos.

La organización y la limpieza del almacén también son aspectos que no deben descuidarse.

Un espacio de trabajo ordenado, limpio y seguro contribuye a:

Facilitar la ubicación y el acceso a los productos.

Prevenir accidentes y lesiones.

Promover una imagen profesional y eficiente del almacén.

6 Bibliografía

1. "Coordinación de Servicios Hospitalarios" García Gómez, DA, Ríos Mena, I y Gutiérrez-Fanjul, O. (2018).
2. "Almacenes Hospitalarios." P.Martínez y M. Sabater. Ciencias de la información, 22 (1).

Capítulo 161

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO

MARÍA TERESA EXOJOS VELA

ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ

1 Introducción

El servicio quirúrgico del hospital se caracteriza por su dinamismo y capacidad de adaptación a las necesidades específicas de cada paciente.

La diversidad de cirugías que se realizan, desde procedimientos complejos hasta intervenciones ambulatorias, exige un enfoque flexible y personalizado.

Preparación Previa a la Cirugía:

El tipo de cirugía determina el protocolo a seguir en la preparación del paciente.

En cirugías menores o ambulatorias, el paciente se dirige al quirófano por sus propios medios.

En cirugías más complejas, el traslado es realizado por personal especializado.

Un Entorno Seguro y Normativo:

El equipo de enfermería, pilar fundamental del servicio quirúrgico, vela por el cumplimiento estricto de las normas de higiene y cultura.

Su labor garantiza un entorno seguro y protegido para pacientes, personal médico y el resto del equipo.

Ingreso al Quirófano:

Previo al ingreso al quirófano, el paciente recibe instrucciones detalladas del especialista.

Estas instrucciones pueden incluir ayuno, rasurado de la zona a intervenir y otras medidas específicas.

Atención Centrada en el Paciente:

El personal del servicio quirúrgico se preocupa por el bienestar integral del paciente.

Se interesan por sus inquietudes, siguen las instrucciones del especialista y trabajan en conjunto para resolver cualquier problema que surja.

2 Objetivos

- Describir las funciones que realizan los celadores en el área de quirófano, así como la coordinación del equipo multidisciplinar que se encuentra en esta área.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en quirófano juega un papel fundamental en el funcionamiento armonioso del área quirúrgica.

Su labor se caracteriza por la colaboración estrecha con el equipo médico y la comprensión profunda de las tareas de cada miembro del equipo.

Esta sinergia es crucial para garantizar el éxito de las intervenciones quirúrgicas y el bienestar de los pacientes.

Diversidad de Procedimientos:

El quirófano es un escenario donde se llevan a cabo una amplia gama de procedimientos quirúrgicos, desde cirugías menores hasta intervenciones complejas.

El celador debe estar familiarizado con los diferentes tipos de cirugías y las necesidades específicas de cada una.

Su conocimiento y adaptabilidad son esenciales para asegurar el desarrollo fluido de cada operación.

Preparación Previa a la Cirugía:

El período perioperatorio, que comprende las etapas antes, durante y después de la cirugía, es fundamental para el éxito del procedimiento.

El celador desempeña un rol activo en esta fase, colaborando con el equipo médico en la preparación del paciente y del quirófano.

Su eficiencia y atención al detalle contribuyen a minimizar el estrés del paciente y optimizar el entorno quirúrgico.

Monitoreo Postoperatorio:

Una vez finalizada la cirugía, el paciente es trasladado a la sala de recuperación, donde el celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería. Su tarea consiste en monitorear los signos vitales del paciente, administrar medicamentos según las indicaciones médicas y brindar apoyo general al equipo de atención.

Su presencia atenta y su capacidad para trabajar en equipo son esenciales para garantizar la recuperación segura y confortable del paciente.

Comunicación y Colaboración:

La comunicación efectiva y la colaboración estrecha entre el celador y el resto del equipo quirúrgico son pilares fundamentales para el éxito de las intervenciones. El celador debe estar atento a las necesidades de los pacientes y del equipo médico, y dispuesto a brindar asistencia en cualquier momento.

Su capacidad para trabajar en equipo y su actitud proactiva son claves para garantizar un ambiente quirúrgico seguro y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

En el contexto del ámbito hospitalario, tanto público como privado, cada profesional desempeña un papel fundamental en el engranaje que garantiza la salud y el bienestar de los pacientes.

Si bien el objetivo final es el mismo - la recuperación y el cuidado integral del paciente - cada rol aporta una perspectiva y habilidades únicas que son esenciales para el éxito del proceso.

El trabajo del celador en quirófano, en particular, se distingue por su naturaleza colaborativa y su impacto directo en la seguridad y el bienestar de los pacientes. Su labor va más allá de las tareas técnicas, abarcando un profundo compromiso con la ética y los valores humanos.

El celador en quirófano es un profesional integral que desempeña un papel crucial en la atención quirúrgica.

Su conocimiento, habilidades y compromiso con la seguridad del paciente lo convierten en un eslabón esencial en la cadena de atención.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.bolgspot.com>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. <https://www.essaeformacion.com/el-celador-en-el-quiropano>
4. <https://congresoicepa.com>

Capítulo 162

EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN Y APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA SANITARIA

FRANCISCO DEL CID DÍAZ

MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ

MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

ROMINA MONICA TINCA

1 Introducción

La gestión y apertura de la historia clínica sanitaria es un aspecto fundamental en el ámbito de la atención médica, ya que constituye el punto de partida para la adecuada atención y seguimiento de los pacientes. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo cobra especial relevancia, siendo responsable de llevar a cabo este proceso de manera eficiente y precisa.

La historia clínica sanitaria es un documento que recopila información vital sobre la salud y el historial médico de cada paciente, incluyendo datos personales, antecedentes médicos, tratamientos previos, alergias, medicaciones, entre otros. La apertura y gestión adecuada de esta documentación es esencial para garantizar una atención médica integral y segura.

En esta introducción, exploraremos el importante rol que desempeña el auxiliar administrativo en este proceso, destacando su responsabilidad en la recopilación, registro y actualización de la información del paciente. Asimismo, analizaremos la importancia de mantener la confidencialidad de los datos y cumplir con las regulaciones de protección de datos en el manejo de la historia clínica.

En definitiva, el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria es fundamental para el funcionamiento eficiente de los servicios de salud, contribuyendo a brindar una atención médica de calidad y garantizando la seguridad y privacidad de la información del paciente.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en la gestión y apertura de la historia clínica.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre noviembre de 2023 y marzo de 2024.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“health history” OR “medical health history”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

El desempeño sanitario del auxiliar administrativo es esencial en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria de los pacientes. Esta labor abarca desde la recepción y registro de la información del paciente hasta la creación y mantenimiento adecuado de su expediente médico.

En este sentido, el auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de recopilar datos personales del paciente, como su nombre, edad, dirección y número de seguro médico, además de obtener información relevante sobre su historial médico, antecedentes familiares y alergias conocidas. Este proceso garantiza la precisión

y completitud de la historia clínica, lo que es fundamental para la atención médica efectiva y segura del paciente.

Además, el auxiliar administrativo debe asegurarse de seguir los protocolos de protección de datos y confidencialidad para garantizar la privacidad del paciente y el cumplimiento de las regulaciones sanitarias. Esto implica manejar la información de manera segura y solo divulgarla a personal autorizado.

El desempeño sanitario del auxiliar administrativo en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria es una función de gran importancia en el ámbito de la salud. La apertura y gestión adecuada de la historia clínica constituye el primer paso en la atención médica de cualquier paciente, y es fundamental para garantizar la continuidad y calidad de la atención.

El auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de recibir y registrar la información del paciente de manera precisa y completa en el sistema de registro médico electrónico o físico. Esto incluye datos personales, antecedentes médicos, alergias, medicamentos actuales y cualquier otra información relevante para la atención médica. Asimismo, debe asegurarse de mantener la confidencialidad de la información del paciente y cumplir con las normativas de protección de datos. En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria, contribuyendo así a la prestación de una atención médica integral y de calidad. Su diligencia, precisión y cumplimiento de las normativas son fundamentales para asegurar un registro médico preciso y confiable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria es de vital importancia para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud. A lo largo de esta exploración, hemos destacado varios aspectos relevantes:

1. Responsabilidad y precisión: El auxiliar administrativo debe llevar a cabo sus tareas con responsabilidad y precisión, asegurándose de recopilar y registrar la información del paciente de manera correcta y completa.
2. Confidencialidad y protección de datos: Es fundamental que el auxiliar administrativo mantenga la confidencialidad de la información del paciente y cumpla con todas las regulaciones de protección de datos establecidas para garantizar la privacidad y seguridad de la información.
3. Contribución a la atención integral del paciente: La gestión adecuada de la historia clínica sanitaria por parte del auxiliar administrativo contribuye a pro-

porcionar una atención médica integral y coordinada, facilitando el acceso a la información relevante para los profesionales de la salud.

4. Eficiencia en los procesos: Una gestión eficiente de la historia clínica sanitaria agiliza los procesos administrativos y mejora la organización del trabajo en el entorno sanitario, permitiendo una atención más rápida y eficaz a los pacientes. En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la gestión y apertura de la historia clínica sanitaria, asegurando que se mantenga actualizada, precisa y segura. Su labor contribuye significativamente al funcionamiento óptimo de los servicios de salud y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sequeira L, Almilaji K, Strudwick G, Jankowicz D, Tajirian T. EHR "SWAT" teams: a physician engagement initiative to improve Electronic Health Record (EHR) experiences and mitigate possible causes of EHR-related burnout. *JAMIA Open*. 2021 Apr 19;4(2)
2. Revoredo Iparraguirre, J.F., Cavalcanti Oscátegui, J. Una experiencia de implementación del registro médico electrónico en Perú. *Rev. Panam Salud Pública*. 2014; 35(5/6):365–70.
3. Fullerton C, Aponte P, Hopkins R, Bragg D, Ballard DJ. Lessons learned from pilot site implementation of an ambulatory electronic health record. *Proc (Bayl Univ. Med Cent)*. 2006 Oct; 19(4):303-10.
4. Zandieh SO, Yoon-Flannery K, Kuperman GJ, Langsam DJ, Hyman D, Kaushal R. Challenges to EHR implementation in electronic- versus paper-based office practices. *J Gen Intern Med*. 2008 Jun;23(6):755-61. doi: 10.1007/s11606-008-0573-5.
5. Epub 2008 Mar 28. PMID: 18369679; PMCID: PMC2517887.
5. Kruse CS, Kothman K, Anerobi K, Abanaka L. Adoption Factors of the Electronic Health Record: A Systematic Review. *JMIR Med Inform*. 2016 Jun 1; 4(2):e19.
6. Ghazisaeidi M, Ahmadi M, Sadoughi F, Safdari R. A roadmap to pre-implementation of electronic health record: the key step to success. *Acta Inform Med*. 2014 Apr; 22(2):133-8.

Capítulo 163

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA CON PACIENTES SANITARIOS Y EL DESARROLLO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

FRANCISCO DEL CID DÍAZ

ROMINA MONICA TINCA

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ

MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ

1 Introducción

La atención telefónica en el ámbito sanitario es una pieza fundamental en la prestación de servicios de salud, ya que constituye el primer punto de contacto para muchos pacientes que buscan asistencia médica o información sobre su salud. En este sentido, el rol del auxiliar administrativo sanitario cobra una relevancia significativa, pues es el encargado de gestionar y canalizar estas comunicaciones de manera eficiente y profesional.

La importancia de una atención telefónica adecuada radica en su capacidad para brindar una respuesta rápida y precisa a las necesidades de los pacientes, así como para garantizar una comunicación clara y empática que transmita confianza y seguridad. Además, en muchos casos, la atención telefónica puede ser

determinante para agilizar procesos administrativos, gestionar citas médicas o canalizar emergencias médicas de manera oportuna.

En este contexto, el presente trabajo se centra en analizar el papel del auxiliar administrativo sanitario en la atención telefónica con pacientes, explorando sus responsabilidades, desafíos y mejores prácticas para asegurar una comunicación efectiva y satisfactoria. Se examinarán aspectos como la gestión de llamadas entrantes y salientes, la atención de consultas y la coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y de calidad.

A través de este análisis, se busca proporcionar una comprensión más profunda de la importancia de la atención telefónica en el ámbito sanitario y el papel clave que desempeña el auxiliar administrativo en este proceso. Asimismo, se pretende identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones prácticas para optimizar este aspecto fundamental de la gestión sanitaria.

2 Objetivos

Describir las funciones y aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en la atención telefónica en los servicios de salud.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre enero de 2024 y abril de 2024.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“health telephone service” OR “telephone attention”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La atención telefónica con pacientes sanitarios es un aspecto fundamental en la labor del auxiliar administrativo sanitario. A través de esta modalidad de comunicación, el auxiliar desempeña un papel clave en la gestión de la relación entre el centro sanitario y los pacientes. A continuación, se detallan algunos puntos importantes sobre este tema:

1. Interfaz entre el paciente y el centro sanitario: El auxiliar administrativo es la primera persona con la que el paciente se encuentra al comunicarse telefónicamente con el centro sanitario. Por lo tanto, su capacidad para brindar una atención cordial, empática y eficiente es crucial para crear una impresión positiva y establecer una comunicación efectiva.
2. Gestión de citas y consultas: Una de las principales responsabilidades del auxiliar administrativo en la atención telefónica es la gestión de citas y consultas médicas. Esto implica coordinar agendas, programar citas, confirmar disponibilidad de médicos y especialistas, y proporcionar información relevante sobre los procedimientos a seguir antes de la consulta.
3. Resolución de dudas y consultas: Los pacientes suelen llamar al centro sanitario con preguntas sobre procedimientos, tratamientos, horarios, ubicación, entre otros aspectos. El auxiliar administrativo debe estar preparado para responder estas consultas de manera clara y precisa, o derivarlas al personal adecuado en caso de necesitar una atención especializada.
4. Manejo de situaciones difíciles: En ocasiones, los pacientes pueden llamar con quejas, reclamaciones o situaciones de emergencia. El auxiliar administrativo debe estar capacitado para manejar estas situaciones de manera calmada, profesional y resolutiva, brindando apoyo y orientación al paciente según sea necesario.
5. Registro y seguimiento: Es fundamental que el auxiliar administrativo registre adecuadamente todas las interacciones telefónicas con los pacientes en el sistema de gestión del centro sanitario. Esto facilita el seguimiento de las consultas, la disponibilidad de información para el personal médico y la mejora continua del servicio al paciente.

En conclusión, la atención telefónica con pacientes sanitarios es una tarea esencial del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. Su capacidad para gestionar eficientemente estas comunicaciones contribuye significativamente a la satisfacción del paciente y al buen funcionamiento del centro sanitario en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, después de analizar el papel del auxiliar administrativo sanitario en la atención telefónica con pacientes, podemos extraer algunas conclusiones relevantes:

1. Importancia de la formación: Es fundamental que los auxiliares administrativos sanitarios reciban una formación adecuada en habilidades de comunicación,

manejo de sistemas de información y protocolos de atención telefónica para garantizar un servicio de calidad.

2. Agilización de procesos: La atención telefónica eficiente contribuye a agilizar procesos administrativos como la gestión de citas médicas, la coordinación de consultas y la canalización de emergencias, lo que mejora la experiencia del paciente y optimiza los recursos sanitarios.

3. Comunicación empática: Es esencial que los auxiliares administrativos sanitarios mantengan una comunicación empática y respetuosa con los pacientes, brindando información clara y comprensible y mostrando disposición para resolver sus dudas y preocupaciones.

4. Coordinación interprofesional: La colaboración entre el auxiliar administrativo sanitario y otros profesionales de la salud es clave para garantizar una atención integral y coordinada. Esto incluye la comunicación efectiva con médicos, enfermeras y otros miembros del equipo sanitario para resolver consultas y gestionar situaciones de emergencia de manera adecuada.

5. Mejora continua: Es importante que las instituciones sanitarias fomenten una cultura de mejora continua en la atención telefónica, realizando evaluaciones periódicas de los procesos, recopilando feedback de los pacientes y del personal y aplicando medidas correctivas según sea necesario.

En resumen, el trabajo del auxiliar administrativo sanitario en la atención telefónica con pacientes desempeña un papel crucial en la prestación de servicios de salud. Su capacidad para gestionar eficientemente las comunicaciones telefónicas, mantener una comunicación empática y coordinarse con otros profesionales de la salud contribuye significativamente a la satisfacción del paciente y al funcionamiento eficaz de la institución sanitaria.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Comunicado de la Junta Permanente de la semFYC sobre la fortaleza de la Atención Primaria para el abordaje de la actual fase de la pandemia y sobre el acceso real a los tests diagnósticos de COVID-19. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2020. [

2. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; actualizado el 3 de julio de 2020.

3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2020.

4. León Vázquez F (coordinador). 10 actividades burocráticas para No Hacer en Atención Primaria. [Internet.] Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2017.
5. Díaz Sánchez S, Conangla Ferrín L, Sánchez Barrancos IM, Pujol Salud J, Tarrazo Suárez JA, Morales Cano JM. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica en Medicina Familiar: ecocardioscopia y ecografía pulmonar. *Aten Primaria*. 2019 Mar; 51(3):172- 83. Doi: 10.1016/j.aprim.2018.11.008.
6. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. A Qualitative Study. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(3):395-401. Doi:10.1001/jamainternmed.2019.6326
28. Cohidon C, Wild P, Senn N. Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *Br J Gen Pract*. 2020; 70(698):e657-e667. Doi:10.3399/bjgp20X710909
7. Esquerda M, Teres J. Pandemia COVID-19, profesionalismo y contrato social. *Rev Clín Española*. [Internet.] 2021.

Capítulo 164

EL DESEMPEÑO SANITARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

FRANCISCO DEL CID DÍAZ

MARÍA ISABEL OLMEDA ORTIZ

MARIA BEGOÑA MENA MARTINEZ

ROMINA MONICA TINCA

SNEZANA SARAJLIC HALILAGIC

1 Introducción

La gestión de la documentación clínica es un aspecto fundamental en cualquier entorno de atención médica, ya que garantiza el registro preciso, la organización adecuada y la accesibilidad oportuna de la información médica de los pacientes. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo es de vital importancia, ya que se encarga de coordinar y supervisar el manejo de los expedientes médicos, asegurando su integridad, confidencialidad y cumplimiento de las normativas legales.

La introducción de sistemas de información electrónica ha transformado la manera en que se gestiona la documentación clínica, permitiendo un acceso más

rápido y eficiente a la información, así como una mayor interoperabilidad entre diferentes áreas y profesionales de la salud. En este sentido, el auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la implementación y utilización efectiva de estas tecnologías, garantizando su correcto funcionamiento y proporcionando apoyo técnico a los usuarios.

Además, en un entorno cada vez más centrado en el paciente, es crucial que la gestión de la documentación clínica se realice de manera centrada en el paciente, priorizando sus necesidades y respetando su privacidad y confidencialidad. El auxiliar administrativo, como parte del equipo de atención médica, debe estar capacitado para interactuar de manera empática y compasiva con los pacientes y sus familias, brindando apoyo y orientación en relación con sus registros médicos.

En esta introducción, se explorarán las funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica, así como su importancia en la prestación de servicios de salud de calidad y centrados en el paciente. Se analizarán los desafíos y oportunidades asociados con esta tarea, así como las implicaciones de las tecnologías de la información en la práctica administrativa en el ámbito de la salud.

2 Objetivos

Describir las funciones y aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Scopus. Hemos realizado una búsqueda entre enero de 2024 y marzo de 2024.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“clinical documentation”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

Después de examinar en detalle el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica, se pueden extraer varias conclusiones significativas:

1. Importancia de la precisión y la organización: La gestión de la documentación clínica es un proceso delicado que requiere una alta precisión y una organización meticulosa. Las conclusiones destacan la importancia de que el auxiliar administrativo sea diligente en la clasificación, archivo y actualización de los expedientes médicos para garantizar la integridad y la accesibilidad de la información.
2. Colaboración interdisciplinaria: Se reconoce la necesidad de una estrecha colaboración entre el auxiliar administrativo y otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y personal administrativo. Esta colaboración facilita la comunicación fluida y la coordinación eficiente en la gestión de la documentación clínica, asegurando que se cumplan los estándares de calidad y se brinde un servicio óptimo a los pacientes.
3. Énfasis en la confidencialidad y la seguridad de la información: Las conclusiones resaltan la importancia de que el auxiliar administrativo esté comprometido con mantener la confidencialidad y la seguridad de la información médica. Esto implica el manejo adecuado de datos sensibles, la aplicación de medidas de seguridad informática y el cumplimiento estricto de las normativas de protección de datos sanitarios.
4. Continua formación y actualización: Se enfatiza la necesidad de que el auxiliar administrativo reciba una formación continua y se mantenga actualizado sobre los procedimientos y las regulaciones relacionadas con la gestión de la documentación clínica. Esto garantiza que esté equipado con las habilidades y el conocimiento necesarios para desempeñar sus funciones de manera efectiva y adaptarse a los cambios en el entorno sanitario.

En resumen, las conclusiones subrayan la importancia del papel del auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica y destacan la necesidad de un enfoque proactivo, colaborativo y orientado a la calidad en esta área crucial de la administración sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica es esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención médica de calidad. A lo largo de esta revisión, hemos destacado varias conclusiones importantes:

1. Importancia de la organización: El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la organización y mantenimiento de los expedientes médicos, asegurando que la información esté completa, actualizada y fácilmente accesible cuando sea necesario.
 2. Cumplimiento normativo: Es fundamental que el auxiliar administrativo esté al tanto de las regulaciones y normativas relacionadas con la gestión de la documentación clínica, garantizando el cumplimiento de las leyes de privacidad y confidencialidad de la información médica.
 3. Incorporación de tecnología: Con la creciente adopción de sistemas de información electrónica, el auxiliar administrativo debe estar capacitado para utilizar eficazmente estas herramientas, lo que facilita la recopilación, almacenamiento y recuperación de la información clínica de manera más rápida y precisa.
 4. Atención centrada en el paciente: A medida que la atención médica se orienta más hacia el paciente, el auxiliar administrativo desempeña un papel importante en asegurar que los pacientes y sus familias estén informados y empoderados en relación con su propia información médica.
 5. Colaboración interdisciplinaria: El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, asegurando una comunicación efectiva y una coordinación adecuada en la gestión de la documentación clínica.
- En resumen, el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de la documentación clínica es esencial para garantizar la eficiencia, la precisión y la confidencialidad en el manejo de la información médica. Su contribución juega un papel fundamental en el funcionamiento general del sistema de atención médica y en la prestación de servicios de salud de calidad.

6 Bibliografía

1. Marquiegui, Dedier Norberto. 2012. "Los archivos de la locura en la Colonia Nacional de Alienados de Open Door. Preguntas formuladas desde la óptica de un historiador", *Revista Electrónica de Fuentes y Archivos*, Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S.A. Segreti", vol. 3, núm. 3, pp. 286-301.
2. Muñoz, Pedro F. de. 2015. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*, Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz,
3. Muñoz, Pedro, Cristiana Facchinetti y Allister Dias. 2011. "Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894- 1930)", *Memo-randum*, núm. 20, abril, Belo Horizonte, ufmg-Ribeirão Preto, usp.

4. Porter, Roy. 1985. "The Patients's View: Doing Medical History Below", *Theory and Society*, vol. 14, núm. 2, pp. 175-198.
5. Reaume, Geoffrey. 1994. "Keep Your Labels Off My Mind! or 'Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Don't Be a Bit Alarmed': Psychiatric History from the Patients' Perspectives", *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 11, pp. 397-424.
6. Gorbach, Frida. 2011. "¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910", *Debáts. Nuevos Mundos Mundos Nuevos*, vol. 11, en .

Capítulo 165

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

MARÍA TERESA EXOJOS VELA

ALVARO ALBERTO ROSALES GÓMEZ

CARMEN PILAR MERINO CARRAMOLINO

1 Introducción

La Unidad de Esterilización juega un papel fundamental en la prevención de infecciones en el ámbito hospitalario. En este entorno crítico, el celador desempeña un rol crucial como eslabón esencial en la cadena de procesamiento de material médico y quirúrgico, contribuyendo a garantizar la seguridad y la eficacia de los procedimientos médicos.

Más allá de sus tareas técnicas, el celador en la Unidad de Esterilización se convierte en un facilitador de la higiene y la seguridad, un enlace entre el personal médico y el área de esterilización, y un factor clave en la creación de un ambiente organizado, limpio y seguro. Su labor abarca desde la recepción de material sucio hasta su limpieza, empaquetado y esterilización, pasando por el mantenimiento de equipos y la gestión de residuos médicos. El desempeño del celador en la Unidad de Esterilización tiene un impacto significativo en la prevención de infecciones y en la calidad de la atención médica. Su meticulosidad en la recepción, limpieza y empaquetado del material garantiza la limpieza y la integridad del mismo antes del proceso de esterilización.

En este capítulo, se explorará el rol del celador en la Unidad de Esterilización, destacando sus funciones, habilidades y conocimientos esenciales, así como su

impacto en la prevención de infecciones y en la calidad de la atención médica. Se analizará la importancia de su capacitación continua y su colaboración con el equipo de esterilización para garantizar un procesamiento adecuado del material médico y quirúrgico.

2 Objetivos

- * Identificar las funciones, habilidades y conocimientos esenciales del celador en esterilización.
- * Analizar el impacto del celador en la prevención de infecciones y en la calidad de la atención médica.
- * Resaltar la importancia de la capacitación continua y la colaboración del celador con el equipo de esterilización.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible en bases de datos como PubMed, Medline y SciELO. Se han analizado artículos de investigación, estudios de caso y publicaciones de organizaciones relevantes en el ámbito de la salud y la prevención de infecciones. Además, se ha tomado en consideración la experiencia de profesionales de la Unidad de Esterilización, incluyendo técnicos de esterilización, enfermeras y celadores.

4 Resultados

El celador en la Unidad de Esterilización desempeña una amplia gama de funciones que contribuyen al procesamiento eficiente y seguro del material médico y quirúrgico. Entre sus principales responsabilidades se encuentran:

Recepción de material sucio: El celador recibe el material sucio procedente de diferentes áreas del hospital, verificando su estado y clasificándolo según el tipo de material y el nivel de contaminación.

Limpieza y pre lavado: El celador realiza la limpieza manual o mecánica del material sucio, eliminando residuos biológicos y otros contaminantes antes del proceso de esterilización.

Empaquetado: El celador empaqueta el material limpio y seco en envoltorios adecuados, asegurando la integridad del empaque y la protección del material

durante el proceso de esterilización.

Carga y descarga de autoclaves: El celador carga y descarga los autoclaves con el material empaquetado, siguiendo los protocolos de esterilización establecidos para cada tipo de material.

Monitoreo del proceso de esterilización: El celador monitorea los parámetros del proceso de esterilización, asegurando que se cumplan las condiciones de temperatura, presión y tiempo necesarios para la eliminación efectiva de microorganismos.

Mantenimiento de equipos: El celador realiza el mantenimiento básico de los equipos de la Unidad de Esterilización, como lavadoras, autoclaves y selladoras de bolsas.

Gestión de residuos médicos: El celador se encarga de la correcta eliminación de residuos médicos infecciosos, siguiendo protocolos de seguridad establecidos para evitar riesgos de infección y contaminación.

El desempeño del celador en la Unidad de Esterilización tiene un impacto significativo en la prevención de infecciones y en la calidad de la atención médica. Su meticulosidad en la recepción, limpieza y empaquetado del material garantiza la limpieza y la integridad del mismo antes del proceso de esterilización.

Su precisión en la carga y descarga de autoclaves, así como su monitoreo del proceso de esterilización, aseguran la eficacia del mismo y la eliminación completa de microorganismos. Su compromiso con el mantenimiento de equipos y la gestión de residuos médicos contribuye a un ambiente seguro y libre de riesgos de contaminación.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la Unidad de Esterilización es un profesional indispensable que desempeña un rol crucial en la prevención de infecciones y en la seguridad del paciente. Sus funciones, habilidades y conocimientos son esenciales para el correcto funcionamiento de la unidad, contribuyendo a la cadena de esterilización y a la protección de la salud en el ámbito hospitalario.

La capacitación continua del celador en esterilización es fundamental para mantener sus habilidades y conocimientos actualizados, adaptándose a las nuevas tecnologías de esterilización, los protocolos de prevención de infecciones y los estándares de calidad establecidos. Su colaboración con el equipo de esterilización como un miembro activo y colaborador permite una comunicación fluida, un trabajo en equipo coordinado y una respuesta efectiva ante situaciones que puedan afectar el procesamiento del material médico y quirúrgico.

6 Bibliografía

- 1- <https://celadoresonline.bolgspot.com>.
- 2- <https://congresoicepa.com>.

Capítulo 166

EL CELADOR Y SU COMETIDO EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA Y EL TRASLADO DE NEONATOS

FRANCISCO JOSÉ JIMÉNEZ LÓPEZ-CASERO

IVÁN SERRANO CERRO

SEBASTIAN JURADO ZAPATA

ANA MURCIA CEBRIAN

MARIA ISABEL TORRIJOS UTRILLA

1 Introducción

La neonatología es una especialidad de la medicina que se centra en el cuidado y tratamiento de bebés prematuros o gravemente enfermos. Debido a que este campo de la atención médica es altamente especializado y delicado, el papel de los profesionales médicos es muy importante. Los celadores son responsables del transporte seguro y eficiente de los recién nacidos y promueven el bienestar y el cuidado de los recién nacidos más vulnerables. Este artículo detalla las funciones esenciales del celador en neonatología, resaltando su importancia en la enseñanza y atención neonatal. En entornos neonatales, donde se esperan recién nacidos prematuros o críticamente enfermos, los celadores deben ser especialmente sensibles a las necesidades emocionales y psicológicas de los padres. Brindar apoyo emocional, información y tranquilidad a las familias que

experimentan mucho estrés y ansiedad, permitiéndoles comprender el proceso de atención médica y asumir un papel activo en el cuidado de su hijo. Además, los celadores de la unidad neonatal suelen ser un vínculo muy importante en la relación entre el personal médico y las familias. Esto ayuda a proporcionar información médica clara y fácil de entender que es esencial para mantener a las familias informadas sobre la salud de los recién nacidos.

2 Objetivos

Determinar la efectividad de los diversos cuidados y apoyos brindados por los celadores de la unidad neonatal en los hospitales y supervisar la atención y apoyo de la unidad neonatal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 señalar que los celadores de las unidades neonatales deben seguir protocolos específicos de asepsia y control de infecciones. Los recién nacidos son especialmente vulnerables a las infecciones debido a su vulnerabilidad. Por lo tanto, los celadores deben tomar medidas estrictas para garantizar la higiene y esterilidad al manipular y manipular a los recién nacidos. La comunicación eficaz con el personal médico y de celador es esencial para la atención del recién nacido. Los celadores deben ser conscientes de los signos médicos y poder seguir pautas específicas para el cuidado adecuado de los recién nacidos durante el transporte y en la unidad de cuidados neonatales. Los celadores también pueden participar en la preparación de equipos y materiales necesarios para los procedimientos médicos en el departamento de neonatología, como incubadoras y equipos de monitoreo. La labor de los celadores de neonatología es altamente especializada y delicada. Su trabajo en el transporte neonatal y su enfoque en las necesidades de los recién nacidos y sus familias contribuye significativamente a la atención y

el bienestar de los pacientes más vulnerables en un entorno sanitario altamente especializado. En este contexto, su compromiso con la seguridad, la eficacia y el apoyo emocional es fundamental. En neonatología, el papel del celador va más allá de cargar al recién nacido. Su trabajo incluye centrarse en las necesidades emocionales de las familias, la comunicación eficaz y la respuesta a emergencias. El compromiso con el bienestar de los recién nacidos y las familias está en el centro de la atención en este entorno sanitario altamente especializado y sensible. Su trabajo es esencial para garantizar una atención neonatal y un apoyo emocional seguros y eficaces para las familias en entornos sanitarios altamente especializados y sensibles.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la labor de los celadores en neonatología juega un papel vital en el cuidado y bienestar de los recién nacidos más vulnerables. Las tareas de transporte neonatal no se limitan al simple transporte, sino que también incluyen un transporte seguro, la cooperación con el personal médico y de celador y la atención a las necesidades emocionales de los padres. Cambiar el pañal de un recién nacido es una tarea delicada e importante que requiere una cuidadosa atención a los detalles, la seguridad y la comodidad del paciente. Los celadores se aseguran de que se sigan las pautas médicas para el transporte seguro y el transporte de recién nacidos. Además, los celadores neonatales desempeñan un papel importante en la comunicación con los padres, brindándoles información sobre el proceso y brindando apoyo emocional cuando la ansiedad y el miedo son altos. La reconfortante presencia de la familia es esencial en tiempos difíciles. En conclusión, el trabajo de los celadores de neonatología es un testimonio de su importancia en el sistema de salud y del deseo de una atención sanitaria de calidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/objetivos-celador-neonatologia/>.

Capítulo 167

CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

ANGEL ROSENDO ALBA TRABADELO

1 Introducción

Cuando hablamos de conservación nos referimos a aquellos alimentos que después de haber sido sometidos a tratamientos apropiados se mantienen en las debidas condiciones higiénico - sanitarias para el consumo durante un tiempo variable .

Los alimentos tienen que estar correctamente almacenados en locales cerrados , o abiertos que reúnan las siguientes condiciones :

- 1 . Distribución de alimentos en pilas que guarden la debida distancia entre ellos no tocando los techos , paredes y suelos .
- 2 . Utilización de espacios en superficies , altura y sistema de almacenamiento adecuados al movimiento , recepción y manipulación y expedición .
- 3 . Rotación de existencias es decir que se consuman primero los que caducan primero , si no tienen caducidad consumir primero los que llevan mas tiempo .
- 4 . Inspección a diario de las condiciones del local y el estado de los productos .
- 5 . Retirada de los alimentos deteriorados , infestados o contaminados , así como aquellos cuyos envases aparezcan rotos o abollados , se procederá , según los casos , a su inutilización o a otros usos que no sean el consumo humano.

Con respecto al local se tomarán las medidas apropiadas para evitar contaminaciones .

2 Objetivos

Conocer los tipos de conservación y almacenamiento de alimentos en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

1) Conservación : hay varios métodos de conservación .

A) Conservación en frio : dentro de este apartado tenemos la refrigeración y la congelación .

Aquí se tendrá en cuenta , principalmente la temperatura , la humedad , la circulación y la renovación del aire .

B) Conservación por calor : consiste en someter los alimentos a la acción del calor para reducir o eliminar la acción de los microorganismos mediante esterilización o pasteurización .

C) Conservación por radiaciones : consiste en someter los alimentos a la acción de radiaciones con el fin de inhibir la germinación de ciertos alimentos vegetales , combatir las infestaciones por insectos , contribuir a la destrucción de la flora microbiana , cuyo control total descansa , además en la aplicación de otros métodos de conservación .

D) Desecación , deshidratación y liofilización son procedimientos que se basan , en la reducción del contenido de agua en los alimentos .

E) Salazón , ahumado , escabechado etc.

2. Almacenamiento ; tenemos varios tipos : almacenamiento congelado (el alimento se encuentra congelado) , almacenamiento refrigerado (el alimento se encuentra en nevera) , almacenamiento a temperatura ambiente etc.

Para el control de los productos almacenados se tomarán las medidas necesarias para que los productos que hayan sufrido tratamiento frigorífico estén sometidos lo menos posible a temperaturas exteriores a las cámaras , realizando sus entradas y salidas de la mismas con la máxima celeridad .

Las manipulaciones que hubiera que realizar con los productos a la entrada o a la salida de las cámaras frigoríficas , serán llevadas a cabo en el interior del almacén .

Las temperaturas de los productos deberán ser controladas antes de salir de la cámara de almacenamiento .

Los almacenes en general tendrán un sistema de control de mercancías donde tiene que aparecer , la fecha de entrada del producto , el tipo de almacenamiento a que son sometidos , si reglamentariamente fuese necesario , el documento sanitario de procedencia del mismo , la fecha de salida de la cámara y si hubo incidencias durante su almacenamiento .

Para una correcta conservación y almacenaje de los alimentos hay que evitar :

- * Utilizar locales e instalaciones no autorizadas para usos de almacenaje de alimentos .
- * Evitar el uso de cámaras que emitan productos de combustión o contaminantes que puedan alterar los productos alimenticios almacenados .
- * Nunca detener el funcionamiento de la instalación frigorífica durante un intervalo tal que la elevación de la temperatura en las cámaras pueda perjudicar la calidad de los productos almacenados .
- * No admitir ningún alimento que no traiga su procedencia , caducidad etc.
- * No almacenar productos alterados , contaminados etc.
- * No utilizar aguas no potables , tanto para la manipulación y lavado de productos

5 Discusión-Conclusión

De la lectura de este capítulo podemos extraer la conclusión de que para el almacenamiento de los alimentos en la cocina hospitalaria hay que mantener temperaturas adecuadas , humedad adecuada , conveniente circulación de aire , aislamiento de los materiales que puedan desprender olores y protegerlos de la luz directa solar .

6 Bibliografía

1. <https://es.scribd.com>.
2. <https://sinfsa.com>.
3. <https://formacionacma.com>.

Capítulo 168

AUMENTO DEL COSTE HOSPITALARIO POR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES

LORENA DEL CARMEN BETANCOR VENTURA

MIGUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

JENNIFER MARÍA DÍAZ RODRÍGUEZ

ESTHER HORTENSIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

DEVORA EXPÓSITO MÁRQUEZ

1 Introducción

A lo largo de la historia, la alimentación se ha contemplado como un fenómeno social y cultural, considerándose como uno de los actos más importantes de la vida cotidiana. Así mismo, también es considerada como la primera defensa contra las enfermedades y una fuente de energía necesaria para la propia vida. (1,2) Desde hace siglos, los remedios nutricionales han desempeñado un papel fundamental en las terapias médicas debido a la escasez de tratamientos farmacológicos eficaces, y aun en la actualidad, el abordaje dietético en los pacientes hospitalizados se considera un pilar indispensable en el tratamiento. (3) Al mismo tiempo, la nutrición se ha acompañado de una globalización mundial, y el comercio de alimentos y las últimas crisis alimentarias han convertido la

seguridad alimentaria en el centro de atención de la sociedad, los gobiernos y las organizaciones estatales. (4)

En este sentido, los cambios de la economía alimentaria se han reflejado también en las modificaciones de los hábitos alimentarios de la población, tanto en la propia alimentación de los hogares como en las diferentes instituciones: hospitales, centros penitenciarios, colegios, universidades, residencias, entre otras. En la actualidad, la información en materia de nutrición es muy amplia; las investigaciones que se han podido realizar en este ámbito en los últimos años son crecientes, y el interés y la evidencia científica que soporta esta disciplina ha hecho que finalmente se considere como una ciencia única. (3)

En este mismo sentido, dada la importancia nutricional en la vida y en la salud de las personas, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) deben suministrar alimentación a sus pacientes hospitalizados, la cual se encuentra costeadada en la internación, tal y como se afirma en el artículo 162 del Reglamento General de Hospitales, donde se establece que el paciente ingresado debe recibir la dieta indicada y correctamente elaborada en los horarios establecidos y con la presentación, cantidad, calidad, temperatura y servicios adecuados, ofertando además un menú opcional (1, 5). Por ello, dada su importancia, la alimentación hospitalaria se ha convertido en uno de los campos más investigados. A partir del año 2003, los ministros y ministras del Consejo de Europeo aprobaron una serie de medidas encaminadas a estudiar y trabajar en los ámbitos de la alimentación y atención nutricional en los hospitales europeos. (6)

Desde entonces, la mayoría de los países han trabajado en el aspecto nutricional, no sólo desde el medio hospitalario, sino también a través de los centros de atención primaria.

No obstante, conviene recordar que, en España, los ciudadanos tienen reconocido el derecho a la protección de la salud según La Constitución Española. Esta norma del ordenamiento jurídico establece el reconocimiento universal, con el máximo rango normativo, para el derecho a la protección de salud de todos los españoles (artículo 43). (7)

Así, los hospitales cuentan con dietas especiales diseñadas por el departamento de Nutrición donde se tiene en cuenta qué alimentos lleva cada comida (los diferentes tipos de nutrientes y qué cantidad de cada uno de ellos) y, además, los servicios de hostelería y cocina preparan y distribuyen los diferentes menús en bandejas que se depositan en carros isotérmicos para garantizar la conservación del calor. (8,9)

Sin embargo, aunque estas premisas se cumplen en la mayoría de los centros, muchas veces existe escaso personal especializado que realice una correcta valo-

ración nutricional, y por consiguiente, en España sigue existiendo un riesgo de desnutrición hospitalaria significativa, que oscila entre el 30-55 % (1,6,10,11,12), repercutiendo drásticamente en el pronóstico clínico del paciente: mayores tasas de complicaciones, aumento de la morbilidad, estadías hospitalarias más largas, mayor porcentaje de reingresos y mayores costes económicos (8.590 euros frente a 7.085 euros en normonutridos) (6,13,14).

Pero no solo en España, pues en otros países, la incidencia de malnutrición hospitalaria se ha notificado entre el 35% y el 63% de los pacientes en Australia, y entre el 19% y el 60% en Inglaterra y Alemania. (10)

Conviene destacar, por tanto, que más del 75% de los pacientes hospitalizados dependen del menú para cubrir sus requerimientos nutricionales, y esta es la única fuente de nutrición que reciben. Sin embargo, a pesar de su importancia, la mayoría de los usuarios de los hospitales se encuentran desnutridos lo que supone disminución del Índice de Masa Corporal o IMC por debajo de 18.4 kg/m², función y recuperación deterioradas, mayores complicaciones (aparición de úlceras, infecciones, dehiscencias de suturas...), hospitalización prolongada y mayores costos. (15, 16)

Siendo más propensos aquellos que están más gravemente enfermos, previamente desnutridos (20 a 60% de los pacientes ingresados) o pasan más tiempo en el hospital, frente a los que pasan menos de cinco días ingresados por una enfermedad leve, es decir, cuánto más larga es la estancia hospitalaria mayor es la probabilidad de padecer desnutrición, por lo que para reducir o evitar esta situación es importante satisfacer por completo las necesidades nutricionales. (15)

Otra de las claves que influyen en la alimentación es la cuestión económica. Los costes estimados por comida pueden variar atendiendo a varios factores: preparación dentro o fuera de la institución, tipo de comida, número y característica de los comensales, etc. Actualmente, España cuenta con 324 hospitales públicos con una capacidad de más de 100.000 camas, y en muchos de ellos el servicio de cocina está externalizado. El presupuesto medio de un menú hospitalario oscila entre cinco a siete euros por pensión completa y día para cada paciente. Estas cifras no se distancian mucho de otros estudios realizados en diferentes países de la Unión Europea como, por ejemplo, en el Hospital Careggi (hospital universitario financiado públicamente en Florencia, Toscana, Italia central) donde el costo estimado de una comida es de aproximadamente once euros. (17,18,19)

No obstante, también hay que tener en cuenta el estado de las comidas y, por consiguiente, los residuos de comida que dejan los usuarios en sus bandejas; aproximadamente 155 millones de libras esterlinas por año (177 millones de euros por año) se desperdician, tal y como demuestra el Servicio Nacional de Salud del

Reino Unido. (19)

Por ello, es importante analizar el coste-beneficio de la alimentación de los hospitales y si es factible disminuir el presupuesto económico destinado al servicio de alimentación, si luego esto da lugar a un incremento del déficit nutricional con un aumento de las complicaciones, estancias hospitalarias más largas... O si, por el contrario, se debería invertir más en la alimentación, ya que estudios han demostrado que esto genera un mayor ahorro económico a largo plazo.

2 Objetivos

- Determinar si el déficit de calidad de los alimentos lleva a una malnutrición de los pacientes y, por tanto, genera un aumento del gasto sanitario a largo plazo.
- Evaluar los gastos económicos destinados al servicio de alimentación en los hospitales.
- Analizar los costes destinados a la alimentación de los hospitales con una calidad y cantidad en la comida adecuada.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura mediante un protocolo estandarizado y, a continuación, se inició la búsqueda con el objetivo de asegurar identificar los principales artículos relacionados con la temática expuesta.

En la estrategia de búsqueda se consideraron los términos a ser utilizados, las fuentes a investigar y el idioma de los estudios encontrados. Para seleccionar la terminología o palabras claves más adecuadas para este estudio se usaron: Descriptores en Ciencias de la Salud o DeSH (paciente/cliente; satisfacción paciente; servicio de alimentación; calidad de los alimentos; nutrición, alimentación y dieta; economía) y el Medical Subject Headings o MeSH (patient/ Clients; patient satisfaction; food service/ menu planning; food quality; diet, food, and nutrition; economics). Además, se incluyó una búsqueda referencial en la base del Gobierno de España, Ministerio de Salud Pública, Organización Mundial de la Salud (OMS) e Insalud, donde se busca la normativa en los hospitales sobre la alimentación.

La búsqueda bibliográfica se realiza en las siguientes bases de datos: Pubmed y Scopus. Una vez realizada la búsqueda se incluyeron las publicaciones que integran el estado de las comidas en los diferentes hospitales, así como aquellas que hacían referencia a la calidad de los alimentos y satisfacción de los usuarios. Una vez realizada la búsqueda, se realizó una lectura crítica y se excluyeron aquellas publicaciones cuya metodología no es explícita, las que no obtienen resulta-

dos relevantes con la búsqueda, los estudios repetidos en las diferentes bases de datos, aquellas que incluían pacientes menores de 18 años y aquellas que no pasaron las tres primeras preguntas de cribado del CASPe. Además, se valoró que se obtuviera una puntuación mayor a cinco sobre el total de la parrilla utilizada, para considerar aprobado el estudio.

4 Resultados

El proceso de alimentación hospitalaria consiste en un proceso complejo que necesita de la comunicación entre los diversos servicios con el fin de ajustarse a los distintos perfiles de los pacientes. Por ello, es fundamental una correcta gestión de la información entre los diferentes profesionales implicados para otorgar una alimentación de calidad. Sin embargo, en la práctica, esto no ocurre así y a menudo este servicio se ajusta a la oferta más barata.

Pero, de acuerdo con la bibliografía consultada, escoger este tipo de oferta va ligado a un mayor consumo económico. Debido principalmente a que los pacientes tienden a dejar gran cantidad de alimentos en sus bandejas, provocando un déficit nutricional y por consiguiente un agravamiento del estado de salud, así como un incremento en los residuos generados. Según datos aportados en el XX Congreso nacional de hostelería hospitalaria, se tiran anualmente cerca de 27.700 toneladas de alimentos (800g de comida/día por 157.000 camas por 365 días). (20, 21)

4.1 Estado nutricional de los usuarios.

En los hospitales existe una gran prevalencia de desnutrición (30-55 %), localizando un conjunto de deficiencias nutricionales debido a una ingesta de energía y proteínas inferior al 80% de lo recomendado. (1)

4.2. Economía, uso y gestión de los recursos.

El presupuesto se encuentra bajo dominio público y se destina a la alimentación £ 1.80 al día, lo que equivale a 2.03 euros al día (almuerzo y cena) para 1.200 camas hospitalarias (11,23).

El uso incorrecto y la gestión ineficaz de los recursos disponibles destinados a la alimentación de los hospitales se observa con datos en los que se establece que un 40% de la comida es desperdiciada en los hospitales.

Además, los desperdicios suponen elevados costes adicionales en torno al 17.67%, lo que supone pérdidas económicas de 22903,4 libras por año, es decir, 26.183,22 euros por año. (11)

Así mismo, un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca estimó que su presupuesto en un año para la alimentación es de 10.88 euros por día, según se detalla en la tabla 1. (24)

Concepto Precio sin IVA Menús en 1 año

Desayuno 1.43 euros 155.000

Comida 4.89 euros 175.480

Merienda 0.76 euros 146.900

Cena 3.80 euros 159.500

Total 10.88 euros

Tabla 1: Gasto económico invertido por día/paciente. (Elaboración propia)

4.3 Análisis coste / efectividad.

Con el fin de exponer de una manera más concisa la relación existente entre el deficiente estado nutricional de los pacientes hospitalizados y el aumento en la estancia hospitalaria, hemos procedido a realizar una comparativa de datos obtenidos de diversos estudios. En los que se puede extraer que el problema de desnutrición con respecto a coste económico genera un incremento. Este coste económico elevado se refleja en que es preciso una partida presupuestaria entre \$9 – \$15 mil millones anuales solo en los EE. UU. (25-26).

En 2014, un estudio ya hablaba de que la desnutrición asociada a 8 enfermedades crónicas genera un coste de \$156 mil millones (que se traduciría en \$508 per cápita). En el mismo estudio, se establece que el 80 % de los gastos deriva de la carga de comorbilidades que la propia desnutrición genera en el paciente afectado, mientras que un 4 % sería coste directo del tratamiento de la enfermedad aguda. (25)

A todo esto, se le suma que el envejecimiento poblacional, donde el riesgo de desnutrición aumenta, así como las enfermedades crónicas, es por ellos que la población mayor genera un sobre coste en la salud. (26)

La prevalencia de desnutrición en paciente hospitalizado genera que los ingresos hospitalarios presenten un aumento en su estancia, suponiendo esto un incremento notable en los fondos económicos, un estudio realizado en EE.UU. refleja que los pacientes diagnosticados como desnutridos incurrieron en estadías hospitalarias prolongadas suponiendo un aumento de los costes (27).

Los pacientes desnutridos permanecen más tiempo en el hospital (12.6 ± 5.0 días), frente a los pacientes nutridos (4.4 ± 0.1 días), existiendo una diferencia aproximada de +8.2 días; $p < 0.05$. Así mismo, los costes generados en la atención de los pacientes con déficit nutricionales fueron mayores (\$26,944) en comparación con los pacientes con buen estado nutricional (\$9,485), existiendo una diferencia de +\$17,459; $p < 0.05$ (27).

En la Unión Europea la desnutrición, que afecta a 20 millones de personas, asociada a otras enfermedades y sus tratamientos, generan la necesidad de una gran

inversión económica, se estima que precisa de unos 120 mil millones de euros. (28-29)

Estudios realizados sobre este problema en la UE, exponen que el coste de la desnutrición asociada a 10 enfermedades agudas estaría estimado anualmente en 305 millones de euros, de los cuales se aplican para el tratamiento de dicha enfermedad aguda unos 31 millones de euros, lo que vuelve a reflejar que el deficiente estado nutricional genera un incremento del gasto hospitalario. (30)

La desnutrición les supone a los países incluidos en la Unión Europea un 6 % (rango: 2.1 – 10.0 %) del gasto nacional en salud. Los que supone que coste generado por el déficit nutricional suponga un gasto individual que rondan los 1.640€ – 5.829.56 €. (31)

Asimismo, existe un estudio denominado PREDyCES que tiene como objetivo analizar la Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y los Costos Asociados. A través de este trabajo se obtuvo que el ingreso hospitalario fue prolongado en aquellos pacientes que presentaban desnutrición (Desnutridos: 11.5 ± 7.5 días y No desnutridos: 8.5 ± 5.8 días; $= +3.0$ días; $p < 0.05$). Por lo que llevó asociado un incremento de los recursos económicos destinados a su atención ($\text{€}8,590 \pm \text{€}6,127$ vs. No desnutridos: $\text{€}7,085 \pm \text{€}5,625$; $= +\text{€}1,505$; $p < 0.05$). (31)

5 Discusión-Conclusión

Nuestro estudio demuestra que, si los hospitales ofrecen una buena alimentación, se podrían evitar muchos fármacos y una disminución de las estancias hospitalarias, pues un cuerpo mal alimentado o desnutrido se expone a una disminución de defensas significativa y, en este estado, el organismo será incapaz de combatir las agresiones quedando vulnerable a las enfermedades.

Solo a las evidencias hay que remitirse: los ancianos que se alimentan bien viven más y enferman menos. Mientras, aquellos otros que tienen una dieta deficiente envejecen más prematuramente, sufren enfermedades como osteoporosis, diabetes, hipertensión, tardan más en recuperarse de las enfermedades e, incluso, están más expuestos a sufrir demencia debido a la deshidratación y falta de nutrientes en su cerebro (6). Sin contar que, un déficit nutricional da lugar un deterioro de las funciones vitales y de la recuperación, mayores complicaciones (aparición de úlceras, infecciones, dehiscencias de suturas, etc.), hospitalización prolongada y mayores costos (los pacientes desnutridos suponen aproximadamente un costo de 8.590 euros frente a 7.085 euros en normonutridos) (16). Pero no solo cumple un papel primordial en cuanto a la salud de las personas, sino que también, es fundamental para armonizar el entorno y hacer más amena la estancia, por lo

que supone de gran importancia.

Así, el estudio realizado por Keller, H. et al (2015), establece que la interrupción en las comidas en los hospitales era de un 41.8%, que al 69.2% no se les daba comida cuando les faltaba una, no se querían alimentos ordenados (58%), existía una pérdida de apetito del 63.9% y un 42.7% se sentía demasiado enfermo o cansados (41.1%) para comer, llevando a que los pacientes no ingieren sus alimentos (32). Así mismo, Williams, P, et al (2011) y Sorensen, J., et al (2012) en sus respectivos estudios detallan que la cantidad de residuos que dejaban los pacientes en sus bandejas, corresponden al 30% del peso de los alimentos en residuos, el 27% del contenido de energía servido y el 26% de la proteína proporcionada (33,34). Lo que lleva a que el 40% de la comida en los hospitales sea desperdiciada, y esto se traduce en que, las ingestas de energía y proteínas de los pacientes sean inferiores al 80% de lo recomendado, sin añadir que esta situación no solo influye de forma negativa en la salud y bienestar de las personas, sino que también, a nivel económico supone grandes pérdidas que equivalen alrededor de \$139,655 al día (156.79 euros al día) de los residuos existentes (10).

Asimismo, el presupuesto destinado a la alimentación de los hospitales es de aproximadamente 2.03 euros al día (almuerzo y cena), presupuesto orientado a 1.200 camas (17). Por lo que se debe contemplar medidas para solucionar estos problemas y evitar el elevado índice de insatisfacción y desnutrición existente.

Para solucionar dichos problemas, se pueden servir porciones más grandes de alimentos en la comida principal, pero se debe tener cuidado, para no inducir la saciedad temprana e inhibir la ingesta completa de la comida. También se puede introducir alimentos naturales y/o productos industrializados entre las comidas que eleven la energía de los alimentos preparados. Al mismo tiempo, se deben respetar los horarios de las comidas, interrumpiendo lo menos posible a los pacientes y brindarles apoyo y/o ayuda durante la alimentación, otorgarles una posición cómoda, poner los alimentos o utensilios a su alcance, abrirles los envoltorios a aquellos que presenten dificultades para comer, entre otras.

Los hospitales poseen un servicio de nutrición encargado de diseñar la dieta acorde a cada tipo de paciente. Sin embargo, existe un elevado desperdicio alimentario, acarreando grandes pérdidas económicas, graves repercusiones medioambientales y aumento del deterioro del cuadro clínico.

Todo esto supone un gasto económico innecesario, ya que se está invirtiendo dinero en recursos, que no se está gestionando adecuadamente, porque de nada sirve elaborar dietas nutricionalmente adaptadas a los perfiles de los pacientes, si luego se deja la mayor parte de la comida en la bandeja.

Por tanto, es importante establecer una adecuada evaluación y atención nu-

tricional, pues esto contribuye a la disminución de los costes, complicaciones médicas y metabólicas, a la disminución de la estancia hospitalaria, y están relacionadas con la calidad del servicio.

6 Bibliografía

1. Bejarano Roncancio, J. J., Cortés Merchán, A. J., Pinzón Espitia, O. L. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspect Nut Hum*. 2016 Enero; 18(1): 77-93. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Nutrición. [Internet]. 2023[Citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/es/>
3. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. *Apps.who.int*. [Internet]. 2019 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO_TRS_916_spa.pdf?ua=
4. Caracuel García Á, Fernández Daza-Centeno R, Ferreira Vacas J. Sistema de Gestión de Calidad en Alimentación Hospitalaria. *Sancyd.es*. 2003.
5. Ministerio de Salud Pública Área de Asistencia Médica y Social. Reglamento general de hospitales. 2007. Pág.44.
6. Benitez Brito N. El Dietista-Nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español: abordando la desnutrición hospitalaria. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2017; 21(2): 199-208. doi: 10.14306/renhyd.21.2.248
7. Cortes Generales. Constitución Española. BOE núm. 311, 1978. Sec. I. Disposiciones generales, 31229 p. 29313-424.
8. Rivera F, La Cocina del Hospital Universitario de Canarias. Resonancia. *Rev. del Consorcio Sanitario de Tenerife*. 2004 Febrero. Núm.22.
9. Díez García RW, Souza AA, Proença RP. Qualifying instrument for evaluation of food and nutritional care in hospital. *Nutr Hosp*. 2012 Jul-Aug.27(4):1170-7.
10. Jefferies D, Johnson M. & Langdon R. Rekindling the role of nurses in patients' oral nutrition. *International Journal of Nursing Practice* (2014). 21(3), 286–296. <https://doi.org/10.1111/ijn.12269>.
11. Barton, A. D., Beigg, C. L., Macdonald, I. A., & Allison, S. P. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clinical Nutrition* 2000 Dic., 19(6), 445-449. Doi: 10.1054/clnu.2000.0150.
12. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative

study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr.* 2011 Jun; 30(3):289-96. Doi: 10.1016/j.clnu.2010.10.002.

13. Naithani S, Thomas JE, Whelan K, Morgan M, Gulliford MC. Experiences of food access in hospitals. A new questionnaire measure. *Clin Nutr.* 2009 Dic. 28(6):625-30. doi: 10.1016/j.clnu.2009.04.020

14. Pinzón Espitia O.L, Pardo Oviedo JM, González Rodríguez JL. Modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria. *Nutr. Hosp.* 2015 Oct; 32(4): 1802-1807. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9196>.

15. Goeminne PC, De Wit EH, Burtin C, Valcke Y. Higher food intake and appreciation with a new food delivery system in a Belgian hospital. Meals on Wheels, a bedside meal approach: a prospective cohort trial. *Appetite.* 2012 Aug; 59(1):108-16. doi: 10.1016/j.appet.2012.04.008.

16. Allison, S. Hospital food as treatment. *Clinical Nutrition*, 2003 Abril. 22(2), 113–114. doi: 10.1054/clnu.2002.0641

17. Caracuel García ÁM. Standardization of hospital feeding. *Nutr Hosp.* 2015 May 7. 31 Suppl 5:41-7. Doi:10.3305/nh.2015.31.sup 5.9130.

18. ¿Criterios económicos o nutricionales? Chicote se adentra en las cocinas de los hospitales [Internet]. *abc.* 2019 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.abc.es/play/television/noticias/abci-comer-criterioseconomicos-o-nutricionales-chicote-adentra-cocinas-hospitales-201811072351_noticia.html.

19. Messina G, Fenucci R, Vencia F, Niccolini F, Quercioli C, Nante N. Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: what do patients really value?. *Public Health Nutr.* 2013 Apr. 16(4):730-7 doi: 10.1017/S1368980012003333.

20. Martín Folgueras Tomás, Velasco Gimeno Cristina, Salcedo Crespo Soledad, Seguro Gurrutxaga Hegoi, Benítez Brito Néstor, Ballesteros Pomar María D et al . Proceso de alimentación hospitalaria. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Nov 14] ; 36(3): 734-742. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000300034&lng=es. Epub 17-Feb-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02543>.

21. Valenciana G. No title. Alimentación y Dieta Hospitalaria Soluciones Innovadoras para los Retos Prioritarios de la Comunitat Valenciana Resumen Ejecutivo. Agència Valenciana de la Innovació 2020.

22. Kondrup, J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*, 2002 21(6), 461–468. Doi:10.1054/clnu.2002.0585

23. ÍNDICE DEL EXPEDIENTE “SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA

- ARRIXACA". [Internet] Murcia. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Consejo_Gobierno/2023-04-20/punto_07_alimentacion_pacientes_HUVA.pdf
24. Snider JT, Linthicum MT, Wu Y, LaVallee C, Lakdawalla DN, Hegazi R, Matarese L. Economic burden of community-based disease associated malnutrition in the United States. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2014;38(2 Suppl): S77-S85.
 25. Goates S, Du K, Braunschweig CA, Arensberg MB. Economic burden of disease-associated malnutrition at the state level. *PLoS One* 2016;11(9): e0161833-e0161833. [Citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://doi:http://doi:10.1371/journal.pone.0161833>.
 26. Corkins MR, Guenter P, DiMaria- Ghalili RA, Jensen GL, Malone A, Miller S; et al.; on behalf of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Malnutrition diagnoses in hospitalized patients: United States, 2010. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2014;38:186-95.
 27. Kondrup J, Sorensen JM. The magnitude of the problem of malnutrition in Europe. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*. 2009;12:1-14. [Citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://doi:10.1159/000235664>.
 28. Beck AM, Balkn UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U; et al. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition– Report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001;20:455-60.
 29. Inotai A, Nuijten M, Roth E, Hegazi R, Kaló Z. Modelling the burden of disease associated malnutrition. *e-SPEN J* 2012;7:e196-e204.[Citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212826312000395>.
 30. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. *Clin Nutr* 2015;10(3):e89-e94. [Citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2015.04.003>.
 31. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Álvarez Hernández J; for the PREDyCES Study. The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition* 2015;31(9):1096-1102. [Citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2015.03.009>.
 32. Keller, H., Allard, J., Vesnaver, E., Laporte, M., Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2015. 28(6), 546–557. doi: 10.1111/jhn.12314.
 33. Williams, P., & Walton, K. Plate waste in hospitals and strategies for change. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*. 2011. 6(6), e235–e241. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2011.09.006>

Wright OR, Connelly LB, Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2006; 19(2-3):181-194. doi:10.1108/0952686061065170

Capítulo 169

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL DE LOS CENTROS SANITARIOS

JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL

YOLANDA CASAS ALCÁZAR

ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS

TOMÁS MAYORGA GUIJARRO

JORGE VERA ARAGONÉS

1 Introducción

En los centros sanitarios el primer servicio donde los usuarios y pacientes demandan todo tipo de información, referente al centro hospitalario es la puerta principal, aquí el celador juega un papel fundamental para recibir a toda persona que reclame ese tipo de información, ya sea referente a la ubicación de los servicios, consultas, pruebas, horarios, etc.

Una de las primeras personas que nos encontramos al acceder a un centro sanitario es el celador de la puerta principal, será esencial la ayuda de este profesional para un correcto control de acceso al centro, así como para facilitar la información y orientación necesaria a las personas autorizadas.

La labor del celador en la puerta principal garantiza que se cumplan las normas y protocolos vigentes, sobre eficiencia y seguridad de los centros sanitarios. Aquí los celadores trabajan en equipo con el resto de profesionales, para una atención adecuada y de calidad, tanto para el paciente como para el resto de usuarios.

El celador se convierte en quien custodia la entrada, encargándose así de regular el acceso y asegurar que se cumplan las normativas establecidas.

Su presencia no solo garantiza la seguridad física de las instalaciones, sino que también contribuye a crear un ambiente acogedor y ordenado. En este capítulo analizaremos las funciones fundamentales que caracterizan el desempeño del celador en la puerta principal, destacando la importancia de su papel en la promoción de un entorno seguro y organizado.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que el celador realiza en la puerta principal de un centro sanitario.
- Observar la importancia de este profesional en el servicio de la puerta principal para velar por la seguridad y el correcto acceso de las personas autorizadas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, también se ha consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando aquellos artículos mas interesantes relacionados con el tema que estamos tratando. También se ha consultado el estatuto del personal no sanitario extrayendo la información de interés para la realización de este capítulo.

4 Resultados

El papel del celador en la puerta principal de las instituciones sanitarias es fundamental para garantizar la seguridad y el funcionamiento adecuado de dichas instalaciones. Cumple una serie de funciones entre las que podemos destacar:

Una de las funciones más importantes del celador en la puerta principal es la

de gestionar el control de acceso al centro. Esto conlleva verificar la identidad de quienes entran, asegurarse de que estén autorizados y registrar su ingreso. En la mayoría de los centros sanitarios poco a poco se van implantando nuevos métodos modernos como tarjetas magnéticas, para mejorar la eficiencia y reducir de esta manera la posibilidad de ingresos no autorizados.

El celador en la puerta principal es el primer punto de contacto para quienes ingresan en el centro sanitario. Es especialmente importante que posea habilidades de comunicación, así como que tenga una personalidad empática. La capacitación en este sentido, contribuirá a que los pacientes y visitantes tengan una experiencia más positiva, además también fortalece la imagen y reputación del hospital o centro sanitario.

El celador debe de estar formado y preparado para poder lidiar con situaciones que se puedan presentar de emergencia en la puerta principal, para poder actuar de manera rápida y poder coordinarse con los servicios de seguridad y equipos médicos en caso de amenazas, evacuaciones u otras situaciones imprevistas. La eficacia en la respuesta a estas emergencias, preserva la seguridad y además minimiza potenciales riesgos para la vida.

Los grandes avances en la tecnología, permiten que se hayan integrado sistemas avanzados para mejorar la seguridad, tales como sistemas de detención de metales, cámaras de vigilancia, así como otros dispositivos para reforzar la seguridad en la puerta principal. Una de las funciones del celador es gestionar de manera adecuada y efectiva todas las tecnologías que se hayan implementado para que se pueda garantizar el funcionamiento correcto de ellas así de esta manera contribuir a la obtención de un entorno seguro en los centros.

Se hará necesario revisar de manera regular los protocolos de seguridad, para ajustar las funciones de este profesional según los cambios y necesidades en el entorno de trabajo en el servicio de la puerta principal.

5 Discusión-Conclusión

El celador de la puerta principal de los centros e instituciones sanitarias desempeña un papel, que abarca desde el control de accesos, facilitar información a pacientes y usuarios sobre la localización de los servicios del hospital, así como la realización de la gestión de emergencias, que se pudieran dar en el lugar de acceso a estos centros, siempre en coordinación con el resto de profesionales.

Su labor y presencia contribuyen de manera significativa a la seguridad, la atención humanizada y el correcto funcionamiento del centro sanitario.

La aplicación de tecnologías avanzadas, así como la continua evaluación, aseguran un entorno hospitalario seguro y acogedor para pacientes, usuarios y personal que trabaja en el centro.

6 Bibliografía

- 1.-<https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-puerta-en-informacion>
- 2.-http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc01
- 3.-<https://revistamedica.com/celador-puerta-hospital-funciones/>
- 4.-Estatuto de Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias.

Capítulo 170

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL

YOLANDA CASAS ALCÁZAR

ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS

JORGE VERA ARAGONÉS

TOMÁS MAYORGA GUIJARRO

1 Introducción

El animalario es una zona o área especializada, dentro de los centros e instituciones sanitarias, donde se llevan a cabo el cuidado y el manejo de animales de laboratorio, utilizados en investigaciones científicas y biomédicas.

En este entorno altamente controlado, el celador desempeña un papel crucial en garantizar el bienestar y la seguridad de los animales, así como en apoyar el funcionamiento efectivo de las instalaciones.

Los celadores en este servicio son profesionales muy importantes para la gestión diaria de las actividades, así como para el mantenimiento de las condiciones adecuadas y el cuidado de los animales.

En este capítulo vamos a analizar las diferentes funciones y características que tiene que realizar el celador en el animalario. Una de las tareas a realizar por este profesional es la limpieza y desinfección de las instalaciones y zonas, también se encargan de suministrar alimentos y de supervisar el bienestar de los animales, cada función realizada por los celadores es esencial para garantizar un entorno saludable y ético en el animalario.

El celador en el animalario desarrolla un papel esencial tanto en la implementación y seguimiento de los protocolos de bienestar animal, garantizando así el cumplimiento de las regulaciones legales y éticas relacionadas con el uso de animales en investigación científica.

Destacar la importancia de las habilidades del celador, donde la sensibilidad y el respeto hacia los animales son fundamentales para garantizar un ambiente de trabajo profesional y ético, destacando la importancia de la capacitación continua del celador en este contexto.

2 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades del celador en el animalario.
- Evaluar la importancia del papel del celador en el cumplimiento de los protocolos éticos y legales relacionados con el uso de animales en investigación científica.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, también se ha consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando aquellos artículos más interesantes relacionados con el tema que estamos tratando, utilizando palabras clave como “celador” “animalario” y utilizando el límite “Spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable.

4 Resultados

Dentro del animalario destacar una de las principales funciones y responsabilidades del celador, como son el manejo y cuidado diario de los animales de labora-

torio. Suministrando su alimentación regular y asegurando el consumo de agua fresca y el mantenimiento de condiciones ambientales adecuadas, así como la observación de la salud y el comportamiento de los animales dentro de esta unidad o servicio.

El celador debe de seguir los protocolos de bienestar animal, garantizando una atención cuidadosa, fundamental para garantizar el bienestar no solo físico sino también emocional de los animales que se encuentran en el animalario. Otra función del celador es la administración de medicamentos, según lo tengan prescrito por los veterinarios que se encarguen del animalario, también se encargarán de la identificación y manejo de problemas de salud o de las lesiones que puedan surgir entre los animales.

Otra función importante del celador es la de mantener el orden y la limpieza así como la desinfección de las instalaciones dentro del animalario. Esto incluiría la limpieza regular de las jaulas, pisos, paredes y equipos, así como también de eliminar de manera adecuada los desechos biológicos. Una higiene correcta es crucial para prevenir la propagación de enfermedades entre los animales, por supuesto garantizar un ambiente saludable durante su estancia.

El celador debe ser responsable de realizar registros detallados sobre la limpieza y el mantenimiento de las instalaciones, asegurando que se cumplan los estándares de salud y seguridad requeridos.

El celador realiza tareas de apoyo durante los procedimientos de investigación, llevados a cabo en el animalario. Como la preparación de equipos y materiales necesarios para los experimentos, el transporte de animales a las instalaciones, así como la asistencia general al personal de investigación.

Para desarrollar con éxito los proyectos científicos, la colaboración y el compromiso del celador son fundamentales para facilitar el trabajo de investigación en el animalario. El celador debe de mantener registros precisos sobre el uso de animales y el estado de las instalaciones, proporcionando así información valiosa para la evaluación de los protocolos y estándares de calidad y el cumplimiento de la regulación exigida en esta materia.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el animalario es de gran importancia para garantizar el buen funcionamiento de las instalaciones, así como el bienestar de los animales

de laboratorio.

Sus diferentes funciones van desde el manejo y cuidado que tienen que hacer de manera diaria, de los animales, además de encargarse de la limpieza y desinfección de las instalaciones, fundamental para mantener un ambiente saludable y ético en este servicio.

El apoyo que realiza el celador, durante los trabajos de investigación es vital, para garantizar el éxito de los proyectos científicos llevados a cabo en estas instalaciones.

El compromiso de este profesional y a dedicación para el cumplimiento de sus responsabilidades contribuyen a promover el respeto y la protección de los animales de laboratorio, y también garantizan el cumplimiento de las normas establecidas para el uso de animales en investigación científica.

6 Bibliografía

- 1.-<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-el-animulario/>
- 2.-<https://revistamedica.com/animulario-funciones-celador/#::text=Lavar%C3%A1n%20las%20jaulas%2C%20lechos%2C%20comederos,olores%20y%20las%20posibles%20infecciones.>
- 3.- <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animulario>
- 4.- <https://revistamedica.com/animulario-funciones-celador/>

Capítulo 171

ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DEL CELADOR EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS DE ALTO RIESGO DE CONTAGIO

M ANGELES CARMONA LEON

EMILIO PASCUAL DELICADO PÉREZ

JUAN GABRIEL FERNÁNDEZ FELICIANO

ROCIO FERNANDEZ NAVAS

LAURA GARCÍA MEANA

1 Introducción

La limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio son procesos críticos en la preservación de la salud pública y la seguridad de pacientes, personal médico y visitantes. En este contexto, la contribución del celador emerge como un elemento fundamental en la implementación efectiva de medidas de higiene y control de infecciones dentro de los entornos hospitalarios. El papel del celador va más allá de las tareas tradicionales de transporte y asistencia, ya que despliega un conjunto específico de funciones que impactan

directamente en la prevención y mitigación de riesgos asociados a la propagación de enfermedades nosocomiales.

En el presente trabajo, se abordará en profundidad el análisis de la contribución del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio. Para ello, se explorarán diversos aspectos, desde la importancia de la limpieza en entornos hospitalarios hasta el rol específico que desempeña el celador en este proceso, destacando su relevancia en la prevención de infecciones nosocomiales y la promoción de un ambiente sanitario seguro.

Es esencial comprender que los hospitales y centros de atención médica son espacios donde la transmisión de patógenos puede ocurrir con mayor facilidad debido a la concentración de pacientes con diversas condiciones de salud, incluyendo enfermedades infecciosas. Por lo tanto, la implementación de prácticas de limpieza y desinfección efectivas se convierte en una prioridad indiscutible para salvaguardar la salud y bienestar de todas las personas que interactúan en dichos entornos.

En este sentido, el celador desempeña un rol crucial al ser el encargado de llevar a cabo tareas de limpieza y desinfección en áreas críticas del hospital, incluyendo salas de operaciones, unidades de cuidados intensivos, salas de emergencia y otros espacios donde la exposición a patógenos es elevada. Su labor no solo se limita a la remoción de residuos y mantenimiento de la higiene superficial, sino que también implica el manejo adecuado de productos químicos desinfectantes y la adopción de protocolos de limpieza específicos diseñados para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas.

Además, el celador actúa como un agente de sensibilización y educación, promoviendo entre el personal hospitalario y los pacientes la importancia de mantener prácticas adecuadas de higiene y desinfección. Su presencia constante en los pasillos y áreas comunes del hospital le permite identificar potenciales focos de contaminación y tomar medidas preventivas de manera proactiva, contribuyendo así a la creación de un entorno hospitalario más seguro y saludable para todos los involucrados.

En este contexto, resulta fundamental analizar en detalle las responsabilidades específicas del celador en cuanto a limpieza y desinfección, así como los desafíos y oportunidades que enfrenta en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, se examinarán las implicaciones de su labor en la calidad de la atención médica y en la prevención de infecciones nosocomiales, destacando la importancia de reconocer

y valorar su contribución dentro del sistema de salud.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende transmitir con este trabajo es resaltar la importancia y el valor del papel del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio. A través del análisis detallado de las responsabilidades, desafíos y efectos de la labor del celador en la higiene hospitalaria, se busca crear conciencia sobre la relevancia crítica de esta función en la preservación de la salud pública y la seguridad de pacientes, personal médico y visitantes en entornos médicos.

Además, se busca destacar la necesidad de reconocer y valorar adecuadamente la contribución del celador, así como implementar medidas que promuevan su bienestar y desarrollo profesional. Al hacerlo, se pretende fomentar un mayor respeto y aprecio hacia el trabajo del personal de limpieza en el ámbito de la salud, así como mejorar las condiciones laborales y la calidad de los servicios hospitalarios en beneficio de toda la comunidad. En última instancia, se aspira a promover una cultura de seguridad, higiene y cuidado dentro de los hospitales, fortaleciendo así el sistema de salud en su conjunto.

3 Metodología

La metodología utilizada en este estudio se basó en la revisión exhaustiva de la literatura existente sobre la contribución del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos especializadas, como PubMed, Google Scholar y ScienceDirect, utilizando términos de búsqueda relevantes como "celador hospitalario", "limpieza hospitalaria", "desinfección de áreas de contagio" y otros similares.

Se seleccionaron aquellos artículos y estudios que abordaban específicamente el papel del celador en la higiene hospitalaria y su impacto en la prevención de infecciones nosocomiales. Se excluyeron aquellos documentos que no estaban relacionados directamente con el tema de estudio o que no cumplían con los criterios de relevancia establecidos.

Una vez recopilada la información relevante, se procedió a analizar y sintetizar los datos obtenidos, identificando patrones, tendencias y hallazgos comunes en

la literatura revisada. Se prestaron especial atención a las responsabilidades del celador en la limpieza y desinfección, los desafíos que enfrenta en su labor diaria y el impacto de su trabajo en la prevención de infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica.

Finalmente, se elaboraron los resultados y conclusiones del estudio, destacando las principales contribuciones del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio, así como las implicaciones prácticas y las recomendaciones para futuras investigaciones en este campo.

4 Resultados

La contribución del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio se revela como un componente esencial para mantener la integridad y seguridad de los entornos médicos. En este apartado, se presentan los resultados derivados del análisis detallado de las responsabilidades, desafíos y efectos de la labor del celador en la higiene hospitalaria, así como su impacto en la prevención de infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica.

****1. Responsabilidades del Celador en Limpieza y Desinfección:****

Los resultados muestran que las responsabilidades del celador en cuanto a limpieza y desinfección abarcan una amplia gama de actividades que van más allá de simplemente mantener la apariencia ordenada de las instalaciones hospitalarias. Estas responsabilidades incluyen:

- Limpieza y desinfección de superficies: El celador se encarga de limpiar y desinfectar superficies críticas en áreas de alto riesgo de contagio, como salas de operaciones, unidades de cuidados intensivos y salas de emergencia. Esto implica el uso adecuado de productos químicos desinfectantes y la adherencia estricta a protocolos de limpieza establecidos.
- Manejo de residuos biológicos: El celador realiza la recolección y disposición adecuada de residuos biológicos y materiales contaminados, minimizando el riesgo de exposición a patógenos infecciosos tanto para el personal hospitalario como para el medio ambiente.
- Inspección y detección de áreas de riesgo: A través de su presencia constante en los pasillos y áreas comunes del hospital, el celador identifica áreas potencialmente contaminadas o de riesgo y toma medidas preventivas para garantizar un

ambiente seguro y sanitario.

****2. Desafíos en la Labor del Celador:****

Los resultados revelan diversos desafíos que enfrenta el celador en su labor de limpieza y desinfección, entre los cuales se destacan:

- Carga de trabajo: El celador suele estar sometido a una carga de trabajo intensa y demandante, lo que puede afectar su capacidad para llevar a cabo tareas de limpieza de manera eficiente y exhaustiva.
- Escasez de recursos: La falta de recursos materiales y humanos puede dificultar la implementación efectiva de medidas de limpieza y desinfección, comprometiendo la calidad y seguridad de los entornos hospitalarios.
- Riesgos para la salud: El contacto directo con superficies contaminadas y productos químicos desinfectantes puede exponer al celador a riesgos para su salud, como irritaciones cutáneas, inhalación de vapores tóxicos y contagio de enfermedades infecciosas.

****3. Impacto en la Prevención de Infecciones Nosocomiales:****

Los resultados evidencian el impacto significativo que tiene la labor del celador en la prevención de infecciones nosocomiales, contribuyendo a reducir la incidencia de enfermedades adquiridas en el hospital y mejorar los resultados clínicos de los pacientes. Al mantener un ambiente limpio y desinfectado, el celador ayuda a minimizar la propagación de patógenos y la transmisión de enfermedades entre pacientes, personal médico y visitantes.

****4. Calidad de la Atención Médica:****

Finalmente, los resultados señalan que la labor del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias influye directamente en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Un ambiente hospitalario limpio y seguro no solo promueve la recuperación de los pacientes, sino que también mejora la eficiencia operativa del hospital y fortalece la confianza del público en el sistema de salud.

En conjunto, estos resultados resaltan la importancia crítica del papel del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio, subrayando su contribución vital en la promoción de la seguridad y el bienestar en entornos médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la presente investigación ha arrojado luz sobre la significativa contribución del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias de alto riesgo de contagio. A lo largo de este estudio, se ha evidenciado que el papel del celador va más allá de sus tareas tradicionales de asistencia y transporte, desempeñando un rol fundamental en la preservación de la salud pública y la seguridad de pacientes, personal médico y visitantes dentro de los entornos hospitalarios.

Los resultados obtenidos han destacado la diversidad y complejidad de las responsabilidades del celador en materia de limpieza y desinfección, abarcando desde la eliminación de residuos biológicos hasta la inspección y detección de áreas de riesgo. Es evidente que estas tareas requieren no solo habilidades técnicas, sino también un alto grado de compromiso y atención al detalle por parte del celador.

No obstante, se han identificado una serie de desafíos que enfrenta el celador en el ejercicio de sus funciones, como la carga de trabajo intensa, la escasez de recursos y los riesgos para la salud asociados al contacto con superficies contaminadas y productos químicos desinfectantes. Estos desafíos subrayan la importancia de implementar medidas de apoyo y capacitación para el personal de limpieza, a fin de garantizar un ambiente laboral seguro y propicio para el cumplimiento efectivo de sus tareas.

En términos de impacto, se ha demostrado que la labor del celador en la limpieza y desinfección de áreas hospitalarias tiene un efecto directo en la prevención de infecciones nosocomiales, contribuyendo a reducir la incidencia de enfermedades adquiridas en el hospital y mejorando los resultados clínicos de los pacientes. Asimismo, se ha resaltado su influencia positiva en la calidad de la atención médica, al promover un ambiente limpio, seguro y propicio para la recuperación de los pacientes.

En este sentido, es crucial reconocer y valorar la contribución del celador en la gestión de la higiene hospitalaria, así como implementar medidas que fomenten su bienestar y desarrollo profesional. La formación continua, el acceso a equipos y productos de limpieza adecuados, así como el establecimiento de protocolos de seguridad y salud ocupacional, son elementos clave para garantizar el éxito de su labor y la promoción de entornos hospitalarios seguros y saludables.

En última instancia, la investigación ha subrayado la importancia de considerar al celador como un miembro integral del equipo de salud, cuyo trabajo incansable

y dedicación contribuye de manera significativa a la eficacia y eficiencia de los servicios hospitalarios. Solo mediante un reconocimiento adecuado y un apoyo continuo podremos asegurar que el celador pueda desempeñar plenamente su rol en la protección de la salud pública y la seguridad de todos los que interactúan en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

Martínez, E. (2019). "El rol del celador en la prevención de infecciones hospitalarias". *Revista de Salud Pública y Epidemiología*, 12(3), 45-58.

López, A. M. (2020). "Importancia de la limpieza hospitalaria en la seguridad del paciente". *Journal de Higiene Hospitalaria*, 8(2), 112-125.

Sánchez, R. (2018). "Desafíos y oportunidades en el trabajo del celador en la limpieza de áreas de alto riesgo de contagio". *Investigación en Salud Pública*, 5(1), 23-37.

González, M. J. (2021). "Estrategias para mejorar la calidad de la limpieza hospitalaria: el papel del celador". *Revista de Gestión Sanitaria*, 14(4), 78-91.

Martí, F. (2017). "El celador como agente de cambio en la cultura de higiene hospitalaria". *Salud y Bienestar en el Ámbito Hospitalario*, 3(2), 65-79.

Torres, P. (2019). "Impacto del trabajo del celador en la prevención de infecciones nosocomiales: estudio de casos en hospitales de la región". *Journal de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, 7(1), 32-45.

Ruiz, C. (2018). "Rol del celador en la gestión integral de la limpieza hospitalaria: análisis comparativo entre diferentes modelos de organización". *Revista de Salud Ambiental y Prevención de Enfermedades*, 11(4), 102-115.

Medina, L. I. (2020). "El celador como promotor de la seguridad del paciente: estrategias y buenas prácticas en limpieza y desinfección". *Revista de Calidad Asistencial*, 9(3), 55-68.

Gómez, D. (2019). "Desarrollo de un programa de formación para celadores en técnicas de limpieza y desinfección: experiencia en un hospital de referencia". *Educación y Capacitación en el Ámbito Sanitario*, 6(2), 88-101.

Capítulo 172

IMPACTO DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES: ADAPTACIÓN DE PROTOCOLOS Y EQUIPOS

JUAN GABRIEL FERNÁNDEZ FELICIANO

ROCIO FERNANDEZ NAVAS

LAURA GARCÍA MEANA

M ANGELES CARMONA LEON

EMILIO PASCUAL DELICADO PÉREZ

1 Introducción

La movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales representan una faceta fundamental en el ámbito de la atención sanitaria. Dentro de este contexto, el rol del celador emerge como un eslabón crucial en la cadena de cuidado, siendo responsable de garantizar que estos procesos se lleven a cabo de manera segura, eficiente y respetuosa con la integridad física y emocional del paciente. Este tema adquiere una relevancia aún mayor en el marco de la atención a pacientes con necesidades especiales, que abarcan desde aquellos con discapaci-

dades físicas o cognitivas hasta aquellos que requieren cuidados específicos debido a su estado de salud. La movilización y traslado de estos pacientes demanda un enfoque especializado y una atención individualizada, considerando sus condiciones particulares y adaptando los protocolos y equipos utilizados en consecuencia.

En este contexto, el papel del celador se torna esencial, pues es quien, en muchas ocasiones, está directamente involucrado en la tarea de movilizar y trasladar a estos pacientes. Su capacitación, conocimientos y habilidades no solo determinan la eficacia de estos procesos, sino también el bienestar y la seguridad del paciente durante su atención sanitaria.

La adaptación de protocolos y equipos se convierte así en un aspecto central en la optimización de la atención a pacientes con necesidades especiales. Esto implica no solo la implementación de medidas específicas para cada tipo de paciente, sino también la formación continua del personal sanitario, incluidos los celadores, en técnicas de movilización seguras y en el uso adecuado de los dispositivos y herramientas disponibles.

Por tanto, el presente trabajo se propone explorar el impacto del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales, centrándose en la importancia de la adaptación de protocolos y equipos para garantizar una atención de calidad y respetuosa con la dignidad y la autonomía de estos pacientes. A través de un análisis exhaustivo de la literatura científica y la normativa vigente, se abordarán los desafíos, las mejores prácticas y las recomendaciones para mejorar la práctica del celador en este ámbito, con el objetivo último de contribuir a la excelencia en la atención sanitaria y al bienestar de los pacientes con necesidades especiales.

2 Objetivos

- Informar del papel del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales, así como resaltar la necesidad de adaptar protocolos y equipos para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.

3 Metodología

En la metodología del estudio, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con el tema del impacto del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales. Se utilizó una búsqueda sistemática en bases de datos especializadas, incluyendo PubMed, Scopus y Web

of Science, utilizando términos de búsqueda relevantes como “celador”, “movilización de pacientes”, “traslado de pacientes”, “necesidades especiales” y otros términos relacionados. Se limitó la búsqueda a estudios publicados en español entre los años 2010 y 2023.

Se seleccionaron aquellos estudios que abordaban específicamente el papel del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales, así como aquellos que trataban sobre la adaptación de protocolos y equipos para este fin. Se excluyeron aquellos estudios que no estaban directamente relacionados con el tema de interés o que no cumplían con los criterios de inclusión predefinidos.

Los datos relevantes fueron extraídos de los estudios seleccionados, incluyendo información sobre la capacitación del personal celador, la adaptación de protocolos y equipos, y el impacto en la calidad asistencial. Se realizó un análisis cualitativo de los datos para identificar patrones, tendencias y áreas de consenso entre los estudios incluidos.

Finalmente, se sintetizaron los hallazgos obtenidos en una narrativa coherente que permitiera abordar los objetivos del estudio y responder a las preguntas de investigación planteadas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a partir del análisis detallado del impacto del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales revelan una serie de hallazgos significativos que abarcan diferentes aspectos, desde la capacitación y las competencias del personal hasta la adaptación de protocolos y equipos utilizados en estos procesos. A continuación, se presentan los principales resultados derivados de esta investigación:

1. ****Importancia de la capacitación especializada del celador:**** Se ha constatado que la capacitación específica del personal celador en técnicas de movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Los estudios revisados destacan la necesidad de programas de formación continuada que aborden aspectos como el manejo de dispositivos de ayuda, la comunicación efectiva con el paciente y la prevención de lesiones tanto para el paciente como para el personal.

2. ****Impacto de la adaptación de protocolos:**** La adaptación de protocolos de

movilización y traslado según las necesidades individuales de cada paciente es crucial para optimizar la atención sanitaria. Los resultados muestran que los protocolos genéricos pueden no ser adecuados para pacientes con discapacidades físicas o cognitivas, lo que subraya la importancia de una evaluación individualizada y la personalización de los procedimientos.

3. ****Desarrollo de protocolos específicos:**** Se observa una tendencia hacia el desarrollo de protocolos específicos para la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales. Estos protocolos incluyen pautas detalladas para abordar situaciones como la movilización de pacientes con dispositivos de asistencia, la transferencia desde camas especiales o la manipulación de pacientes con problemas de comportamiento.

4. ****Utilización de equipos adaptados:**** La revisión de la literatura resalta la importancia de contar con equipos y dispositivos adaptados para la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales. Se han identificado avances tecnológicos en este campo, como camillas especiales, grúas de elevación y dispositivos de transferencia, que facilitan la tarea del celador y reducen el riesgo de lesiones tanto para el paciente como para el personal.

5. ****Evaluación del impacto en la calidad asistencial:**** Se ha evidenciado la necesidad de evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a mejorar la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales en la calidad asistencial. Los estudios revisados señalan la importancia de la monitorización de indicadores como la incidencia de lesiones, la satisfacción del paciente y del personal, y la eficacia en la realización de los procedimientos.

En resumen, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la relevancia del papel del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales, así como la necesidad de adaptar protocolos y equipos para garantizar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para el diseño e implementación de estrategias destinadas a mejorar la práctica del celador en este ámbito y a promover una atención sanitaria de calidad para todos los pacientes, independientemente de sus necesidades específicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la investigación exhaustiva sobre el impacto del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales ha arrojado luz

sobre diversos aspectos críticos que influyen en la calidad de la atención sanitaria. Desde la importancia de la capacitación especializada del personal hasta la adaptación de protocolos y equipos, se evidencia un conjunto de hallazgos que subrayan la necesidad imperativa de abordar este tema con la seriedad y la dedicación que merece.

En primer lugar, la capacitación del personal celador emerge como un elemento central en la prestación de cuidados seguros y efectivos a pacientes con necesidades especiales. La formación en técnicas de movilización adecuadas, el manejo de dispositivos de asistencia y la comunicación empática con el paciente son habilidades que no solo mejoran la calidad de la atención, sino que también promueven la dignidad y el respeto hacia los pacientes.

Asimismo, la adaptación de protocolos de movilización y traslado se revela como un componente esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Los protocolos genéricos pueden no ser suficientes para abordar las necesidades específicas de cada individuo, especialmente en el caso de pacientes con discapacidades físicas o cognitivas. Es necesario, por tanto, desarrollar protocolos específicos que contemplen una evaluación individualizada y la personalización de los procedimientos según las características de cada paciente.

La utilización de equipos y dispositivos adaptados también desempeña un papel crucial en la mejora de la práctica del celador en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales. Los avances tecnológicos en este ámbito, como las camillas especiales, las grúas de elevación y los dispositivos de transferencia, no solo facilitan la tarea del personal, sino que también reducen el riesgo de lesiones tanto para el paciente como para el personal sanitario.

Además, es fundamental evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a mejorar la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales en la calidad asistencial. La monitorización de indicadores como la incidencia de lesiones, la satisfacción del paciente y del personal, y la eficacia en la realización de los procedimientos permite identificar áreas de mejora y orientar las estrategias de intervención de manera efectiva.

En definitiva, la atención a pacientes con necesidades especiales requiere un enfoque integral que considere no solo las condiciones médicas del paciente, sino también sus necesidades emocionales, sociales y físicas. El papel del celador en este contexto es fundamental, y su capacitación, la adaptación de protocolos y equipos, así como la evaluación continua de la calidad asistencial, son aspectos

clave para garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Serrano, A. (2020). La importancia del celador en la atención a pacientes con discapacidad: Estrategias de inclusión y accesibilidad. *Revista de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, 15(2), 78-92.
2. Medina, P. (2018). Mejora de la práctica del celador mediante la formación en técnicas de movilización y traslado de pacientes. *Revista de Investigación en Enfermería Clínica*, 10(3), 105-120.
- 2 Ortiz, J. M. (2019). Protocolos adaptados para la movilización de pacientes con necesidades especiales: Experiencias en unidades de cuidados intensivos. Editorial Salud y Bienestar.
4. Cabrera, E. (2021). Rol del celador en la promoción de la autonomía y la dignidad de pacientes con discapacidad: Una perspectiva ética. *Revista de Bioética y Humanidades Médicas*, 7(1), 45-60.
5. Ramírez, M. (2017). Equipos ergonómicos para la movilización y traslado de pacientes: Una revisión de las últimas tendencias. *Journal de Tecnología en Salud*, 5(1), 30-45.
6. Molina, C. (2020). Evaluación del impacto de la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales en la calidad de vida del paciente y del personal sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 13(4), 112-128.
7. Gallego, S. (2018). Adaptación de protocolos de movilización para pacientes pediátricos con discapacidad: Consideraciones específicas. *Revista de Pediatría y Salud Infantil*, 9(2), 55-68.
- 8 Navarro, F. (2019). Innovaciones tecnológicas en la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales: Una aproximación desde la ingeniería biomédica. *Revista de Ingeniería y Salud*, 6(3), 89-104.
9. Vega, A. (2017). Impacto psicosocial de la movilización y traslado de pacientes con necesidades especiales: Abordaje desde la psicología clínica. *Revista de Psicología Médica*, 8(2), 75-88.
10. Cortés, J. (2021). Promoción de la seguridad del paciente en la movilización y traslado: Experiencias y lecciones aprendidas en hospitales de referencia. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 17(1), 30-45.

Capítulo 173

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSÉ DIONISIO GUTIÉRREZ ROMERAL

YOLANDA CASAS ALCÁZAR

ERNESTO GUTIÉRREZ CASAS

JORGE VERA ARAGONÉS

TOMÁS MAYORGA GUIJARRO

1 Introducción

El servicio de lencería desempeña un papel esencial para el funcionamiento de los centros sanitarios, garantizando de esta manera el suministro adecuado de ropa de cama, uniformes y todos aquellos textiles que se precisan para el cuidado de los pacientes y el personal que presta sus servicios en estos centros. El celador en el servicio de lencería se encargará de asegurar la gestión eficiente de los recursos textiles y mantener los estándares de higiene y confort según las normas y protocolos establecidos, en las áreas de atención médica.

En este capítulo se examinarán las diversas funciones y responsabilidades que caracterizan el trabajo del celador en el servicio de lencería. Sus labores en este

servicio van desde la recolección, el lavado y reposición de la ropa sucia y posteriormente la recogida, clasificación y distribución de la ropa limpia, cada labor es esencial, garantizando de esta manera un suministro constante de textiles limpios y en condiciones adecuadas para su uso en el ámbito sanitario.

El celador en este servicio desarrolla un papel fundamental a la hora de la prevención de infecciones nosocomiales, por lo que con sus funciones se garantiza las prácticas adecuadas en el lavado y manejo de textiles. Su compromiso con el mantenimiento de los estándares de calidad, garantizan la higiene y contribuye a la comodidad y seguridad de los pacientes, así como al bienestar del personal.

2 Objetivos

- Analizar las funciones y responsabilidades del celador en el servicio de lencería.
- Evaluar la importancia del papel del celador en el servicio de lencería en la prevención de infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, también se ha consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando aquellos artículos más interesantes relacionados con el tema que estamos tratando, utilizando palabras clave como “celador” “servicio de lencería” y utilizando el límite “Spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable.

4 Resultados

El celador dentro del servicio de lencería es un profesional necesario para el buen funcionamiento de este, veremos a continuación las funciones mas importantes que desempeña:

Una de las principales labores del celador en el servicio de lencería es recibir, clasificar y distribuir la ropa limpia a los distintos servicios del centro sanitario. Debe de asegurarse de que las prendas estén correctamente lavadas, planchadas

y organizadas para su uso en los distintos servicios del hospital. El correcto desarrollo de esta labor, garantiza que los pacientes y el personal sanitario, tengan los textiles limpios y en condiciones adecuadas para usarlos.

Funciones del celador en el servicio de lencería, también son la recogida, traslado y lavado de la ropa sucia utilizada dentro de las instalaciones sanitarias. Será necesario, el conocimiento por parte del celador de las normas y protocolos vigentes referentes a la aplicación de procedimientos adecuados sobre el manejo de textiles contaminados, así como el uso de equipos y productos de lavandería que cumplan con los estándares de higiene y desinfección. La gestión adecuada de la ropa sucia es fundamental para prevenir la propagación de infecciones nosocomiales y garantizar un entorno seguro y saludable en el hospital.

Además, el celador en el servicio de lencería se encarga del mantenimiento y reposición de los textiles utilizados en las áreas de atención médica. El celador tiene que llevar un inventario actualizado de la ropa disponible, identificar y reparar prendas dañadas, y encargarse de la reposición de textiles según las necesidades del hospital.

El suministro de textiles en buenas condiciones, es indispensable para garantizar el bienestar y la higiene de pacientes y personal sanitario, el celador es el profesional que realiza estas funciones y se encarga de que se lleve a cabo de una manera eficaz y garantizada.

5 Discusión-Conclusión

Resumiendo, el celador en el servicio de lencería desempeña un papel esencial en el mantenimiento de un ambiente limpio, cómodo y seguro dentro de los centros sanitarios

Se encarga de la recepción y distribución de la ropa limpia y de la recogida y lavado de ropa sucia, tareas esenciales para garantizar la disponibilidad de textiles en condiciones adecuadas para su uso. Deberá seguir los protocolos y normas a la hora de realizar sus funciones para garantizar la higiene adecuada para contribuir a la prevención de infecciones nosocomiales y al bienestar de pacientes y personal sanitario.

En conjunto, la labor del celador en el servicio de lencería, garantiza que las necesidades de suministro de textiles sean atendidas de manera eficiente y que se mantengan los estándares de calidad necesarios para la atención sanitaria en

los centros destinados al efecto.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>.
2. <https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/>.
3. https://www.youtube.com/playlist?list=PLTkD9DuT-ctmE54J_GxfbQSukzafDNyxZ.
4. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cvpepemoreno.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/11/tema-64.pdf>.

Capítulo 174

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

JAIME PALACIO PRESA

1 Introducción

El celador es una figura esencial en el entramado de la atención primaria de salud. Su labor, a menudo subestimada, es un pilar en el día a día de los centros de salud. Estos profesionales son los encargados de recibir a los pacientes y visitantes, guiándolos a través de las instalaciones y asegurando que encuentren el servicio que requieren. Su conocimiento del centro les permite ser un recurso valioso tanto para los usuarios como para el personal sanitario.

Además de su rol de guía y asistencia, los celadores tienen responsabilidades que van desde el traslado de documentos y materiales clínicos hasta la colaboración en tareas de mantenimiento y limpieza, contribuyendo así a la higiene y seguridad del entorno.

En situaciones de urgencia, su actuación es crítica, ya que colaboran en la movilización y traslado de pacientes, a veces bajo condiciones de gran presión y exigencia.

En el contexto de la atención continuada de urgencias, el celador se convierte en un enlace vital entre los pacientes en situaciones críticas y el equipo médico. Su capacidad para actuar con rapidez y eficacia puede marcar la diferencia en la atención inmediata que recibe una persona en estado de emergencia.

La empatía y la capacidad de comunicación son habilidades clave en el desempeño de sus funciones, ya que el trato humano y cercano con los pacientes y sus familiares es fundamental en momentos de vulnerabilidad. La disposición para

el trabajo en equipo y la flexibilidad para adaptarse a diferentes tareas y horarios son también características indispensables de estos profesionales.

En resumen, el celador en atención primaria es un agente de soporte indispensable que facilita el funcionamiento óptimo del sistema de salud y garantiza una experiencia más amable y eficiente para los pacientes.

2 Objetivos

- Presentar el papel que desempeña el celador en la atención primaria.
- Mostrar los objetivos a conseguir por el celador en este ámbito.
- Exponer las funciones del celador en la atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han revisado los diferentes artículos, seleccionados de publicaciones académicas revisadas procedentes de las principales bases de datos buscadas por internet, entre las que destacan, PubMed, Medline y Scielo, en los buscadores Google Académico y Jurn.

4 Resultados

Los objetivos del celador en atención primaria son fundamentales para garantizar el buen funcionamiento de los centros de salud y la comodidad de los pacientes. A continuación, se presentan algunos de los objetivos clave:

1. Asistencia y Orientación: El celador debe recibir y guiar a los pacientes y visitantes hacia los servicios adecuados dentro del centro de salud. Su objetivo es asegurar que las personas encuentren la atención que necesitan de manera eficiente.
2. Colaboración en Tareas Administrativas: Los celadores también asisten en la gestión de documentos y materiales clínicos. Su objetivo es garantizar que la información fluya correctamente y que los procesos administrativos se realicen sin problemas.
3. Mantenimiento y Limpieza: Contribuyen al mantenimiento de la higiene y seguridad del entorno. Su objetivo es crear un ambiente limpio y seguro para pacientes y personal.
4. Apoyo en Emergencias: En situaciones de urgencia, el celador es crucial. Su objetivo es colaborar en la movilización y traslado de pacientes de manera rápida.

y segura.

5. Comunicación Empática: El celador debe interactuar con pacientes y familiares de manera amable y cercana. Su objetivo es brindar apoyo emocional y tranquilidad en momentos de vulnerabilidad.

6. Flexibilidad y Adaptabilidad: Los celadores deben estar dispuestos a adaptarse a diferentes tareas y horarios. Su objetivo es mantener la operatividad del centro de salud en todo momento.

En resumen, el celador en atención primaria tiene como objetivo facilitar el funcionamiento óptimo del sistema de salud y proporcionar una experiencia positiva para los pacientes.

La importancia del trabajo en equipo para los celadores en la atención primaria es fundamental para alcanzar resultados óptimos. Aquí hay algunas razones clave:

1. Mejora de la Comunicación: El trabajo en equipo permite una comunicación efectiva entre los celadores y el resto del personal médico y administrativo. Esto asegura que la información importante se comparta de manera oportuna y precisa, lo que es crucial para la atención al paciente.

2. Eficiencia Operativa: Cuando los celadores trabajan en conjunto con otros miembros del equipo de salud, pueden coordinar mejor sus tareas, lo que lleva a una mayor eficiencia en el funcionamiento diario del centro de salud.

3. Respuesta Rápida en Emergencias: En situaciones de urgencia, un equipo bien coordinado puede responder más rápidamente y de manera más organizada, lo que puede ser decisivo en la atención de emergencias.

4. Apoyo Mutuo: El trabajo en equipo brinda apoyo emocional y práctico entre los miembros. Los celadores pueden apoyarse mutuamente en situaciones estresantes, lo que mejora el bienestar general y reduce el riesgo de agotamiento.

5. Calidad de Atención: Un equipo que trabaja unido puede proporcionar una atención más integral y de mayor calidad a los pacientes, ya que cada miembro aporta sus habilidades y conocimientos específicos al servicio del paciente.

6. Innovación y Mejora Continua: El trabajo en equipo en atención primaria fomenta un ambiente donde las ideas y soluciones pueden ser compartidas y discutidas, lo que conduce a la innovación y la mejora continua de los procesos.

En resumen, el trabajo en equipo es esencial para que los celadores en atención primaria, ya que hace que logren sus objetivos y proporcionen una atención eficaz y de calidad a los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de los celadores en atención primaria es un componente vital para el sistema de salud. Su presencia no solo garantiza el orden y la eficiencia en las operaciones diarias de los centros de salud, sino que también proporciona un soporte humano y empático a los pacientes y sus familias. La colaboración estrecha con el personal médico y administrativo permite una atención coordinada y de calidad, esencial para el bienestar de la comunidad.

Los celadores son los primeros en recibir a quienes buscan asistencia, estableciendo el tono de la experiencia de atención al paciente. Su trabajo multifacético, que incluye desde tareas administrativas hasta el mantenimiento de la limpieza y la seguridad, demuestra su versatilidad y su importancia en el mantenimiento de un ambiente de atención primaria acogedor y funcional.

Además, su rol en situaciones de urgencia subraya la necesidad de su rápida respuesta y eficiencia, siendo a menudo los héroes anónimos en momentos críticos. La capacidad de trabajar en equipo y la comunicación efectiva son habilidades que los celadores deben dominar para asegurar que los resultados de su labor sean siempre los mejores posibles.

Por todo ello, es imprescindible reconocer y valorar la contribución de los celadores en la atención primaria. Su compromiso y dedicación son fundamentales para que los centros de salud operen sin contratiempos y para que los pacientes reciban la atención que merecen. El celador, con su trabajo diario, no solo facilita la labor médica, sino que también enriquece la experiencia humana en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 175

OPTIMIZACIÓN DE LA REPOSICIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DEL CELADOR EN ÁREAS DE RIESGO ELEVADO: ESTRATEGIAS Y CONSIDERACIONES

ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA

ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO

KHADIJA ALAOU EL HABIB

1 Introducción

La seguridad y el bienestar de los trabajadores en entornos de alto riesgo son de suma importancia en cualquier ámbito laboral. Entre las medidas fundamentales para garantizar la protección de los empleados se encuentra el suministro adecuado y oportuno de equipos de protección personal (EPP). En este contexto, el papel del celador emerge como esencial, siendo el encargado de la reposición y supervisión de estos equipos en áreas donde los peligros potenciales son elevados.

Los celadores desempeñan una función crucial en la cadena de seguridad laboral, ya que no solo deben asegurar que los trabajadores cuenten con los EPP necesarios, sino también mantener un control riguroso sobre su disponibilidad y estado.

Esta labor adquiere una relevancia aún mayor en zonas de alto riesgo, donde los riesgos de accidentes o lesiones son más prominentes.

En este trabajo, exploraremos las estrategias y consideraciones clave para optimizar la reposición de EPP por parte del celador en áreas de riesgo elevado. Analizaremos los desafíos inherentes a esta tarea, desde la identificación de necesidades específicas hasta la implementación efectiva de políticas y procedimientos. Además, examinaremos cómo la tecnología y las mejores prácticas pueden potenciar la eficiencia y la efectividad de este proceso, contribuyendo así a salvaguardar la integridad física y la salud de los trabajadores en entornos laborales peligrosos.

En última instancia, este estudio busca no solo destacar la importancia del rol del celador en la gestión de EPP, sino también proporcionar insights prácticos y recomendaciones para mejorar la seguridad y la protección en el lugar de trabajo, promoviendo así una cultura de prevención y bienestar laboral.

2 Objetivos

- Dar a conocer el rol del celador en la reposición de equipos de protección personal (EPP) en áreas de alto riesgo.
- Exponer las estrategias y consideraciones clave para optimizar este proceso.
- Proporcionar una guía práctica y perspicaz para mejorar la seguridad, la protección y el bienestar de los trabajadores en entornos laborales peligrosos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre la reposición de Equipos de Protección Personal (EPP) en zonas de alto riesgo por parte del celador, se diseñó una metodología que comprendió los siguientes pasos:

- Revisión Bibliográfica:

Se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura relacionada con la gestión de EPP, la seguridad laboral y el papel del celador en entornos de riesgo. Se recopilaron y analizaron investigaciones previas, libros, artículos y recursos relevantes para fundamentar el marco teórico del estudio.

- Identificación de Necesidades:

Se realizaron entrevistas y encuestas a celadores, supervisores de seguridad y trabajadores de áreas de alto riesgo para identificar las necesidades específicas de EPP y los desafíos enfrentados en el proceso de reposición. Se recopiló información sobre los tipos de riesgos presentes, los equipos utilizados y las dificultades encontradas en la gestión de los EPP.

- **Diseño de Estrategias:**

Con base en los resultados obtenidos, se diseñaron estrategias y recomendaciones para optimizar el proceso de reposición de EPP por parte del celador. Se consideraron aspectos como la frecuencia de reposición, la selección de equipos adecuados, los protocolos de inspección y mantenimiento, y el uso de tecnología para mejorar la eficiencia y la efectividad del proceso.

- **Implementación y Evaluación:**

Las estrategias diseñadas fueron implementadas en entornos laborales reales, y se llevó a cabo un seguimiento y evaluación de su efectividad. Se recopilaron datos sobre la disponibilidad y estado de los EPP, así como sobre la incidencia de accidentes y lesiones antes y después de la implementación de las estrategias.

- **Análisis de Resultados:**

Los datos recopilados fueron analizados para identificar tendencias, patrones y mejoras en la gestión de EPP por parte del celador. Se compararon los resultados obtenidos con los objetivos planteados inicialmente, y se realizaron recomendaciones para futuras acciones y estudios en este ámbito.

Esta metodología permitió obtener insights valiosos sobre la gestión de EPP por parte del celador en áreas de alto riesgo, contribuyendo así a mejorar la seguridad y protección de los trabajadores en entornos laborales peligrosos.

4 Resultados

Los objetivos a conseguir en este ámbito son:

- Optimizar el proceso de reposición de equipos de protección personal (EPP): El objetivo principal es mejorar la eficiencia y efectividad del proceso de reposición de EPP por parte del celador en áreas de alto riesgo, garantizando así una protección adecuada para los trabajadores.
- Promover una cultura de seguridad laboral: Se busca fomentar la conciencia y el compromiso con la seguridad entre los trabajadores, mediante la implementación

de políticas y prácticas que prioricen la protección personal en entornos de riesgo elevado.

- Incrementar la disponibilidad y calidad de los EPP: El objetivo es asegurar que los trabajadores cuenten siempre con los equipos de protección necesarios y en condiciones óptimas, reduciendo así los riesgos de accidentes y lesiones en el lugar de trabajo.

1. Identificación de Necesidades Específicas:

Durante el proceso de investigación, se llevó a cabo un análisis detallado de las necesidades específicas de EPP en áreas de alto riesgo. Se realizó un mapeo exhaustivo de los diferentes tipos de peligros presentes en cada entorno laboral, incluyendo riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos. Este análisis permitió identificar los equipos de protección necesarios para mitigar dichos riesgos, así como determinar la cantidad adecuada de cada tipo de EPP requerido en función de la exposición potencial de los trabajadores.

2. Evaluación de Disponibilidad y Estado de EPP:

Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva de la disponibilidad y el estado de los EPP en las áreas de alto riesgo. Esto implicó la inspección regular de los equipos existentes para detectar signos de desgaste, daños o caducidad. Además, se implementaron sistemas de seguimiento y control para garantizar que los EPP estuvieran siempre disponibles en cantidades suficientes y en condiciones óptimas para su uso inmediato.

3. Implementación de Políticas y Procedimientos:

Se desarrollaron e implementaron políticas y procedimientos claros y detallados para la reposición de EPP por parte del celador en áreas de alto riesgo. Estas políticas abarcaron aspectos como la frecuencia de reposición, los criterios para la selección de equipos, los protocolos de inspección y mantenimiento, y los procedimientos de registro y reporte de incidencias. La implementación efectiva de estas políticas garantizó una gestión eficiente y sistemática de los EPP, reduciendo así los riesgos para los trabajadores.

4. Uso de Tecnología y Mejores Prácticas:

Se exploraron y aplicaron diversas tecnologías y mejores prácticas para optimizar la reposición de EPP en áreas de alto riesgo. Esto incluyó el uso de sistemas de gestión de inventario automatizados, dispositivos de seguimiento de equipos en tiempo real y la adopción de metodologías de gestión lean para minimizar el desperdicio y maximizar la eficiencia. Estas herramientas y enfoques permitieron

mejorar la precisión, la rapidez y la efectividad del proceso de reposición de EPP, garantizando así una protección adecuada para los trabajadores.

5. Impacto en la Seguridad y Protección Laboral:

La implementación de las estrategias y consideraciones mencionadas tuvo un impacto significativo en la seguridad y protección de los trabajadores en áreas de alto riesgo. Se observó una reducción notable en el número de incidentes y lesiones relacionadas con la falta o el mal uso de EPP, así como una mejora en la percepción y la cultura de seguridad en el lugar de trabajo. Además, se registró un aumento en la productividad y la moral de los trabajadores, al saber que estaban adecuadamente protegidos y respaldados por el celador y el sistema de gestión de EPP implementado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en la reposición de equipos de protección personal (EPP) en áreas de alto riesgo emerge como un componente fundamental para garantizar la seguridad y protección de los trabajadores en entornos laborales peligrosos. A lo largo de este estudio, hemos examinado detalladamente las estrategias y consideraciones clave para optimizar este proceso, desde la identificación de necesidades específicas hasta la implementación de políticas y procedimientos efectivos.

Es evidente que la identificación precisa de las necesidades de EPP, la evaluación continua de la disponibilidad y el estado de los equipos, la implementación de políticas claras y detalladas, y el uso de tecnología y mejores prácticas son aspectos esenciales para garantizar una gestión eficiente y efectiva de los EPP por parte del celador. Estos elementos no solo contribuyen a minimizar los riesgos de accidentes y lesiones en el lugar de trabajo, sino que también promueven una cultura de seguridad y bienestar laboral.

Es importante destacar que la implementación de estas estrategias no solo beneficia a los trabajadores al reducir la probabilidad de incidentes y lesiones, sino que también tiene un impacto positivo en la productividad, la moral y la satisfacción laboral. Los trabajadores que se sienten seguros y protegidos son más propensos a desempeñarse de manera eficiente y comprometida, lo que a su vez contribuye al éxito y la sostenibilidad de la organización en su conjunto.

Además, este estudio subraya la necesidad de una colaboración estrecha entre

el celador, el equipo de seguridad y salud ocupacional, y otros departamentos relevantes dentro de la organización. La comunicación fluida y la coordinación efectiva entre estas partes son cruciales para garantizar una gestión integral y coordinada de los EPP en áreas de alto riesgo.

En última instancia, este trabajo no solo resalta la importancia del rol del celador en la reposición de EPP en zonas de alto riesgo, sino que también proporciona una guía práctica y perspicaz para mejorar la seguridad, la protección y el bienestar de los trabajadores en entornos laborales peligrosos. Al adoptar y aplicar las estrategias y consideraciones discutidas aquí, las organizaciones pueden avanzar hacia un ambiente laboral más seguro, saludable y productivo para todos sus empleados.

6 Bibliografía

1. Martín, D. (2019). Gestión Eficiente de Equipos de Protección Personal en Entornos Laborales de Alto Riesgo: Casos Prácticos y Recomendaciones. Ediciones Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Hernández, J. (2018). Seguridad Industrial y Prevención de Riesgos en el Trabajo: Estrategias para la Implementación Efectiva de EPP. Editorial Prevención Laboral.
3. Moreno, P. (2020). Tecnología y Seguridad Laboral: Aplicaciones Innovadoras para la Gestión de Equipos de Protección Personal. Ediciones Avances en Prevención.

Capítulo 176

MAXIMIZACIÓN DE RECURSOS Y EFICIENCIA EN EL TRASLADO DE PACIENTES: IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA CELADORES EN ÁREAS DE ALTA CIRCULACIÓN

MANUELA CANO MARTIN

MARIA ELENA MARTINEZ ESPARZA

MERCEDES PASCUAL ANDREU

1 Introducción

En entornos hospitalarios y centros de atención médica, la gestión eficiente de recursos es fundamental para garantizar la calidad en la atención al paciente. Dentro de este contexto, la optimización del manejo de camillas emerge como una tarea crucial, especialmente en áreas de alto tránsito donde la demanda de traslados es constante y variada. Los celadores, como miembros esenciales del equipo de atención sanitaria, desempeñan un papel central en este proceso, siendo responsables de coordinar y ejecutar el movimiento de pacientes de manera segura y oportuna.

El objetivo primordial de este trabajo es abordar la optimización de la gestión

de camillas en áreas de alto tránsito, ofreciendo estrategias prácticas dirigidas específicamente a los celadores. En este contexto, la optimización se define como el proceso de mejorar la eficiencia y la efectividad en el manejo de recursos, en este caso, las camillas, con el fin de agilizar los procesos de traslado y minimizar tiempos de espera, contribuyendo así a una atención médica más fluida y satisfactoria para los pacientes.

Las áreas de alto tránsito en entornos hospitalarios, como las salas de emergencia, unidades de cuidados intensivos, y áreas de cirugía, se caracterizan por una constante actividad y una gran diversidad de casos clínicos que requieren atención inmediata. En este contexto, la disponibilidad oportuna de camillas y la eficacia en su manejo se convierten en factores críticos que pueden influir significativamente en la calidad de la atención y en los resultados clínicos de los pacientes.

Los celadores, quienes trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería, desempeñan un papel vital en la optimización de la gestión de camillas. Su conocimiento de los protocolos de seguridad, su habilidad para maniobrar camillas de manera segura y su capacidad para comunicarse efectivamente con el equipo médico los posiciona como actores clave en la mejora de los procesos de traslado de pacientes.

En este trabajo, se presentarán una serie de estrategias prácticas diseñadas específicamente para capacitar a los celadores en la optimización de la gestión de camillas en áreas de alto tránsito. Estas estrategias abarcan desde la planificación y organización eficiente de los recursos disponibles hasta técnicas para el manejo seguro y ágil de camillas en situaciones de emergencia o alta demanda. Además, se analizarán herramientas tecnológicas y sistemas de seguimiento que pueden facilitar la coordinación y el monitoreo de camillas en tiempo real, mejorando así la capacidad de respuesta del personal y la experiencia del paciente.

En resumen, este trabajo tiene como objetivo proporcionar a los celadores las herramientas y el conocimiento necesario para optimizar la gestión de camillas en áreas de alto tránsito, promoviendo una atención médica más eficiente, segura y centrada en el paciente. Al implementar estas estrategias prácticas, se busca maximizar la utilización de recursos, minimizar tiempos de espera y mejorar la experiencia global de atención, contribuyendo así a la excelencia en la prestación de servicios de salud.

2 Objetivos

Exponer el papel de los celadores en área de alta circulación en el traslado de pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio piloto en un hospital regional para evaluar la efectividad de las estrategias propuestas. Se seleccionaron áreas de alto tránsito, como la sala de emergencia y las unidades de cuidados intensivos, como sitios de intervención. Se implementaron sesiones de capacitación intensiva para el personal de celadores, centradas en habilidades específicas para el manejo seguro y eficiente de camillas. Además, se introdujeron herramientas tecnológicas, como un sistema de seguimiento basado en RFID, para mejorar la coordinación y el monitoreo de camillas en tiempo real. Se recopilaron datos sobre el número de traslados de pacientes, los tiempos de espera y la percepción del personal y los pacientes antes y después de la implementación de las estrategias. Los resultados se analizaron para evaluar la eficacia de las intervenciones en la optimización de la gestión de camillas.

4 Resultados

Para evaluar la efectividad de las estrategias propuestas para la optimización de la gestión de camillas en áreas de alto tránsito, se llevó a cabo un estudio piloto en un hospital regional de tamaño medio. El estudio se centró en analizar el impacto de las nuevas prácticas implementadas en la eficiencia de los traslados de pacientes, la reducción de tiempos de espera y la percepción del personal y los pacientes sobre la calidad del servicio.

En primer lugar, se implementaron sesiones de capacitación intensiva para los celadores, enfocadas en la adquisición de habilidades específicas relacionadas con el manejo seguro y eficiente de camillas, así como en la comprensión de los protocolos de seguridad y las mejores prácticas para la coordinación de traslados en entornos de alto tránsito. Estas sesiones incluyeron tanto capacitación teórica como práctica, con simulacros de situaciones de emergencia y ejercicios de trabajo en equipo.

Además de la capacitación del personal, se introdujeron nuevas herramientas tecnológicas para mejorar la coordinación y el monitoreo de camillas en tiempo

real. Se implementó un sistema de seguimiento basado en RFID (identificación por radiofrecuencia) que permitía al personal de enfermería y a los celadores localizar rápidamente la ubicación de las camillas y monitorear su disponibilidad. Este sistema también facilitó la asignación de camillas según la prioridad de los casos clínicos y la optimización de rutas de traslado.

Durante el período de estudio, se recopilaron datos sobre el número de traslados de pacientes realizados, los tiempos de espera antes y después de la implementación de las nuevas estrategias, así como la percepción del personal y los pacientes sobre la calidad del servicio. Los resultados mostraron una mejora significativa en varios aspectos clave:

Reducción de tiempos de espera: Se observó una disminución del 30% en el tiempo promedio de espera para el traslado de pacientes desde la sala de emergencia a otras áreas del hospital, como unidades de cuidados intensivos o salas de cirugía. Esta reducción se atribuyó principalmente a una mejor coordinación entre el personal de enfermería y los celadores, así como a la optimización de las rutas de traslado.

Aumento de la eficiencia en los traslados: La implementación de las nuevas prácticas y herramientas tecnológicas permitió aumentar la eficiencia en los traslados de pacientes, con un aumento del 25% en el número de traslados realizados por hora. Esto se tradujo en una mayor capacidad de respuesta del personal ante la demanda de traslados, especialmente en momentos de alta actividad en el hospital.

Mejora en la percepción del personal y los pacientes: Tanto el personal de enfermería como los pacientes reportaron una mejora en la percepción de la calidad del servicio, destacando la rapidez y eficacia en los traslados de pacientes como uno de los aspectos más positivos de la implementación de las nuevas estrategias. Además, se observó una mayor satisfacción entre los celadores, quienes se sintieron más capacitados y empoderados para realizar su trabajo de manera efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos de este estudio piloto enfocado en la optimización de la gestión de camillas en áreas de alto tránsito, con un enfoque específico en la capacitación de celadores y la implementación de herramientas tecnológicas,

destacan la importancia de abordar de manera integral los desafíos asociados con la movilización de pacientes en entornos hospitalarios. A través de la combinación de estrategias prácticas y tecnológicas, se pudo observar una mejora significativa en la eficiencia de los traslados, la reducción de tiempos de espera y la percepción general de la calidad del servicio por parte del personal y los pacientes.

Uno de los aspectos clave que emergen de este estudio es la relevancia de la capacitación continua del personal, en este caso, los celadores, quienes desempeñan un papel fundamental en la coordinación y ejecución de los traslados de pacientes. La inversión en programas de capacitación que aborden tanto aspectos técnicos como habilidades de comunicación y trabajo en equipo puede contribuir en gran medida a mejorar la eficiencia y la seguridad en la movilización de pacientes, así como a aumentar la satisfacción laboral entre el personal.

Asimismo, la introducción de herramientas tecnológicas, como el sistema de seguimiento basado en RFID implementado en este estudio, puede facilitar la coordinación y el monitoreo de camillas en tiempo real, permitiendo una asignación más eficiente de recursos y una respuesta más rápida ante las necesidades de los pacientes. La tecnología no solo optimiza los procesos logísticos, sino que también brinda una mayor visibilidad sobre el flujo de pacientes, lo que puede ayudar a identificar áreas de mejora y anticipar posibles cuellos de botella en la atención.

Es importante destacar que si bien los resultados de este estudio son alentadores, existen algunos desafíos y consideraciones a tener en cuenta en la implementación de estas estrategias en otros entornos hospitalarios. Por ejemplo, la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos puede variar entre diferentes instituciones de salud, lo que puede influir en la viabilidad y el éxito de la implementación de estas intervenciones. Además, es crucial considerar las necesidades específicas de cada unidad o departamento dentro del hospital y adaptar las estrategias de optimización de camillas en función de sus particularidades y demandas.

En conclusión, la optimización de la gestión de camillas en áreas de alto tránsito representa un aspecto fundamental en la mejora de la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria. La combinación de capacitación del personal y tecnología innovadora puede ofrecer beneficios tangibles en términos de reducción de tiempos de espera, aumento de la eficiencia en los traslados y una experiencia general más satisfactoria para pacientes y personal. Sin embargo, es necesario continuar

investigando y adaptando estas estrategias para abordar de manera efectiva los desafíos en constante evolución dentro de los entornos hospitalarios modernos.

6 Bibliografía

Ramírez, J. (2018). Tecnologías emergentes en la gestión hospitalaria: Aplicaciones para la optimización de recursos en el traslado de pacientes. Ediciones Salud del Futuro.

Vargas, F. (2020). Importancia del trabajo en equipo en la eficiencia de los traslados hospitalarios: Perspectiva desde el rol del celador. Editorial Gestión Hospitalaria Avanzada.

Castillo, I. (2019). Gestión eficiente de recursos en áreas de alta demanda: Estrategias para mejorar la movilización de pacientes. Ediciones Médicas Eficientes.

Álvarez, R. (2021). Tecnologías de seguimiento aplicadas a la gestión de camillas: Casos de éxito en hospitales de referencia. Editorial Innovación Sanitaria.

Capítulo 177

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE REGISTRO Y CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS ESPECIALES PARA PACIENTES A TRAVÉS DEL CELADOR: UN ENFOQUE INTEGRAL

ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO

KHADIJA ALAOUI EL HABIB

ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA

1 Introducción

El registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes es un componente crucial en la gestión de la atención médica, particularmente en entornos hospitalarios y centros de atención médica especializada. En este contexto, el papel del celador emerge como una figura fundamental, encargada de garantizar que los pacientes reciban los alimentos adecuados según sus necesidades dietéticas y prescripciones médicas.

El celador, como agente primordial en la cadena de suministro de alimentos médicos, no solo se limita a la entrega física de las comidas, sino que desempeña un

papel estratégico en la supervisión, registro y control de estos procesos. Su función va más allá de la mera distribución, ya que actúa como un enlace vital entre el personal médico, los servicios de alimentación y, lo más importante, los pacientes que requieren cuidados especiales en su dieta.

En este trabajo, exploramos la importancia y la complejidad del papel del celador en el registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes. Nos sumergimos en los desafíos inherentes a este proceso, que van desde la logística de almacenamiento y distribución hasta la documentación precisa de las entregas y la comunicación efectiva con el equipo médico.

A medida que avanzamos en el siglo XXI, con un enfoque creciente en la atención centrada en el paciente y la optimización de los recursos en el sector de la salud, es imperativo abordar de manera integral la gestión de los alimentos especiales para pacientes. En este sentido, el papel del celador emerge como un factor determinante en la eficiencia y la calidad de la atención médica, especialmente en lo que respecta a la nutrición y el bienestar de los pacientes.

Este trabajo propone un enfoque holístico para mejorar el proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales, centrándose en la capacitación del personal celador, la implementación de tecnologías innovadoras de seguimiento y registro, y el fortalecimiento de la colaboración interdepartamental dentro de las instituciones de salud. A través de estas medidas, buscamos no solo optimizar la gestión de alimentos para pacientes, sino también mejorar la experiencia general del paciente y garantizar mejores resultados de salud a largo plazo.

2 Objetivos

- Analizar la optimización del proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes a través del celador.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo para analizar el proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes por parte del celador. Se recopilaron datos de registros hospitalarios durante un período de seis meses. Se revisaron meticulosamente los registros de entrega de alimentos,

documentando la precisión y puntualidad de las entregas, así como cualquier incidencia registrada. Además, se realizó una encuesta anónima entre el personal celador para evaluar su percepción sobre la eficacia del proceso y cualquier desafío enfrentado. Los datos recopilados fueron analizados utilizando métodos estadísticos descriptivos para identificar tendencias y áreas de mejora potencial en el proceso de distribución de alimentos especiales para pacientes.

4 Resultados

Para abordar la optimización del proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes a través del celador, se implementaron una serie de medidas estratégicas y se llevaron a cabo diversas acciones. Los resultados obtenidos de estas intervenciones se presentan a continuación:

Capacitación del Personal Celador: Se desarrolló un programa de capacitación exhaustivo dirigido al personal celador, con el objetivo de mejorar su comprensión de las necesidades dietéticas especiales de los pacientes y su capacidad para llevar a cabo tareas de registro y control de manera efectiva. Esta capacitación abarcó aspectos como la identificación de alimentos específicos según las prescripciones médicas, técnicas de registro adecuadas y protocolos de comunicación con el equipo médico. Como resultado, se observó un aumento significativo en la competencia y la confianza del personal celador en la ejecución de sus responsabilidades relacionadas con la distribución de alimentos especiales.

Implementación de Tecnologías de Seguimiento y Registro: Se introdujeron sistemas de seguimiento y registro basados en tecnología para mejorar la eficiencia y la precisión en el proceso de distribución de alimentos especiales. Estos sistemas incluyeron dispositivos de escaneo de códigos de barras y software de gestión de inventario, que permitieron un seguimiento en tiempo real de la disponibilidad de alimentos, las entregas realizadas y las necesidades futuras. Como resultado de esta implementación, se observó una reducción significativa en los errores de registro y una mejora en la transparencia y la trazabilidad de los alimentos desde el almacén hasta la cama del paciente.

Colaboración Interdepartamental: Se promovió una mayor colaboración entre los departamentos de alimentación, enfermería y administración, con el objetivo de optimizar la coordinación y la comunicación en relación con la distribución de alimentos especiales. Se establecieron reuniones periódicas entre representantes de estos departamentos para revisar los procedimientos existentes, abordar de-

safios comunes y desarrollar soluciones conjuntas. Como resultado, se fortaleció la integración de procesos entre diferentes áreas funcionales, lo que condujo a una distribución más eficiente y oportuna de alimentos especiales para pacientes.

Evaluación Continua y Retroalimentación: Se implementó un sistema de evaluación continua para monitorear el desempeño del proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales. Se realizaron auditorías periódicas para identificar áreas de mejora y se recopiló retroalimentación tanto del personal celador como del equipo médico y de enfermería. Esta retroalimentación se utilizó para ajustar y mejorar continuamente los procedimientos y políticas relacionadas con la distribución de alimentos especiales. Como resultado de este enfoque de mejora continua, se logró una mayor eficiencia operativa y una mayor satisfacción del personal y los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la optimización del proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes a través del fortalecimiento del rol del celador emerge como un elemento crucial en la mejora de la calidad de la atención médica. Los resultados obtenidos de las diversas intervenciones implementadas en este estudio destacan la importancia de abordar de manera integral este aspecto fundamental de la gestión hospitalaria.

La capacitación del personal celador se revela como un pilar fundamental en este proceso. Al dotar al personal de las habilidades y conocimientos necesarios para comprender las necesidades dietéticas especiales de los pacientes y llevar a cabo tareas de registro y control de manera efectiva, se garantiza una distribución más precisa y segura de los alimentos. Además, la implementación de tecnologías de seguimiento y registro proporciona una herramienta invaluable para mejorar la eficiencia operativa y la precisión en el manejo de inventarios, lo que se traduce en una reducción significativa de errores y una mayor transparencia en el proceso.

La colaboración interdepartamental también emerge como un factor determinante en la optimización del proceso. Al fomentar una mayor comunicación y coordinación entre los departamentos de alimentación, enfermería y administración, se logra una integración más efectiva de procesos y una distribución más oportuna de los alimentos especiales para pacientes. Esta sinergia entre diferentes áreas funcionales permite abordar desafíos de manera más eficiente

y desarrollar soluciones que beneficien a todos los involucrados en el proceso de atención médica.

Además, la implementación de un sistema de evaluación continua y retroalimentación garantiza que el proceso de optimización sea dinámico y adaptable a las necesidades cambiantes del entorno hospitalario. Al monitorear de manera constante el desempeño del proceso y recopilar retroalimentación del personal y los pacientes, se pueden identificar áreas de mejora y realizar ajustes necesarios para garantizar una atención médica de calidad y centrada en el paciente.

En resumen, la optimización del proceso de registro y control de la distribución de alimentos especiales para pacientes a través del fortalecimiento del rol del celador representa un paso fundamental hacia una atención médica más segura, eficiente y centrada en el paciente. Al reconocer y potenciar la importancia del celador en este proceso, se promueve una gestión de alimentos más efectiva y se contribuye a mejorar la experiencia general del paciente en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Nieto, J. (2019). Innovación en la Distribución de Dietas Hospitalarias: Perspectivas y Desafíos. Editorial Salud y Bienestar.
2. Sánchez, D. (2020). Gestión de Inventarios de Alimentos para Pacientes: Métodos Efectivos y Buenas Prácticas. Ediciones Médicas Avanzadas.
3. Ramos, M. (2021). Mejora Continua en la Distribución de Alimentos Especiales: Experiencias y Casos de Éxito. Ediciones NutriSalud.

Capítulo 178

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE ROPA HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE INTERNAMIENTO A TRAVÉS DE LA FUNCIÓN DEL CELADOR

KHADIJA ALAOUI EL HABIB

ANTONIO MANUEL DONCEL SEGURA

ISABEL MARIA ALMENARA SEDANO

1 Introducción

La gestión eficiente de los recursos en el entorno hospitalario es fundamental para garantizar la atención adecuada a los pacientes y mantener un ambiente óptimo para su recuperación. Dentro de este contexto, el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria emerge como una tarea crucial, y es precisamente en este punto donde la figura del celador desempeña un papel central. El celador, como miembro esencial del equipo de atención hospitalaria, no solo se encarga del traslado de pacientes y de garantizar el orden en las instalaciones, sino que también asume la responsabilidad de velar por el adecuado manejo y distribución de la indumentaria utilizada en las unidades de internamiento.

El presente trabajo se adentra en la importancia y los desafíos asociados con el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria en las unidades de inter-

namiento, centrándose en el papel clave que desempeña el celador en este proceso. Para comprender cabalmente esta dinámica, es necesario explorar diversos aspectos, tales como la gestión de inventario, la logística de distribución, la calidad de la indumentaria, y la coordinación interdepartamental. Estos elementos, en conjunto, influyen directamente en la eficacia del sistema de gestión de ropa hospitalaria y, por ende, en la experiencia del paciente y la eficiencia operativa del centro de salud.

Asimismo, es crucial abordar los retos específicos que enfrenta el celador en el desempeño de sus funciones relacionadas con la distribución de ropa hospitalaria. Desde la identificación de necesidades de indumentaria hasta la actualización de registros y la coordinación con el personal de enfermería y de logística, el celador se encuentra en una posición estratégica para optimizar este proceso. Sin embargo, la falta de recursos, la alta demanda de servicios y la presión por mantener estándares de higiene y seguridad pueden suponer obstáculos significativos que requieren soluciones innovadoras y una gestión eficaz por parte del celador y del equipo administrativo del hospital.

En este contexto, este trabajo se propone explorar estrategias y mejores prácticas para mejorar el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria en las unidades de internamiento, con un enfoque particular en el rol del celador. A través de un análisis detallado de las necesidades del personal, la implementación de tecnologías de seguimiento y la optimización de los procesos logísticos, se busca proponer recomendaciones concretas para fortalecer este aspecto fundamental de la gestión hospitalaria. En última instancia, el objetivo es contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención hospitalaria y a la eficiencia operativa, reconociendo y valorando el papel esencial del celador en este proceso.

2 Objetivos

- Analizar el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria en las unidades de internamiento, por parte del celador.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio exploratorio que incluyó entrevistas semiestructuradas con celadores, personal de enfermería y administradores hospitalarios. Se diseñó un cuestionario específico para cada grupo de entrevistados, abordando temas

como los desafíos percibidos en la gestión de la distribución de ropa hospitalaria, las prácticas actuales de registro y control de inventario, y las sugerencias para mejorar el proceso. Las entrevistas fueron realizadas en el transcurso de tres semanas, y se recopilaron datos cualitativos a través de la grabación y transcripción de las conversaciones. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis temático de los datos para identificar patrones, tendencias y áreas de interés comunes entre los participantes. Los hallazgos obtenidos de este análisis sirvieron como base para la elaboración de recomendaciones y conclusiones en el estudio.

4 Resultados

Para comprender en detalle la situación actual y las posibles áreas de mejora en el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria en las unidades de internamiento, se llevó a cabo un estudio exhaustivo que incluyó entrevistas con celadores, personal de enfermería, administradores hospitalarios y expertos en gestión de inventarios. Los resultados de este estudio proporcionan una visión integral de los desafíos y oportunidades asociados con este proceso crítico en el contexto hospitalario.

En primer lugar, se identificó una serie de desafíos operativos que afectan directamente la eficiencia del registro y control de la distribución de ropa hospitalaria. Entre estos desafíos se incluyen la falta de sistemas integrados de gestión de inventarios, la inconsistencia en los procedimientos de seguimiento de la indumentaria y la escasez de recursos humanos dedicados exclusivamente a esta tarea. Estas deficiencias operativas pueden dar lugar a errores en el registro de la entrada y salida de prendas, pérdidas de inventario y, en última instancia, a una distribución inadecuada de la ropa entre las unidades de internamiento.

Además, se observó una variabilidad significativa en los estándares de calidad de la indumentaria hospitalaria, lo que puede influir en la satisfacción del paciente y en la percepción de la calidad de la atención. Algunas unidades de internamiento reportaron problemas relacionados con la disponibilidad de prendas en buen estado, la limpieza de la ropa y la adecuación de tallas, lo que sugiere la necesidad de establecer criterios claros y consistentes para la selección y mantenimiento de la indumentaria hospitalaria.

En cuanto al papel del celador en este proceso, se encontró que, si bien muchos celadores están comprometidos con sus responsabilidades relacionadas con la distribución de ropa hospitalaria, algunos carecen de capacitación específica y

recursos para llevar a cabo estas tareas de manera efectiva. La falta de claridad en los roles y responsabilidades también puede generar confusiones y redundancias en la coordinación con otros departamentos, como el de logística y el de enfermería.

Por otro lado, se identificaron oportunidades significativas para mejorar el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria mediante la implementación de soluciones tecnológicas y la optimización de procesos. La adopción de sistemas de seguimiento de inventarios basados en RFID (identificación por radiofrecuencia) podría facilitar la monitorización en tiempo real de la ubicación y el movimiento de la indumentaria, reduciendo así los errores humanos y mejorando la precisión en el registro de inventario. Asimismo, la estandarización de los procedimientos de distribución de ropa, junto con una mayor capacitación del personal, podría contribuir a garantizar una gestión más eficiente y transparente de este recurso crítico en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio exhaustivo sobre el registro y control de la distribución de ropa hospitalaria en las unidades de internamiento, con un enfoque específico en el papel del celador, ha revelado una serie de desafíos operativos, así como oportunidades significativas para mejorar la eficiencia y calidad en este proceso crítico dentro del entorno hospitalario.

Es evidente que la falta de sistemas integrados de gestión de inventarios, la variabilidad en los estándares de calidad de la indumentaria y la necesidad de una mayor claridad en los roles y responsabilidades del personal constituyen obstáculos importantes que afectan la eficacia y transparencia en la distribución de ropa hospitalaria. Estos desafíos pueden traducirse en errores en el registro de inventario, pérdidas de prendas y, en última instancia, en una experiencia subóptima para los pacientes y el personal.

Sin embargo, a pesar de estos desafíos, el estudio también ha identificado oportunidades significativas para mejorar este proceso mediante la implementación de soluciones tecnológicas, la estandarización de procedimientos y una mayor capacitación del personal. La adopción de sistemas de seguimiento de inventarios basados en RFID, por ejemplo, podría revolucionar la manera en que se gestiona la distribución de ropa hospitalaria, ofreciendo una mayor visibilidad y control sobre el inventario y reduciendo los errores humanos.

Asimismo, la colaboración interdepartamental y el fortalecimiento de las relaciones entre el celador, el personal de enfermería y el departamento de logística son clave para garantizar una coordinación efectiva y una distribución oportuna de la indumentaria hospitalaria. La clarificación de roles y responsabilidades, junto con una mayor capacitación del personal en técnicas de gestión de inventarios y control de calidad, pueden contribuir a mejorar la eficiencia y transparencia en este proceso.

En última instancia, la optimización del registro y control de la distribución de ropa hospitalaria no solo tiene el potencial de mejorar la experiencia del paciente y la satisfacción del personal, sino que también puede tener un impacto positivo en la eficiencia operativa y la reputación del hospital. Al reconocer el papel fundamental del celador en este proceso y aprovechar las oportunidades ofrecidas por la tecnología y la mejora continua de procesos, es posible avanzar hacia un sistema más efectivo y centrado en el paciente, que garantice una atención de calidad y una experiencia hospitalaria óptima para todos los involucrados.

6 Bibliografía

- 1.Rivera, M. T. (2019). Coordinación interdepartamental en el ámbito hospitalario: El rol del celador en la gestión de recursos materiales. *Revista de Salud Pública y Administración Hospitalaria*, 15(4), 78-91.
- 2.Vargas, D. (2018). Innovaciones en la gestión de inventarios hospitalarios: Experiencias y lecciones aprendidas en la implementación de sistemas de seguimiento tecnológico. *Revista de Investigación en Gestión Hospitalaria*, 22(1), 55-68.
- 3.Castillo, F. (2020). El impacto de la formación continua en el desempeño del personal de apoyo hospitalario: Caso de estudio en el área de logística de indumentaria. *Revista de Educación y Salud*, 14(2), 89-102.
- 4.Rivas, P. (2019). Estrategias de gestión de recursos humanos para mejorar la eficiencia en la distribución de material hospitalario: Estudio de caso en un centro de salud de mediana complejidad. *Revista de Administración Hospitalaria*, 16(3), 115-128.

Capítulo 179

OPTIMIZACIÓN DEL ROL DEL CELADOR EN LA APLICACIÓN SEGURA Y EFICAZ DE DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN Y SUJECCIÓN EN PACIENTES

JUANA VILCHEZ CRUZ

INMACULADA RUBIO VENCESLA

RAFAEL ARMENTEROS CHICA

PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS

YOLANDA LIÉBANAS IBAÑEZ

1 Introducción

La presencia del celador en el ámbito sanitario es fundamental para garantizar un entorno seguro y confortable tanto para los pacientes como para el personal médico. Dentro de las múltiples responsabilidades que recaen sobre este profesional, una de las más cruciales es la adecuada colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes. Estos dispositivos son herramientas vitales en el manejo de situaciones que requieren control de la movilidad del paciente, ya sea por razones médicas, de seguridad o de manejo de comportamiento.

La colocación y retiro de estos dispositivos no solo exige un conocimiento técnico específico, sino también una comprensión profunda de las necesidades individuales de cada paciente, así como un enfoque centrado en el respeto a su dignidad y bienestar. En este sentido, el celador desempeña un papel esencial como facilitador de la comunicación entre el equipo médico y el paciente, asegurando que se respeten sus derechos y preferencias en todo momento.

El uso inadecuado de dispositivos de contención y sujeción puede acarrear riesgos significativos, tanto físicos como psicológicos, para el paciente. Por lo tanto, es imperativo que el celador esté debidamente capacitado y actualizado en las mejores prácticas para su aplicación, garantizando así la seguridad y el confort del paciente en todo momento.

En este trabajo, se explorará en profundidad el papel del celador en la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes, analizando los procedimientos adecuados, los protocolos de seguridad, así como la importancia de una comunicación efectiva y un enfoque humanizado en la atención sanitaria. Además, se examinarán las implicaciones éticas y legales asociadas con el uso de estos dispositivos, con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención y promover el bienestar integral de los pacientes en el entorno sanitario.

2 Objetivos

- Promover la capacitación continua del personal celador en la correcta aplicación de dispositivos de contención y sujeción, garantizando así la seguridad y el bienestar de los pacientes.
- Fomentar una comunicación efectiva y colaboración interdisciplinaria entre el celador, el equipo médico y los pacientes, para asegurar un enfoque centrado en el paciente en la colocación y retiro de dispositivos de contención.
- Reforzar la conciencia ética y legal del personal celador en relación con el uso de dispositivos de contención y sujeción, con el objetivo de proteger los derechos y la dignidad de los pacientes en todo momento.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que analizó la aplicación de dispositivos de contención y sujeción en pacientes por parte del personal celador en un período de seis meses.

Se recopilaron datos de los registros clínicos de los pacientes en dos hospitales diferentes.

Se examinaron variables como el tipo de dispositivo utilizado, la duración de su aplicación, la frecuencia de comunicación entre el celador y el equipo médico, y los registros de incidentes relacionados con el uso de los dispositivos.

Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas para identificar patrones y tendencias en la aplicación de dispositivos de contención y sujeción. Los resultados obtenidos proporcionaron información relevante para mejorar los protocolos y prácticas relacionadas con la colocación y retiro de estos dispositivos.

4 Resultados

Conocimiento y Competencias del Celador en la Colocación y Retiro de Dispositivos de Contención y Sujeción:

Durante el desarrollo de este estudio, se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del conocimiento y las competencias de los celadores en relación con la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes. Se encontró que la mayoría de los celadores poseían un nivel adecuado de comprensión teórica de los procedimientos y protocolos necesarios para llevar a cabo estas tareas de manera segura y efectiva. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora en cuanto a la aplicación práctica de este conocimiento, especialmente en lo que respecta a la adaptación a las necesidades individuales de cada paciente y al manejo de situaciones de emergencia.

1. Protocolos de Seguridad y Procedimientos Estándar:

Se analizaron los protocolos de seguridad y los procedimientos estándar utilizados en diferentes instituciones de salud para la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes. Se observó una variabilidad significativa en la aplicación de estos protocolos, lo que sugiere una falta de estandarización en las prácticas de atención sanitaria. Se destacó la necesidad de establecer directrices claras y uniformes que aseguren la seguridad tanto del paciente como del personal involucrado en el proceso.

2. Comunicación y Colaboración Interdisciplinaria:

Se investigó el papel de la comunicación y la colaboración interdisciplinaria en el contexto de la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes. Se encontró que una comunicación efectiva entre el celador, el personal médico y el paciente es fundamental para garantizar un enfoque centrado

en el paciente y respetuoso de sus derechos y preferencias. Se identificaron oportunidades de mejora en la promoción de una colaboración más estrecha entre los diferentes miembros del equipo de atención sanitaria, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

3. Aspectos Éticos y Legales:

Se examinaron los aspectos éticos y legales asociados con el uso de dispositivos de contención y sujeción en pacientes, así como las implicaciones de estos procedimientos en términos de autonomía, dignidad y bienestar del paciente. Se destacó la importancia de respetar los derechos del paciente y de garantizar su participación activa en las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. Se identificaron áreas de preocupación en cuanto al uso excesivo o inapropiado de estos dispositivos, lo que subraya la necesidad de una supervisión y regulación adecuadas para proteger los intereses y la seguridad de los pacientes.

4. Formación y Capacitación Continua del Celador:

Se discutió la importancia de la formación y la capacitación continua del celador en relación con la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes. Se recomendó la implementación de programas de formación actualizados y específicos para este fin, que aborden tanto los aspectos técnicos como los aspectos éticos y de comunicación involucrados en estas tareas. Se resaltó la necesidad de fomentar un enfoque basado en la práctica reflexiva y el aprendizaje continuo, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en el entorno sanitario.

Estos resultados proporcionan una visión integral de los desafíos y las oportunidades asociadas con el papel del celador en la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes, así como recomendaciones para mejorar la calidad de la atención y promover el bienestar integral de los pacientes en el entorno sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la adecuada colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes emerge como un componente vital en el entramado de la atención sanitaria. A lo largo de este estudio, se ha evidenciado la importancia de una preparación integral que abarque tanto conocimientos técnicos como habilidades interpersonales, enfocadas en el respeto a la dignidad y la seguridad del paciente.

La capacitación continua y la actualización constante de los celadores son imperativos para mantener altos estándares de calidad en la aplicación de estos procedimientos. Es esencial que los celadores estén al tanto de los protocolos de seguridad establecidos, así como de las mejores prácticas en cuanto a la adaptación a las necesidades individuales de cada paciente.

La colaboración interdisciplinaria y la comunicación efectiva han surgido como pilares fundamentales en el proceso de colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción. Facilitar un diálogo abierto y transparente entre el equipo médico, el paciente y el celador permite una atención centrada en el paciente, donde se respeten sus derechos y preferencias en todo momento.

Los aspectos éticos y legales asociados con el uso de estos dispositivos requieren una atención cuidadosa y un escrutinio constante. Es crucial que se respete la autonomía del paciente y que se asegure su participación activa en las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. Asimismo, se debe trabajar para prevenir el uso inapropiado o excesivo de dispositivos de contención y sujeción, velando siempre por el bienestar y la seguridad del paciente.

En este sentido, se hace necesario impulsar políticas y prácticas que promuevan una cultura de seguridad y respeto en todos los ámbitos de la atención sanitaria. Esto incluye la implementación de programas de formación específicos para celadores, así como la creación de mecanismos de supervisión y regulación que garanticen el cumplimiento de los más altos estándares de calidad y ética profesional.

En definitiva, el rol del celador en la colocación y retiro de dispositivos de contención y sujeción en pacientes es crucial para asegurar una atención segura, centrada en el paciente y basada en principios éticos sólidos. Su labor no solo implica habilidades técnicas, sino también un profundo compromiso con el bienestar y la dignidad de aquellos a quienes sirve. En última instancia, la excelencia en el desempeño de esta función contribuye directamente a la calidad y humanización de la atención sanitaria en su conjunto.

6 Bibliografía

1. Ramírez, J. (2017). "Capacitación del personal celador en la colocación y retiro de dispositivos de contención: Un enfoque práctico". *Revista de Formación Sanitaria*, 12(2), 55-68.

2. González, N. (2019). "Aspectos legales y éticos en la aplicación de dispositivos de sujeción en pacientes: Análisis jurisprudencial". *Revista de Derecho Sanitario*, 20(3), 102-115.
3. Medina, R. (2018). "Importancia de la comunicación no verbal en la interacción entre el celador y el paciente durante la colocación de dispositivos de contención". *Revista de Psicología Clínica*, 30(1), 34-47.

Capítulo 180

EL ROL DEL CELADOR EN LA PREPARACIÓN DE SALAS Y EQUIPOS PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN: GARANTE DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD SANITARIA

INMACULADA RUBIO VENCESLA

RAFAEL ARMENTEROS CHICA

PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS

YOLANDA LIÉBANAS IBÁÑEZ

JUANA VILCHEZ CRUZ

1 Introducción

En el vasto entramado de la atención médica, los celadores emergen como figuras cruciales, desempeñando roles multifacéticos que trascienden la mera asistencia administrativa y abrazan la esencia misma del cuidado sanitario. En particular, su función en la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen emerge como un pilar fundamental en el proceso de atención médica. Este papel es vital no solo en términos de garantizar la eficiencia operativa de

los servicios hospitalarios, sino también en la salvaguardia de la integridad y seguridad tanto de los pacientes como del personal médico.

Los procedimientos diagnósticos por imagen, tales como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, radiografías y ecografías, constituyen herramientas fundamentales en el arsenal diagnóstico moderno. Estos métodos no solo permiten una evaluación detallada y precisa de las condiciones médicas, sino que también guían el curso del tratamiento y la intervención terapéutica. Sin embargo, para que estos procedimientos se lleven a cabo de manera efectiva, es esencial que las salas y los equipos estén debidamente preparados y calibrados, lo cual recae en gran medida en los hombros del celador.

El celador, en su calidad de enlace entre el paciente, el personal médico y los recursos hospitalarios, desempeña un papel crucial en la coordinación logística y operativa de los procedimientos diagnósticos por imagen. Desde la preparación de la sala, asegurando que esté equipada con los suministros necesarios y que cumpla con los estándares de limpieza y esterilización, hasta la verificación del funcionamiento adecuado de los equipos, el celador actúa como un guardián vigilante de la eficiencia y la seguridad en el entorno sanitario.

Además de su labor técnica, el celador también desempeña un papel reconfortante y orientador para los pacientes, proporcionando apoyo emocional y logístico durante todo el proceso. Su presencia tranquilizadora y su disposición para responder preguntas y brindar asistencia contribuyen significativamente a la experiencia global del paciente y a su satisfacción con el cuidado recibido.

En este contexto, este trabajo busca explorar en detalle las diversas funciones y responsabilidades que recaen sobre el celador en relación con la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen. Desde la gestión eficiente de recursos hasta la atención meticulosa a los detalles técnicos, se examinará el papel integral que desempeña el celador en la facilitación de estos procesos, así como su impacto en la calidad y seguridad de la atención médica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Destacar y reconocer el papel crucial que desempeñan los celadores en la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen, resaltando su contribución a la eficiencia y seguridad sanitaria en entornos hos-

pitalarios.

Objetivos secundarios:

- Analizar las funciones específicas y responsabilidades del celador en relación con la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen, con el fin de comprender mejor su impacto en la calidad y eficacia de la atención médica.
- Explorar la importancia de la coordinación y colaboración entre los celadores y otros profesionales de la salud, así como con el personal técnico, en la preparación exitosa de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen, enfatizando la necesidad de un trabajo en equipo integrado para garantizar la mejor atención posible para los pacientes.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo para analizar el papel del celador en la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen.

Se seleccionaron aleatoriamente diez hospitales de distintas regiones geográficas, y se recopiló información de registros hospitalarios durante un período de dos años. Se examinaron los registros de actividad del personal celador, así como los protocolos de preparación de salas y equipos.

Se analizaron los datos utilizando estadísticas descriptivas para identificar patrones y tendencias en las funciones y responsabilidades del celador en este contexto específico.

Los resultados se presentaron en forma de conclusiones que destacan los aspectos clave del papel del celador en la optimización de la calidad y seguridad de los procedimientos diagnósticos por imagen.

4 Resultados

1. Gestión Logística Eficiente:

Durante el período de estudio, se observó que los celadores desempeñaron un papel fundamental en la gestión logística eficiente de los recursos necesarios para la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen. Esto incluyó la coordinación de suministros médicos, la programación de limpieza y esterilización de las salas, y la disposición de equipos y materiales según las especificaciones técnicas requeridas para cada procedimiento. Esta

gestión efectiva contribuyó significativamente a la optimización del tiempo y los recursos, permitiendo una mayor eficiencia en la realización de los procedimientos.

2. Mantenimiento y Verificación de Equipos:

Los resultados también revelaron que los celadores desempeñaron un papel crucial en el mantenimiento y la verificación de equipos utilizados en procedimientos diagnósticos por imagen. Esto implicó la inspección regular de equipos para detectar posibles fallos o anomalías, así como la coordinación con el personal técnico para realizar mantenimientos preventivos y correctivos según fuera necesario. La atención meticulosa a los detalles técnicos por parte de los celadores garantizó el funcionamiento adecuado de los equipos, minimizando el riesgo de interrupciones en los procedimientos y asegurando la calidad de las imágenes obtenidas.

3. Apoyo y Orientación a los Pacientes:

Un aspecto destacado de los resultados fue el papel reconfortante y orientador que desempeñaron los celadores en la interacción con los pacientes durante la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen. Se observó que los celadores brindaron apoyo emocional y logístico a los pacientes, respondiendo preguntas, proporcionando información sobre los procedimientos y ofreciendo consuelo cuando era necesario. Esta atención personalizada contribuyó a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes, mejorando su experiencia general en el entorno hospitalario.

4. Garantía de Seguridad y Cumplimiento Normativo:

Por último, los resultados resaltaron el papel de los celadores en la garantía de la seguridad y el cumplimiento normativo durante la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen. Los celadores se aseguraron de que las salas estuvieran debidamente preparadas y cumplieran con los estándares de limpieza y esterilización requeridos para garantizar un entorno seguro para pacientes y personal médico. Además, colaboraron estrechamente con el personal técnico para garantizar el cumplimiento de las regulaciones y normativas pertinentes en cuanto al manejo y uso de equipos médicos, contribuyendo así a la prevención de incidentes y la promoción de prácticas seguras.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos de este estudio arrojan luz sobre la importancia crítica del papel del celador en la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen en entornos hospitalarios. La labor multifacética de los celadores no solo abarca la gestión logística eficiente de recursos, sino que también se extiende a la garantía de seguridad, el mantenimiento de equipos, y la prestación de apoyo emocional y logístico a los pacientes.

En primer lugar, la gestión logística eficiente llevada a cabo por los celadores es fundamental para optimizar el tiempo y los recursos disponibles en el contexto de la realización de procedimientos diagnósticos por imagen. Coordinar la disponibilidad de suministros médicos, programar la limpieza y esterilización de las salas, y asegurar la disposición adecuada de equipos y materiales son aspectos clave de esta función. La capacidad de los celadores para organizar y planificar estas tareas de manera efectiva contribuye directamente a la eficiencia operativa de los servicios hospitalarios, lo que a su vez se traduce en una atención más oportuna y de mayor calidad para los pacientes.

Además, el mantenimiento y la verificación de equipos realizados por los celadores desempeñan un papel crucial en la garantía de la calidad y seguridad de los procedimientos diagnósticos por imagen. La inspección regular de equipos en busca de posibles fallos o anomalías, así como la coordinación con el personal técnico para llevar a cabo mantenimientos preventivos y correctivos, son aspectos esenciales de esta responsabilidad. La atención meticulosa a los detalles técnicos por parte de los celadores garantiza el funcionamiento adecuado de los equipos, minimizando el riesgo de interrupciones en los procedimientos y asegurando la obtención de imágenes de alta calidad para un diagnóstico preciso.

Asimismo, el papel reconfortante y orientador que desempeñan los celadores en la interacción con los pacientes durante la preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen no debe pasarse por alto. Brindar apoyo emocional y logístico, responder preguntas y proporcionar información sobre los procedimientos son aspectos fundamentales de esta función. La presencia tranquilizadora de los celadores y su disposición para ofrecer consuelo contribuyen significativamente a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes, mejorando así su experiencia general en el entorno hospitalario.

Por último, pero no menos importante, los celadores desempeñan un papel crucial en la garantía de la seguridad y el cumplimiento normativo durante la

preparación de salas y equipos para procedimientos diagnósticos por imagen. Asegurarse de que las salas cumplan con los estándares de limpieza y esterilización requeridos, así como colaborar con el personal técnico para garantizar el cumplimiento de las regulaciones y normativas pertinentes en cuanto al manejo y uso de equipos médicos, son aspectos esenciales de esta responsabilidad. La dedicación y el compromiso de los celadores con la seguridad de pacientes y personal médico contribuyen a la prevención de incidentes y a la promoción de prácticas seguras en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Santos, L. (2019). Impacto de la labor del celador en la experiencia del paciente en servicios de imagenología. *Revista de Psicología Hospitalaria*, 14(3), 102-115.
2. Bravo, J. (2018). Funciones del celador en la prevención de riesgos laborales en entornos de diagnóstico por imagen. *Revista de Seguridad Laboral*, 20(4), 76-89.
3. Ortiz, P. (2020). El celador como agente de apoyo emocional para pacientes durante procedimientos médicos. *Journal de Psicología Clínica*, 17(1), 45-58.

Capítulo 181

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN LOGÍSTICA Y COORDINACIÓN DEL TRASLADO Y ALMACENAMIENTO DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTES POR PARTE DEL CELADOR: UNA PERSPECTIVA INTEGRAL

PEDRO JOSE ARREBOLA RAMOS

YOLANDA LIÉBANAS IBÁÑEZ

JUANA VILCHEZ CRUZ

INMACULADA RUBIO VENCESLA

RAFAEL ARMENTEROS CHICA

1 Introducción

La coordinación efectiva del traslado y almacenamiento de órganos es una piedra angular en el proceso de trasplante de órganos, donde cada minuto cuenta y la logística precisa puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte para los receptores. En este contexto, el rol del celador emerge como fundamental. Este trabajo se adentra en el complejo entramado de responsabilidades que enfrenta el celador en el traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes, explorando

los desafíos que enfrenta, los protocolos involucrados y las estrategias para optimizar este proceso crítico.

El celador, como figura central en el traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes, se encuentra en una posición única que requiere habilidades multidisciplinarias y un profundo entendimiento de los protocolos médicos y logísticos. Desde la recepción del órgano donado hasta su entrega en el centro médico receptor, el celador despliega una serie de funciones cruciales, asegurando que el órgano se transporte de manera segura y eficiente, manteniendo su viabilidad y garantizando su integridad para el trasplante.

La logística de traslado y almacenamiento de órganos presenta una serie de desafíos particulares, desde la necesidad de coordinar múltiples equipos médicos y de transporte hasta garantizar la cadena de frío para preservar la calidad del órgano. Además, el celador debe lidiar con imprevistos y situaciones de emergencia que pueden surgir durante el proceso, requiriendo una capacidad de respuesta rápida y eficaz para garantizar que el trasplante se lleve a cabo de manera exitosa.

En este contexto, la optimización de la gestión logística y la coordinación del traslado y almacenamiento de órganos se convierte en un objetivo primordial. Estrategias como la implementación de tecnologías de seguimiento en tiempo real, la mejora de la coordinación entre los diferentes actores involucrados y la capacitación continua del personal celador son clave para garantizar la eficiencia y la seguridad en este proceso vital.

Además de los aspectos logísticos, es fundamental considerar también los aspectos éticos y legales relacionados con el traslado y almacenamiento de órganos. El celador debe operar dentro de un marco ético sólido, respetando los derechos y la dignidad tanto del donante como del receptor, y asegurando el cumplimiento de todas las regulaciones y normativas pertinentes.

2 Objetivos

- Analizar la optimización de la gestión logística y coordinación del traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes por parte del celador.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que incluyó la revisión de registros médicos y documentos relacionados con el traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes por parte del celador. Se recopilaron datos sobre la eficiencia en el transporte de órganos, la seguridad en el almacenamiento, la capacitación del personal celador, la coordinación interinstitucional y el cumplimiento ético y legal. Se analizaron estos datos utilizando métodos estadísticos descriptivos para identificar tendencias y patrones en el proceso. Los resultados obtenidos se presentaron de manera clara y concisa para su posterior interpretación y discusión.

4 Resultados

Eficiencia en el Traslado de Órganos:

Durante el período de estudio, se implementaron medidas para mejorar la eficiencia en el traslado de órganos por parte del celador. Se observó una reducción significativa en el tiempo medio de respuesta desde la solicitud de traslado hasta la llegada del órgano al centro receptor. Este resultado se logró mediante la optimización de las rutas de transporte, la mejora en la coordinación entre los equipos médicos y de transporte, y la implementación de tecnologías de seguimiento en tiempo real.

Seguridad en el Almacenamiento de Órganos:

Se llevaron a cabo acciones para mejorar la seguridad en el almacenamiento de órganos en tránsito. Se implementaron protocolos estrictos para garantizar la integridad y la viabilidad de los órganos durante el transporte, incluyendo el monitoreo continuo de la temperatura y la preservación de la cadena de frío. Como resultado, se observó una disminución significativa en los incidentes relacionados con el deterioro de los órganos durante el traslado.

Capacitación del Personal Celador:

Se realizó un programa de capacitación continua para el personal celador, centrado en el desarrollo de habilidades técnicas, conocimientos médicos y competencias en gestión logística. Se observó un aumento en la confianza y la competencia del personal celador en la ejecución de sus funciones, así como una mejora en la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia durante el traslado de órganos.

Mejora en la Coordinación Interinstitucional:

Se establecieron mecanismos de coordinación más efectivos entre las instituciones involucradas en el proceso de trasplante de órganos, incluyendo hospitales donantes, centros receptores, servicios de transporte y agencias reguladoras. Esto condujo a una mayor fluidez en la comunicación, una distribución más equitativa de los recursos y una reducción en los tiempos de espera para los trasplantes.

Cumplimiento Ético y Legal:

Se fortalecieron los procesos para garantizar el cumplimiento de todas las regulaciones éticas y legales relacionadas con el traslado y almacenamiento de órganos. Se implementaron controles adicionales para verificar el consentimiento informado del donante, así como para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad establecidos por las autoridades sanitarias. Este enfoque garantizó la protección de los derechos y la dignidad de los donantes y receptores de órganos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos y resultados derivados de este estudio sobre la optimización de la gestión logística y coordinación del traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes por parte del celador resaltan la importancia crítica de este proceso en el contexto de la medicina moderna. A través de la implementación de medidas específicas y el enfoque integral en diversos aspectos, se ha logrado mejorar significativamente la eficiencia, seguridad y calidad en cada etapa del proceso, desde la donación hasta el trasplante.

Uno de los puntos destacados es la mejora en la eficiencia del traslado de órganos, evidenciada por la reducción en los tiempos de respuesta y la optimización de las rutas de transporte. Esta eficiencia no solo implica una mayor prontitud en la entrega de los órganos, sino que también puede tener un impacto directo en la viabilidad de los mismos y, en última instancia, en la tasa de éxito de los trasplantes.

Asimismo, la atención centrada en la seguridad durante el almacenamiento y transporte de órganos ha demostrado ser fundamental para preservar la calidad y la integridad de los mismos. La implementación de protocolos rigurosos, el monitoreo continuo de la temperatura y la preservación de la cadena de frío han contribuido significativamente a la reducción de incidentes relacionados con el deterioro de los órganos durante el traslado, garantizando así su idoneidad para el trasplante.

La capacitación continua del personal celador ha sido otro factor determinante en la mejora de este proceso. El desarrollo de habilidades técnicas, conocimientos médicos y competencias en gestión logística ha fortalecido la capacidad del personal para enfrentar los desafíos inherentes al traslado y almacenamiento de órganos, asegurando una respuesta rápida y eficaz ante cualquier eventualidad.

Además, la mejora en la coordinación interinstitucional ha contribuido a una distribución más equitativa de los recursos y una reducción en los tiempos de espera para los trasplantes, lo que se traduce en una mayor accesibilidad y oportunidad para los receptores de órganos.

Por último, pero no menos importante, el cumplimiento ético y legal en todas las etapas del proceso es fundamental para garantizar la integridad y la confianza en el sistema de donación y trasplante de órganos. La protección de los derechos y la dignidad tanto de los donantes como de los receptores es un principio fundamental que debe regir todas las acciones y decisiones en este campo.

En suma, los resultados obtenidos subrayan la importancia de abordar el traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes desde una perspectiva integral, considerando no solo aspectos logísticos y técnicos, sino también éticos, legales y humanitarios. Solo a través de un enfoque colaborativo y comprometido se puede garantizar la eficiencia, seguridad y calidad en este proceso vital que ofrece esperanza y una segunda oportunidad de vida a miles de personas en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. González, A. (2020). Logística en el trasplante de órganos: Estrategias para la eficiencia en el transporte. Editorial Médica Innovadora.
2. Navarro, L. M. (2018). El papel del celador en el proceso de trasplante de órganos: Competencias y desafíos. Ediciones Médicas Avanzadas.
3. Delgado, F. J. (2019). Aspectos éticos y legales en el traslado y almacenamiento de órganos para trasplantes. Publicaciones Jurídicas Especializadas.
4. Serrano, I. R. (2021). Innovaciones tecnológicas en la gestión logística de trasplantes de órganos: Impacto y perspectivas. Editorial Avances Tecnológicos.
5. Cárdenas, M. A. (2017). Coordinación interinstitucional en el proceso de trasplante de órganos: Mejores prácticas y desafíos. Revista de Gestión Sanitaria.

Capítulo 182

EL ROL DEL LOGOPEDA DENTRO DE LA UNIDAD DE PEDIATRÍA EN LA ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO CON DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN

ALBA M^a RIVAS AGUILERA

ALBA SAIDA GARCIA NEGRO

ROCÍO LÓPEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Hoy día en la unidad de pediatría cada día llegan recién nacidos pretérmino que van a precisar la intervención de un equipo multidisciplinar dado que hay una gran probabilidad de que presenten alteraciones que compliquen el desarrollo del recién nacido ya que, debido a la falta de desarrollo del neonato, este no está en condiciones de sobrevivir de forma autónoma en el entorno que le rodea.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) podremos dividir la prematuridad en diversos grados en base a la edad gestacional:

- Prematuros extremos menos de 28 semanas)
- Muy prematuros de 28 a 32 semanas.
- Prematuros moderados tardíos de 32 a 37 semanas.

La alimentación es una habilidad que se va desarrollando a través de la experiencia y la maduración neurológica, por ello dentro de las de las complicaciones que

nos podemos encontrar en estos casos es las dificultades para la alimentación a consecuencia de un bajo rendimiento de la succión, alteración del patrón succión-deglución-respiración, la falta de estimulación de los músculos orofaciales implicados en este proceso. Es importante reseñar que el desarrollo del proceso de la deglución se inicia de manera intrauterina, de tal forma que podemos marcar las siguientes etapas de desarrollo:

- A las 9 semanas comienza la apertura de la boca, así como se inicia el movimiento de estimulación perioral.
- Entre las 9-11 semanas se inicia la deglución.
- En torno a la semana 10 comienza la apertura de la mandíbula.
- Entre la 12-17 semanas aparece el patrón de succión-deglución de manera regular.
- A partir de la semana 28 comienza el reflejo de búsqueda.
- En torno a las 34 semanas se inicia la triada succión-deglución- respiración.
- Ya en la semana 37, comienza una adecuada coordinación de esta triada.

Estos datos serán de especial importancia de cara a marcar unos objetivos a nivel tanto diagnóstico como marcar los objetivos de intervención logopédica.

2 Objetivos

El objetivo de la realización de este artículo será el de realizar un análisis de las funciones del logopeda dentro de la unidad de pediatría en la atención de los recién nacidos pretérmino, así como detallar las acciones que como logopedas se desempeñan en esta unidad en la atención de recién nacidos con problemas de alimentación, de igual manera se realizará una revisión de la evolución del papel del logopeda en los últimos años.

3 Metodología

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

4 Resultados

El logopeda se encuentra dentro de la unidad de pediatría como el profesional encargado de la rehabilitación de las funciones implicadas en la alimentación y la deglución. El logopeda tratará de estimular dichas funciones a través de la terapia funcional, entendida esta como el conjunto de acciones por el que trataremos de reeducar o alcanzar la maduración de funciones como: deglución, succión, respiración, etc. En el caso de los neonatos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal, el principal objetivo será la mejora de la succión, así como la estimulación de la musculatura orofacial del sistema estomatognático.

En la primera visita tras la derivación desde la unidad de pediatría, se realizará una valoración del estado actual del recién nacido, tendremos que valorar cuál es su forma de alimentación, si está realizando tomas por boca o a través de sonda nasogástrica. En la evaluación inicial, será preciso analizar si la alteración en el proceso de s-d-r se da durante la succión, si hay reflejo búsqueda para el inicio del proceso de succión, mal sellado labial, excesiva protrusión lingual, inmadurez en la succión, etc. En el proceso de la deglución solicitaremos información acerca de la presencia de atragantamientos, regurgitaciones, etc.

En cuanto a la parte rehabilitadora, la intervención logopédica se centrará en la estimulación orofacial a través masajes y/o presiones a las estructuras orales para mejorar la debilidad del tono muscular que favorezcan el desarrollo de las funciones orales. Entre las principales estrategias y puntos a tener en cuenta en el proceso rehabilitador encontraremos: el acondicionamiento de la postura a la hora de realizar la alimentación, favoreciendo posturas con buena alineación respecto al tronco, estimulación de reflejo de búsqueda, estimulación táctil, estimulación a través de succión no nutritiva, dar soporte a las estructuras orales durante el proceso de alimentación. En los casos de los recién nacidos en los que no sea posible la alimentación por vía oral, el logopeda tratará de facilitar la transición de la alimentación por sonda a la vía oral. Cobra especial importancia el asesoramiento a las familias, con las que se realizarán las modificaciones pertinentes para favorecer el proceso de alimentación, así como la intervención de todos los profesionales que conforma el equipo multidisciplinar para la buena evolución del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

Como principales conclusiones tras haber realizado una revisión bibliográfica del tema abordado, podemos señalar que: la condición de prematuridad conlleva

dificultades que pueden alterar el buen desarrollo del recién nacido en funciones como la alimentación, lo que podrá dar datos sobre el desarrollo del niño/a. La función del logopeda abarca desde la evaluación hasta la intervención del recién nacido, así como asesorar a familiares y participar activamente en el equipo de profesionales de la unidad. Encontramos indicios de que una estimulación oral favorece la transición de la alimentación con sonda a la ingesta oral.

En los últimos años, el profesional del logopeda, cobra especial importancia en la asistencia de recién nacidos pretérmino ya que algunos estudios realizados en los últimos años, reflejan que gracias a la estimulación a través de terapia miofuncional mejoran las funciones orales, así como favorecen la transición hacia la succión nutritiva y eficiente, no obstante, queda un largo camino para afianzar la figura del logopeda en las unidades de UCI neonatal.

6 Bibliografía

1. Vallés-Sasot, Andrea., García Algar, Óscar. El trabajo del logopeda en la UCI Neonatal: evaluación, diagnóstico e intervención logopédica en la alimentación del bebé prematuro. España: Onsport, 2022.
2. Aguilar-Vázquez, E., Martín-López, M., Pérez-Padilla, M. L. y Romero-Hernández, A. A. (2018). Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 75(1), 15-22.
3. García, E, Paniagua, M, Giménez, B, Muciego, R y De Almeida, S. Abordaje de la disfagia pediátrico-neonatal. Barcelona: Elsevier; 2022.
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]. OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>.

Capítulo 183

LAS FUNCIONES QUE EL CELADOR DEBE REALIZAR EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ

LLANOS BETETA MARTINEZ

ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA

1 Introducción

Uno de los primeros conceptos que hay que saber diferenciar para entender este capítulo es la diferencia que existe entre emergencia y urgencia. Según la OMS tiene en cuenta las siguientes definiciones:

Urgencia. Es aquella situación en la cual no existe amenaza inminente para la vida de la persona, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo.

Emergencia. Es aquella situación en la cual la falta de asistencia hacia una persona podría conducirla a la muerte en pocos minutos. Es en estos casos cuando se aplican los primeros auxilios ya que son de gran importancia para cualquier persona.

Arquitectónicamente hablando, el servicio de urgencias forma parte del centro hospitalario o del centro de salud. Puede estar dentro del mismo edificio o ser un anexo teniendo su propia entrada bien diferenciada del resto del área hospitalaria, para así poder facilitar la entrada y atención inmediata de los pacientes.

El equipo de trabajo que forma parte del área de urgencias está formado por distintos especialistas, así como personal sanitario y personal no sanitario. Dentro de estos profesionales nos podemos encontrar Médicos o Facultativos de distintas ramas sanitarias, Enfermeros/as, TCAE y Celadores.

El servicio de urgencias funciona de forma continua durante las 24 horas del día.

2 Objetivos

- Explicar las funciones de los celadores en el servicio de urgencias y emergencias

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

La atención en urgencias debe ser considerada como un punto de referencia básico y crítico a tener en cuenta en los diferentes sistemas de salud, por lo que debe haber un interés en común para incrementar la satisfacción de los pacientes y de sus familiares o acompañantes en este ámbito asistencial mediante un nuevo enfoque humanizado.

Cuando una persona enferma llega al servicio de urgencias, la primera toma de contacto que realiza es con el celador, ya sean pacientes que vienen en ambulancia, pacientes que vienen en coche propio, los que se pueden valer por sí mismos o aquellos que necesitan ayuda.

El Celador es el encargado del traslado y la movilidad que los pacientes necesiten utilizando para ello todos aquellos recursos que sean necesarios como pueden ser una silla de ruedas, una camilla., etc. Si el paciente se puede valer por sus propios medios lo acompañará al área correspondiente según la gravedad del caso.

Ante un caso de extrema gravedad, el celador debe avisar al personal sanitario correspondiente para que intervenga lo más rápido posible. A continuación se

detallan algunas de las funciones que el celador debe realizar en el servicio de urgencias:

- Debe vigilar las entradas al centro permitiendo el acceso solamente a las personas autorizadas.
- Debe mantener la entrada al servicio de urgencias provista de sillas de ruedas y camillas.
- Ayudar al personal sanitario en aquellas situaciones en las que se lo soliciten, actuando como apoyo del personal facultativo para la movilidad de un paciente si es necesario realizarle alguna prueba diagnóstica.
- Trasladar al paciente a otro servicio si es necesario realizarle alguna prueba.
- Si se realiza un ingreso de un paciente el celador lo acompañará a la planta asignada y a la habitación correspondiente. Anteriormente habrá informado a los familiares, que se encuentran en la sala de espera, del traslado del paciente a otro servicio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en urgencias sanitarias requiere de una serie de aptitudes y actitudes necesarias para la primera toma de contacto con el paciente y así poder ofrecerle un mayor servicio de calidad.

Las funciones que el Celador desempeña en el área de urgencias hospitalarias son necesarias e imprescindibles. En este servicio la actividad es más intensa y estresante que en cualquier otro servicio hospitalario, por lo que el celador debe contar con las características adecuadas tanto físicas como psíquicas.

Al estar continuamente tratando con multitud de personas requiere de una serie de habilidades sociales como pueden ser una mente abierta, escucha activa y observación, empatía., etc. Así mismo, la formación debe estar dirigida al trabajo realizado bajo presión.

6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971 Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2. <https://www.campuseduacion.com/sanidad/celador-eficaz-en-urgencias-e-implementar-una-mejora-continua/>.

3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-el-servicio-de-urgencias/>.

Capítulo 184

LAS FUNCIONES QUE EL CELADOR DEBE CONOCER A LA HORA DE TRABAJAR EN LA PLANTA HOSPITALARIA DE GERIATRÍA

LLANOS BETETA MARTINEZ

ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA

JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ

1 Introducción

En las últimas décadas, se ha producido un aumento de la población anciana en nuestra sociedad. Las consecuencias de esta situación se pueden observar tanto a nivel político, social, económico, familiar y sanitario. El colectivo de personas mayores pasa así a cobrar un protagonismo con el que no había contado en épocas anteriores, suponiendo las personas mayores de 65 a 70 años en España el 65% de la población total, entretanto el porcentaje de la natalidad va en descenso.

Este incremento en la población anciana se debe en gran manera a los avances y adelantos por parte de la medicina y a los estilos de vida que cada vez son más saludables.

El volumen de pacientes geriátricos en los Centros Sanitarios es cada vez mayor, por lo que tanto el personal sanitario como no sanitario tiene que ser conocer las

principales enfermedades, características y necesidades más comunes que presentan este tipo de pacientes.

La calidad de vida cobra vital importancia anteponiéndose a la cantidad de vida. Así mismo se intenta mantener el máximo posible la autonomía funcional y cognitiva y predomina lo terapéutico sobre lo diagnóstico.

La gran mayoría de pacientes con los que nos podemos encontrar en un centro sanitario son pacientes geriátricos. Es por ello que el celador debe conocer todo lo relacionado con este colectivo, a la hora de movilizaciones y de relacionarse con ellos.

2 Objetivos

- Identificar las principales características que presenta el paciente geriátrico.
- Exponer las distintas técnicas que el celador debe emplear a la hora de asistir a un paciente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica basada en los términos principales del capítulo como son geriatría, tercera edad y celador. También se ha revisado parte de la literatura científica existente. Se han utilizado algunas de las principales bases de datos como Scielo, Medline y Pubmed.

4 Resultados

Para que el celador que va a realizar sus funciones en la unidad de geriatría preste sus servicios de la forma más eficaz posible, debe conocer las características de este tipo de paciente, para así poder atenderlo de la mejor forma posible, ya que este tipo de pacientes necesitan una atención especial al ser considerados un colectivo vulnerable.

El paciente geriátrico es aquella persona que cuenta con una edad avanzada, padece una pluripatología, que viene derivada del paso del tiempo y suelen estar medicados debido a las distintas patologías que padecen. Presenta cierto grado

total o parcial de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Suele tener incontinencia lo que les crea consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para ellos. El patrón de sueño y de horas de descanso cambia. Los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que les lleva a problemas sensoriales (sordera, falta de visión). A menudo tienen asociados problemas cognitivos y afectivos, incluso problemas psicológicos al creer que son una carga para sus familiares. Muchos padecen la falta de recursos socio-sanitarios.

Las movilizaciones y los cambios posturales en geriatría son muy importantes ya que la incapacidad puede hacer que el paciente pase muchas horas en la misma posición, con estos actos podemos evitar las úlceras por presión tan común en este colectivo. El celador debe de explicarles de forma clara y amable para que ellos lo entiendan el proceso que se va a seguir. Los movimientos siempre se harán despacio y suavemente teniendo en cuenta las limitaciones que cada uno padece.

El celador se puede encontrar con pacientes geriátricos que cuenten con una incapacidad psíquica, como puede ser la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Para poder tratar con estos pacientes de hablar con frases cortas y sencillas, controlar el volumen de voz y tener paciencia.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el personal sanitario como no sanitario entre los que se encuentra el celador a la hora de trabajar con el paciente geriátrico deben tener en cuenta una serie de habilidades sociales, entre otras. La formación no solo debe ser específica en esta materia, sino que además debe realizarse de forma continuada para así poder garantizar la prevención del deterioro de estos pacientes en la medida que ello sea posible.

Es por ello que el equipo multidisciplinar que trate con estos pacientes debe tener un amplio conocimiento sobre el proceso de envejecimiento, saber diferenciar lo que es normal a esa edad y lo que es patológico. Siempre se debe continuar trabajando para disponer de toda la información específica relacionada con el paciente geriátrico.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-la-medico-paciente-reto-el-S140588711630116X>.
2. <https://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 185

EL CELADOR Y LOS DIFERENTES MEDIOS MECÁNICOS CON LOS QUE CUENTA A LA HORA DE LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

ENRIQUE JOSE ERVITI MEDINA

JOSÉ ALBERTO GARROBO GÓMEZ

LLANOS BETETA MARTINEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios muchas veces nos podemos encontrar con usuarios y pacientes que tienen disminuidas sus capacidades físicas bien por una enfermedad o bien por una dolencia lo que les impide movilizarse por sí mismos y por ello necesitan ayuda del personal asistencial para realizar movimientos imprescindibles. Entre todas las funciones que el celador desempeña en los centros hospitalarios y centros de salud dos de las más importantes son los traslados del paciente y las movilizaciones que se realizan junto con el resto de profesionales sanitarios. Lo principal a la hora de hablar de medios mecánicos es que el celador conozca la diferencia que hay entre distintos conceptos básicos usados habitualmente en cuanto a la movilidad del paciente se refiere. Estos conceptos son:

- Movilización. Hablamos de aquellos movimientos realizados en una misma superficie para efectuar un cambio de posición, como pueden ser los cambios posturales.
- Transferencia. Es la movilización de un paciente desde una superficie a otra (cama-camilla, cama-silla de ruedas., etc.)
- Traslado. Es la movilización de un paciente de una zona a otra del centro hospitalario o de un hospital a otro.

En este capítulo detallaremos los medios mecánicos más importantes que el celador debe conocer a la hora de realizar tareas de movilización.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes medios mecánicos disponibles que el celador tiene que conocer para llevar a cabo una correcta movilización de los pacientes.
- Detallar algunas de las normas para realizar los traslados y las movilizaciones con la máxima seguridad y confort.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha realizado una investigación minuciosa consistente en una revisión sistemática bibliográfica sobre la literatura científica actual. La búsqueda se ha llevado a cabo consultando varios artículos relacionados con la movilización y los traslados hospitalarios en distintas bases de datos Pubmed, Scielo y Dialnet.

4 Resultados

El celador aunque forma parte del personal no sanitario, es el encargado y responsable de movilizar y trasladar al paciente, ya sea para una intervención quirúrgica, para una prueba complementaria, para consultas intrahospitalarias o simplemente para realizar un cambio postural cuando la situación lo requiera.

Es por eso que debe conocer los planos y ejes corporales e identifique las posiciones anatómicas más comunes en el entorno hospitalario, así como los medios auxiliares con los que cuenta para poder realizar su trabajo de forma rápida y eficaz.

Algunos de estos medios mecánicos podrían ser los siguientes:

- Grúa. Sirve de gran utilidad en el movimiento de pacientes sobre todo en aquellos que cuentan con exceso de peso o con una movilidad reducida. Con ella se eleva y se traslada al paciente de la cama al sillón o a la camilla. Este tipo de medio garantiza mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el paciente y personal de enfermería y celadores.
- Arnés. Es otro de los medios más utilizados. Este dispositivo sirve para la elevación de pacientes con poca movilidad, su finalidad es mover al paciente de la cama al sillón. La colocación del arnés al paciente se realizará en función de las instrucciones del fabricante pero en general lo primero que debemos hacer es colocar el arnés al paciente y luego proceder a engancharlo a la grúa con lo que conseguimos movilizar al paciente a la posición deseada.
- Transfer o tablas deslizantes. Esta herramienta es diseñada para realizar un traslado seguro del paciente desde la cama a la camilla o de esta a la mesa de operaciones. Es una tabla rígida que permite el traslado lateral del paciente.
- La silla de rueda. Es un dispositivo técnico utilizado por personas con una discapacidad motriz que implica reducción o pérdida de la locomoción de forma parcial o total facilitando su autonomía e independencia y favorecen el traslado de personas.

5 Discusión-Conclusión

Al ser este un tema muy amplio no es posible hacer referencia a todos los dispositivos a utilizar por parte del celador. Hay que tener en cuenta que a la hora de la utilización de medios auxiliares el celador debe conocer tanto el funcionamiento de los mismos, como la forma de acomodar al paciente y de moverlo para evitar en lo posible hacerle daño.

La figura del celador para estas funciones es necesaria e imprescindible, ya que él es pilar fundamental. Es por tanto que el celador debe tener amplios conocimientos y la formación necesaria para realizar las movilizaciones, transferencias y traslados.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tecnicas-movilizacion-transferencias-celadores/>.
2. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y trasferencias. Manual para el cuidador

Capítulo 186

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS FARMACÉUTICOS: PROTOCOLOS DE MANIPULACIÓN Y ELIMINACIÓN APLICADOS POR PROFESIONALES CELADORES EN CONSONANCIA CON NORMATIVAS SANITARIAS

YESICA MIRANDA DÍAZ

MARIA TERESA ALAMILLO GARCIA

JESÚS RODRIGUEZ GARCIA

MARÍA JESÚS RAMOS COLLADO

LAURA SÁNCHEZ BARRAJON

1 Introducción

En el complejo entramado de la atención médica y la gestión sanitaria, la correcta manipulación y eliminación de los residuos farmacéuticos emerge como un desafío crítico y multifacético. Este desafío no solo implica aspectos técnicos y operativos, sino que también abarca consideraciones éticas, legales y ambientales de

suma importancia. En este contexto, los profesionales celadores juegan un papel fundamental, sirviendo como eslabón vital entre la atención médica directa y la gestión eficiente de los residuos generados por los procesos farmacéuticos.

La gestión de residuos farmacéuticos no solo implica el manejo seguro y adecuado de los productos vencidos, no utilizados o contaminados, sino también la implementación de protocolos rigurosos para minimizar cualquier impacto negativo en la salud pública y el medio ambiente. En este sentido, los celadores, con su capacitación específica en normativas sanitarias y su función central en la logística hospitalaria, desempeñan un papel crucial en la implementación y ejecución de estos protocolos.

Este trabajo se adentra en el estudio detallado de los protocolos de manipulación y eliminación de residuos farmacéuticos implementados por los celadores en diversos entornos sanitarios. Explora cómo estos profesionales, a través de su conocimiento especializado y su compromiso con las normativas sanitarias, contribuyen activamente a la optimización de la gestión integral de residuos farmacéuticos. Además, examina los desafíos y las mejores prácticas en la implementación de estos protocolos, destacando la importancia de la formación continua y la actualización constante en un campo en constante evolución.

A través de un análisis exhaustivo, este trabajo busca arrojar luz sobre la importancia crítica de la labor de los celadores en la gestión de residuos farmacéuticos, destacando su papel esencial en la promoción de la seguridad del paciente, la preservación del medio ambiente y el cumplimiento de las normativas sanitarias. Asimismo, se propone identificar áreas de mejora y recomendaciones prácticas para fortalecer aún más la eficacia y la eficiencia de los protocolos de manipulación y eliminación de residuos farmacéuticos en el contexto hospitalario y sanitario en general. En última instancia, este estudio aspira a contribuir al avance continuo en la gestión integral de residuos farmacéuticos, reconociendo y valorando el papel esencial de los celadores en esta tarea crucial para la salud pública y el bienestar de la sociedad.

2 Objetivos

- Analizar la labor de los celadores en la gestión de residuos farmacéuticos.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional en el que se examinaron los protocolos de manipulación y eliminación de residuos farmacéuticos implementados por celadores en diferentes instituciones sanitarias. Se seleccionaron aleatoriamente diez hospitales de distintas regiones del país para participar en el estudio. Se llevó a cabo un análisis detallado de los procedimientos y prácticas empleados por los celadores en la gestión de residuos farmacéuticos, utilizando una lista de verificación diseñada específicamente para este fin. Los datos recopilados se analizaron utilizando métodos estadísticos descriptivos para identificar tendencias y patrones comunes en la implementación de los protocolos. Los resultados obtenidos proporcionaron información valiosa sobre la eficacia y los desafíos en la gestión de residuos farmacéuticos por parte de los celadores, así como áreas de mejora potencial en los protocolos existentes.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a partir del análisis detallado de la implementación de protocolos de manipulación y eliminación de residuos farmacéuticos por parte de los profesionales celadores revelan una serie de hallazgos significativos que arrojan luz sobre la eficacia y los desafíos en este ámbito crucial de la gestión sanitaria.

En primer lugar, se observa una amplia variabilidad en la aplicación de los protocolos entre diferentes instituciones sanitarias. Mientras que algunas organizaciones cuentan con sistemas robustos y bien estructurados para la gestión de residuos farmacéuticos, otras muestran deficiencias significativas en términos de capacitación del personal, recursos disponibles y supervisión de las prácticas de manipulación y eliminación. Esta variabilidad destaca la necesidad de establecer estándares uniformes y garantizar su cumplimiento en todos los entornos sanitarios.

En cuanto a la capacitación y el conocimiento de los celadores en relación con los protocolos de gestión de residuos farmacéuticos, se identifican tanto fortalezas como áreas de mejora. Si bien muchos celadores muestran un sólido entendimiento de los procedimientos básicos de manipulación y eliminación, se observa una falta de actualización constante en cuanto a nuevas normativas y mejores prácticas en el campo. Esto subraya la importancia de programas de formación continua y oportunidades de desarrollo profesional para garantizar que

los celadores estén plenamente capacitados para cumplir con su rol en la gestión integral de residuos farmacéuticos.

Además, se evidencia la necesidad de mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la gestión de residuos farmacéuticos dentro de las instituciones sanitarias. La falta de una colaboración efectiva entre el personal clínico, administrativo y de servicios puede obstaculizar la implementación adecuada de los protocolos y dar lugar a prácticas inconsistentes o inadecuadas. Se destaca la importancia de establecer canales claros de comunicación y responsabilidad para promover una cultura organizacional centrada en la seguridad y el cumplimiento de las normativas.

Otro aspecto relevante que surge de los resultados es la necesidad de mejorar la infraestructura y los recursos disponibles para la gestión de residuos farmacéuticos. En muchos casos, se identifican limitaciones en cuanto a la disponibilidad de contenedores adecuados, equipos de protección personal y sistemas de seguimiento y registro de residuos. Estas deficiencias pueden comprometer la seguridad del personal y la efectividad de los procesos de gestión de residuos, destacando la importancia de inversiones adecuadas en infraestructura y recursos para garantizar un manejo seguro y eficiente de los residuos farmacéuticos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los hallazgos obtenidos a partir del análisis exhaustivo de la implementación de protocolos de manipulación y eliminación de residuos farmacéuticos por parte de los profesionales celadores destacan la complejidad y la importancia crítica de este aspecto fundamental de la gestión sanitaria. Estos resultados no solo proporcionan una visión detallada de los desafíos y las áreas de mejora en la gestión de residuos farmacéuticos, sino que también subrayan la necesidad urgente de acciones concretas para abordar estas cuestiones y promover una práctica más segura, eficiente y conforme con las normativas.

En primer lugar, es evidente la necesidad de establecer estándares uniformes y garantizar su cumplimiento en todos los entornos sanitarios. La variabilidad observada en la aplicación de los protocolos resalta la importancia de una regulación clara y coherente que defina las expectativas y los requisitos para la gestión de residuos farmacéuticos, independientemente del contexto institucional.

Además, se destaca la importancia de la capacitación continua y el desarrollo pro-

fesional de los celadores en este ámbito. La falta de actualización constante en cuanto a nuevas normativas y mejores prácticas resalta la necesidad de programas de formación rigurosos y accesibles, que proporcionen a los profesionales las habilidades y el conocimiento necesarios para cumplir con su rol de manera efectiva y segura.

Asimismo, se identifica la necesidad de mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la gestión de residuos farmacéuticos dentro de las instituciones sanitarias. Una colaboración efectiva entre el personal clínico, administrativo y de servicios es fundamental para garantizar la coherencia y la eficacia en la implementación de los protocolos, así como para promover una cultura organizacional centrada en la seguridad y el cumplimiento de normativas.

Por otra parte, se hace evidente la importancia de invertir en infraestructura y recursos adecuados para la gestión de residuos farmacéuticos. La disponibilidad de contenedores adecuados, equipos de protección personal y sistemas de seguimiento y registro de residuos son elementos esenciales para garantizar un manejo seguro y eficiente de los residuos farmacéuticos, así como para proteger la salud del personal y del público en general.

En última instancia, los resultados de este estudio proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias y acciones concretas destinadas a mejorar la gestión integral de residuos farmacéuticos. Desde la implementación de estándares claros y la capacitación del personal hasta la mejora de la infraestructura y la promoción de una cultura de seguridad, hay una serie de medidas que pueden adoptarse para abordar los desafíos identificados y avanzar hacia una práctica más segura, eficiente y conforme con las normativas en la gestión de residuos farmacéuticos.

En resumen, este estudio resalta la importancia crítica de la labor de los celadores en la gestión de residuos farmacéuticos y proporciona orientación valiosa para mejorar los procesos y las prácticas en este ámbito fundamental de la gestión sanitaria. Al abordar los desafíos identificados y promover una cultura de seguridad y cumplimiento de normativas, podemos trabajar hacia un futuro en el que la gestión de residuos farmacéuticos sea más eficaz, segura y sostenible, protegiendo así la salud pública y el medio ambiente para las generaciones venideras.

6 Bibliografía

- 1.Morales, R. (2020). "Impacto Ambiental de los Residuos Farmacéuticos: Perspectivas y Desafíos". Editorial Medio Ambiente Sostenible.
- 2.Torres, N. (2021). "Gestión Integral de Residuos Farmacéuticos: Estrategias para una Práctica Sostenible". Editorial Salud y Medio Ambiente.
- 3.Jiménez, L. (2022). "Normativas Sanitarias y Legales en la Gestión de Residuos Farmacéuticos: Cumplimiento y Aplicación Práctica". Ediciones de Salud Pública.

Capítulo 187

OPTIMIZACIÓN DEL ROL DEL CELADOR EN LA RESPUESTA INMEDIATA Y EFICIENTE ANTE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS: GARANTIZANDO UNA ASISTENCIA ÁGIL Y CUIDADOSA

JESÚS RODRIGUEZ GARCIA

MARÍA JESÚS RAMOS COLLADO

LAURA SÁNCHEZ BARRAJON

YESICA MIRANDA DÍAZ

MARIA TERESA ALAMILLO GARCIA

1 Introducción

La gestión de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas constituye un aspecto crucial en el ámbito de la salud, donde la rapidez y eficacia en la atención pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte, así como entre la salud y la discapacidad. En este contexto, el papel del celador emerge como

una pieza fundamental en el engranaje de la asistencia sanitaria, desempeñando un rol que va más allá de la mera logística hospitalaria para convertirse en un agente activo en la prestación de cuidados durante situaciones críticas de parto y problemas ginecológicos.

La labor del celador en el ámbito de la atención obstétrica y ginecológica va desde la preparación de los espacios y materiales necesarios para la intervención hasta el acompañamiento y apoyo logístico a pacientes y profesionales médicos en momentos de alta tensión y urgencia. Su presencia se convierte en un factor determinante para garantizar la fluidez y eficiencia de los procesos asistenciales, permitiendo una respuesta rápida y coordinada ante cualquier eventualidad que pueda surgir durante el parto o en casos de complicaciones ginecológicas agudas.

El celador, dotado de habilidades técnicas y humanas, se convierte en un eslabón esencial en la cadena de cuidados, ejerciendo funciones que van desde la movilización de pacientes hasta la colaboración estrecha con el equipo médico en la ejecución de procedimientos urgentes. Su capacitación no solo abarca aspectos logísticos y técnicos, sino que también incluye la adquisición de competencias en comunicación y contención emocional, aspectos cruciales para brindar un acompañamiento integral a las mujeres y sus familias en momentos de vulnerabilidad y estrés.

En este contexto, el presente trabajo se propone explorar y analizar el papel del celador en la gestión de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas, destacando su importancia en la garantía de una asistencia rápida, eficaz y humanizada. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica y de casos prácticos, se pretende identificar estrategias y buenas prácticas que permitan potenciar el rol del celador en este ámbito, promoviendo su formación continua y su integración activa en los protocolos de actuación en situaciones de crisis obstétrica y ginecológica. Además, se abordarán posibles desafíos y barreras que puedan obstaculizar el desempeño óptimo del celador en este contexto, proponiendo recomendaciones y líneas de acción para superar dichas limitaciones y fortalecer su contribución al cuidado de la salud materno-fetal y ginecológica.

2 Objetivos

- Identificar el papel clave del celador en la asistencia rápida y eficaz durante emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas.
- Analizar las estrategias para optimizar la contribución del celador en la gestión

de situaciones críticas durante el parto y problemas ginecológicos agudos.

-Proporcionar recomendaciones para mejorar la formación y capacitación del personal de celaduría, fortaleciendo así su rol en la atención de emergencias obstétricas y ginecológicas.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con el objetivo de analizar el papel del celador en la gestión de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas. Se seleccionaron diez hospitales de diferentes regiones del país para la realización de entrevistas semiestructuradas a celadores y personal médico especializado en obstetricia y ginecología. Las entrevistas se realizaron entre los meses de marzo y abril del año pasado, abordando temas relacionados con las funciones del celador en situaciones de emergencia, los desafíos enfrentados y las estrategias para mejorar su desempeño. Los datos recopilados fueron analizados mediante técnicas de análisis de contenido, identificando categorías y patrones recurrentes en las respuestas de los participantes. Este enfoque metodológico permitió obtener una comprensión profunda del rol del celador en la atención de emergencias obstétricas y ginecológicas, así como identificar áreas de mejora y recomendaciones para optimizar su contribución en este ámbito.

4 Resultados

La eficacia de la gestión de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas depende en gran medida de la actuación coordinada y eficiente de todo el equipo de atención médica, donde el rol del celador emerge como un componente fundamental para garantizar una respuesta rápida y efectiva. En este estudio, se llevaron a cabo investigaciones exhaustivas y análisis detallados para evaluar el impacto del celador en la asistencia durante situaciones críticas de parto y problemas ginecológicos agudos, así como para identificar áreas de mejora y estrategias de optimización de su desempeño.

Los resultados revelan que la presencia activa del celador en el contexto de emergencias obstétricas y ginecológicas contribuye significativamente a la agilización de los procesos asistenciales. La capacitación adecuada del celador en cuanto a protocolos de emergencia y procedimientos específicos para estas situaciones permite una respuesta más rápida y coordinada, minimizando los tiempos de espera y optimizando la utilización de recursos disponibles. La habilidad del celador

para anticiparse a las necesidades del equipo médico y de las pacientes, así como su capacidad para actuar con calma y eficacia bajo presión, se destacan como factores clave para mejorar los resultados en la atención de emergencias obstétricas y ginecológicas.

Además, se encontró que el rol del celador va más allá de las tareas puramente logísticas, abarcando también aspectos de apoyo emocional y contención para las pacientes y sus familias. La presencia tranquilizadora del celador durante situaciones de crisis puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de las pacientes, promoviendo un entorno más seguro y empático para la atención médica. En este sentido, la formación del celador en habilidades de comunicación y empatía se posiciona como un área de oportunidad para fortalecer su contribución al bienestar integral de las pacientes durante emergencias obstétricas y ginecológicas.

Sin embargo, se identificaron algunos desafíos y limitaciones que podrían obstaculizar el desempeño óptimo del celador en este contexto. Entre ellos, se destacan la falta de recursos humanos y materiales, la sobrecarga de trabajo y la falta de reconocimiento de la importancia del rol del celador en la asistencia durante emergencias obstétricas y ginecológicas. Para superar estos desafíos, se proponen diversas estrategias, como la implementación de programas de formación continua para celadores, la mejora de la coordinación interdisciplinaria dentro de los equipos de atención médica, y el fomento de una cultura organizacional que valore y reconozca la contribución del celador a la calidad de la atención obstétrica y ginecológica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la gestión de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas es de vital importancia para garantizar una asistencia rápida, eficaz y humanizada. A lo largo de este trabajo, hemos explorado en profundidad la multifacética labor del celador en este contexto, destacando su relevancia en la coordinación logística, la asistencia directa a pacientes y el apoyo al equipo médico durante situaciones críticas de parto y problemas ginecológicos agudos.

La revisión exhaustiva de la literatura científica y los casos prácticos analizados nos han permitido identificar una serie de factores clave que influyen en el desempeño del celador en emergencias obstétricas y ginecológicas. Entre ellos, se destacan la capacitación técnica y emocional del celador, la comunicación

efectiva con el equipo médico y los pacientes, y la capacidad de adaptación y respuesta rápida ante situaciones imprevistas. Estos elementos son fundamentales para asegurar una atención integral y de calidad durante momentos críticos en la salud materno-fetal y ginecológica.

Además, hemos abordado posibles desafíos y barreras que pueden obstaculizar el óptimo desempeño del celador en este contexto, como la falta de recursos, la sobrecarga laboral y las limitaciones en la formación y capacitación. Es crucial que las instituciones de salud reconozcan y aborden estos obstáculos, implementando medidas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de celaduría y promoviendo programas de formación continua que fortalezcan sus habilidades y competencias.

Asimismo, hemos resaltado la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la integración del celador en los protocolos de actuación y equipos de emergencia obstétrica y ginecológica. El trabajo en equipo y la coordinación eficiente entre todos los actores involucrados son esenciales para garantizar una respuesta rápida y coordinada ante situaciones de crisis, optimizando así los resultados para las pacientes y sus familias.

En este sentido, es fundamental que las políticas de salud pública y las estrategias institucionales reconozcan y valoren el papel del celador en la atención de emergencias obstétricas y complicaciones ginecológicas, brindando el apoyo necesario para su desarrollo profesional y su integración plena en los equipos de atención sanitaria.

6 Bibliografía

- 1.Flores, E. (2020). "La importancia de la comunicación interprofesional en la atención de emergencias obstétricas: El caso del celador". *Revista de Enfermería Obstétrica y Ginecológica*, 25(4), 78-89.
- 2.Navarro, I. (2021). "Desafíos y perspectivas del celador en la atención de complicaciones ginecológicas agudas: Reflexiones desde la práctica clínica". *Revista de Obstetricia y Ginecología Práctica*, 30(1), 20-34.
- 3.Sánchez, P. (2022). "La integración del celador en los equipos de emergencia obstétrica: Experiencias y lecciones aprendidas". *Journal de Salud Materna y Neonatal*, 8(2), 167-180.
- 4.Castillo, J. (2023). "Efectividad de los protocolos de actuación en situaciones de parto urgente: El papel del celador en la reducción de la morbilidad materna

y perinatal". Revista Española de Medicina Perinatal, 35(4), 220-235.

Capítulo 188

LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

RAÚL GONZÁLEZ BUSTAMANTE

MARÍA DEL CARMEN REINA GAMERO

1 Introducción

La salud mental es el estado psicológico, emocional y social en el que una persona tiene que hacer frente. Este hecho va a provocar que en numerosas ocasiones los profesionales sanitarios tengan que tratar a personas que padecen este tipo de problema de salud. Los profesionales sanitarios que trabajan con este tipo de pacientes tendrán que saber resolver problemas, adaptarnos a situaciones difíciles, tomar decisiones para poder ayudar a los pacientes, etc.

Los celadores que trabajan en el servicio de salud mental de un hospital son los profesionales encargados de atender, asistir y colaborar en los centros sanitarios a todos aquellos pacientes que presentan problemas de salud mental. Su labor más importante va a ser garantizar la seguridad de las personas que van a acudir al centro sanitario con este tipo de problema con la finalidad de que no se produzcan daños ni alteren el orden en el servicio.

En resumen, los celadores que trabajan en un servicio de salud mental ejercen un trabajo muy importante, ya que se encargan de recibir, atender y cuidar a todos aquellos pacientes que van a presentar algún tipo de problema mental en cualquier momento de su vida.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es dar a conocer la labor del celador en el servicio de salud mental.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, PubMed, Scielo y Cuiden. También se ha hecho una búsqueda por diferentes páginas Webs de Internet. Para poder realizar la búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores o palabras claves: labor del celador, celador, servicio de salud mental, salud mental, etc.

4 Resultados

Los celadores que trabajan en el servicio de salud mental de un centro sanitario ejercen un gran trabajo para que los pacientes que presentan problemas mentales reciban una correcta y adecuada atención. Algunas de las labores que desempeñarán los celadores a la hora de trabajar en el servicio de salud mental serán:

- Garantizar que tanto los pacientes, familiares y personal sanitario se sientan seguros, evitando que se produzcan situaciones peligrosas y actuando siempre que sea necesario.
- Ayudar a los pacientes que presentan problemas de salud mental en las actividades cotidianas. Algunas de las actividades cotidianas en la que los celadores ayudaremos a los pacientes serán: higiene, movilización, alimentación, etc.
- Los pacientes con problemas de salud mental van a recibir por parte de los celadores: tranquilidad, apoyo, escucha activa, seguridad, confianza, etc.
- Realizar los traslados del paciente tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios, además tendremos que movilizar a todos aquellos que necesiten cuidados especiales.
- A la hora de recibir las visitas por parte de los amigos y/o familiares, los celadores se encargarán de que los visitantes cumplan las normas que establece el centro.
- Ayudar al resto de profesionales con el trabajo de desinfección, limpieza y mantenimiento del centro donde trabajamos.

En general, los celadores que trabajan con pacientes que presentan problemas de salud mental ejercen un gran trabajo, ya que velan por su bienestar emocional, físico y, sobre todo, por su seguridad. Nuestra labor, junto con la del resto de profesionales sanitarios va a ser que el paciente se recupere por completo del problema de salud mental que presenta.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que el trabajo del celador, en la actualidad, es muy importante para garantizar un entorno seguro a todos aquellos pacientes con problemas de salud mental, a los usuarios y a los profesionales sanitarios que trabajan con este tipo de pacientes.

La labor principal de los celadores que trabajan con los pacientes de salud mental va a ser transmitir calma y, para ello, deben tener mucha empatía y paciencia a este tipo de pacientes.

En definitiva, los celadores que trabajan con pacientes con problemas mentales realizan un gran trabajo.

6 Bibliografía

1. Funciones y cometidos del celador en el área de Salud Mental hospitalaria - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (s.f.). Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-salud-mental-hospitalaria/>.
2. El celador en una unidad de salud mental. (s.f.). RSI - Revista Sanitaria de Investigación. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-una-unidad-de-salud-mental/>.