XXXV LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXV Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

XXXV Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

Fecha de publicación: 26 de junio de 2025

1º Edición

© CienciaSanitaria.es, 2020

© De los textos: sus autores

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

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

ISBN: 979-13-87626-37-2

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1 HEMOPTISIS AMENAZANTE EN EL PACIENTE CON CÁNCER EN FINAL DE VIDA
LEIRE PÉREZ RICARTE 1

2 IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DEL LÍQUIDO SINOVIAL EN EL ABORDAJE CLÍNICO-RÁPIDO
SARA RUBIO LANCHAS 7

3 ESCROTO AGUDO: ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN URGENCIAS
CONSUELO MORENO PRIETO, KATIA QUINTANA REYES, TATIANA SHITYEVA LOBODA Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE 13

4 MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS: EVALUACIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUALIZADO
CONSUELO MORENO PRIETO, KATIA QUINTANA REYES, TATIANA SHITYEVA LOBODA Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE 19

5 MANEJO DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS EN URGENCIAS: EVALUACIÓN INMEDIATA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUALIZADO
CONSUELO MORENO PRIETO, KATIA QUINTANA REYES, TATIANA SHITYEVA LOBODA Y FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE 25

6 SÍNDROME DE KOUNIS: UN CASO DE INFARTO ALÉRGICO
LORENA GARCÍA SANGÜESA 31

7 CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LOS EFECTOS ADVERSOS SECUNDARIOS AL EMPLEO DE SALES DE CIRCONIO
ÁLVARO CADENAS MANCEÑIDO 35

8 **LA IMPORTANCIA DE VALORAR ADECUADAMENTE ”LOS MAREOS”**
LUCÍA MOLINA CAMPOS, JORGE DÍAZ PIÑEIRO, DELAIRA MALÍA GARCÍA MENÉNDEZ, CRISTINA JORQUERA GONZÁLEZ Y VERONICA BLANCO MORILLA **41**

9 **EL EDEMA OCULAR: DIFERENCIAR LOS TIPOS DE CELULITIS ORBITARIA**
VERONICA BLANCO MORILLA, CRISTINA JORQUERA GONZÁLEZ, JORGE DÍAZ PIÑEIRO, LUCÍA MOLINA CAMPOS Y DELAIRA MALÍA GARCÍA MENÉNDEZ **47**

10 **EL PERSONAL MÉDICO EN EL HELICÓPTERO MEDICALIZADO**
CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES, WILSON VILLARROEL LEDEZMA, GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ Y MARTHA MARTINEZ ARAUJO **51**

11 **EL PERSONAL MÉDICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES, WILSON VILLARROEL LEDEZMA, GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ Y MARTHA MARTINEZ ARAUJO **55**

12 **EL PERSONAL MÉDICO ANTE LA HISTIOCITOSIS CUTÁNEA**
CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES, WILSON VILLARROEL LEDEZMA, GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ Y MARTHA MARTINEZ ARAUJO **59**

13 **DIAGNÓSTICO PRECOZ DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR ENDOCARDITIS MEDIANTE EL EMPLEO DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL**
BELEN CIFUENTES GARCÍA Y JUAN JOSÉ TORTAJADA SOLER **63**

14 **HIPERTERMIA MALIGNA: REVISIÓN ACTUALIZADA Y ENFOQUE CLÍNICO INTEGRAL**
JUAN JOSÉ TORTAJADA SOLER Y BELEN CIFUENTES GARCÍA **67**

15 **NO TODA CEFALEA ES UNA MIGRAÑA**
MARTHA MARÍA ROSARIO ANTIGUA **73**

16 LINFOMA GÁSTRICO
ANDREA GONZÁLEZ PASCUAL 77

17 MANEJO DEL LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA: EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL ENFERMERO EN LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA
MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ, MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS, MARTA GONZALO MARTIN, LAURA GRONARD GRUPELI Y BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO 81

18 INSERCIÓN DE CATÉTERES PARA QUIMIOTERAPIA: UN PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA BAJO CRITERIOS DE SEGURIDAD CLÍNICA
MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ, MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS, MARTA GONZALO MARTIN, LAURA GRONARD GRUPELI Y BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO 85

19 LA ENFERMERÍA EN REALIZACIÓN DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: TÉCNICA, CONTROL RESPIRATORIO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ, MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS, MARTA GONZALO MARTIN, LAURA GRONARD GRUPELI Y BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO 89

20 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE ENCAMADO: TÉCNICAS Y BENEFICIOS CLÍNICOS EN HOSPITALIZACIÓN
ANA MORENO JIMÉNEZ, CRISTINA DÍAZ DÍAZ, LUCIA ARROYO BUITRAGO, MARÍA DE LOS ÁNGELES PARDO GALÁN Y LIDIA PIZARRO LÓPEZ 93

21 ROL DEL ENFERMERO EN EL CONTROL DE GLUCEMIAS CAPILARES EN UNIDADES HOSPITALARIAS: PROCEDIMIENTO, REGISTRO Y SEGUIMIENTO
CRISTINA DÍAZ DÍAZ, ANA MORENO JIMÉNEZ, LUCIA ARROYO BUITRAGO, MARÍA DE LOS ÁNGELES PARDO GALÁN Y LIDIA PIZARRO LÓPEZ 99

22 CRISIS TIROTÓXICA O TORMENTA TIROIDEA
PABLO ÁLVAREZ GARCÍA 105

23 MANEJO DE SEDACIÓN Y CUIDADOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA: PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA
IJAN RODRIGUEZ DE LEON 109

24 CUIDADOS ENFERMEROS EN UNIDADES DE QUEMADOS: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE
JAVIER SAAVEDRA MARICHAL 113

25 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO
MARTA NUEZ LUQUE 117

26 ACTUACIÓN INMEDIATA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
MARIA JIMENEZ NAVARRO, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, VIRGINIA ZARZA BELDA, SARA PEREZ CABET Y JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ 121

27 ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA O SHOCK ANAFILÁCTICO
MARIA JIMENEZ NAVARRO, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, VIRGINIA ZARZA BELDA, SARA PEREZ CABET Y JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ 127

28 CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN GRANDES QUEMADOS
MARIA JIMENEZ NAVARRO, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, VIRGINIA ZARZA BELDA, SARA PEREZ CABET Y JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ 133

29 APLICACIÓN DE ESCALAS FUNCIONALES EN GERIATRÍA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN CLÍNICA
BARBARA CRUZ ARNEDO, MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ANA MAGDALENA BAGHIU, ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ Y ALBA ARENAS AGUILAR 141

30 **PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN CIRUGÍA**
BARBARA CRUZ ARNEDO, MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ANA MAGDALENA BAGHIU, ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ Y ALBA ARENAS AGUILAR 147

31 **ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL**
BARBARA CRUZ ARNEDO, MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ANA MAGDALENA BAGHIU, ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ Y ALBA ARENAS AGUILAR 153

32 **FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS GUARDIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: URGENCIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**
ADRIANA BRANET, PATRICIA ALGARRA GUIJARRO, GUILLERMO ESTEBAN PÉREZ Y ESTHER RAMÍREZ DOMÍNGUEZ 159

33 **ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS**
LUCIA PASTOR MARCILLA, VANESSA LÓPEZ MUÑOZ Y NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO 165

34 **FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE HEMATOLOGÍA**
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, PABLO ZÚÑIGA ROMERO, ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA, ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN Y SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES 169

35 **FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE ONCOLOGÍA**
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, PABLO ZÚÑIGA ROMERO, ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA, ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN Y SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES 173

36 **FUNCIONES DE LOS ENFERMEROS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, PABLO ZÚÑIGA ROMERO, ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA, ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN Y SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES 177

37 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL BALÓN DE BAKRI EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**
MARIA SALINAS BARIAIN **181**

38 **TAREAS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL DE DÍA**
PATRICIA ALGARRA GUIJARRO, ADRIANA BRANET, ESTHER RAMÍREZ DOMÍNGUEZ Y GUILLERMO ESTEBAN PÉREZ **189**

39 **ABORDAJE ENFERMERO EN LA RETIRADA PROGRESIVA DEL SOPORTE VENTILATORIO**
ALEJANDRA RAMOS CARBALLO, BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO, PATRICIA PÉREZ ELIPE, MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ Y MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ **195**

40 **APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL POR ENFERMERÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**
ALEJANDRA RAMOS CARBALLO, BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO, PATRICIA PÉREZ ELIPE, MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ Y MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ **201**

41 **ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA CANALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES**
ALEJANDRA RAMOS CARBALLO, BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO, PATRICIA PÉREZ ELIPE, MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ Y MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ **207**

42 **ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS**
SARA SÁNCHEZ PRIETO, DIEGO GONZALEZ ARROYO, IRENE JUÁREZ MUÑOZ, TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO Y ELENA ORTIZ LÓPEZ **213**

43 **ENFERMERÍA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA**
SARA SÁNCHEZ PRIETO, DIEGO GONZALEZ ARROYO, IRENE JUÁREZ MUÑOZ, TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO Y ELENA ORTIZ LÓPEZ **217**

44 ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURAS GRAVES
SARA SÁNCHEZ PRIETO, DIEGO GONZALEZ ARROYO, IRENE JUÁREZ MUÑOZ, TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO Y ELENA ORTIZ LÓPEZ 223

45 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK HEMORRÁGICO
VANESSA LÓPEZ MUÑOZ, LUCIA PASTOR MARCILLA Y NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO 227

46 ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ACTUACIÓN Y PROTOCOLOS
NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO, LUCIA PASTOR MARCILLA Y VANESSA LÓPEZ MUÑOZ 231

47 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS Y CENTRALES
ALEJANDRA DEL CAMINO PÉREZ ROBERT, SARA DÍAZ ÁNGEL, RAQUEL ELVIRA MARTÍN MUÑOZ Y CATALINA ARDELEAN 237

48 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS: APLICACIÓN DEL TRIAGE SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD CLÍNICA
ALEJANDRA DEL CAMINO PÉREZ ROBERT, SARA DÍAZ ÁNGEL, RAQUEL ELVIRA MARTÍN MUÑOZ Y CATALINA ARDELEAN 243

49 ROL DE ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN PRECOZ ANTE LA SEPSIS EN SERVICIOS DE URGENCIAS RURALES
JESSICA FERNÁNDEZ PACIO, MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ Y JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ 249

50 CAPACITACIÓN ENFERMERA PARA LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN CRISIS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ, JESSICA FERNÁNDEZ PACIO Y JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ 253

51 **PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL SOPORTE VITAL AVANZADO ANTE EL TRAUMA GRAVE**
MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA, SILVIA PARREÑO ARENAS, TRIANA PEÑALVER GARCÍA Y IRENE MORA RODRÍGUEZ 257

52 **ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EMERGENCIAS EN ZONAS MONTAÑOSAS Y DE DIFÍCIL ACCESO**
JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ, JESSICA FERNÁNDEZ PACIO Y MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ 261

53 **ACCESO VENOSO PERIFÉRICO GUIADO CON ECOGRAFÍA**
MARTA SANTAMARIA MAÑE Y MARTA BARRICART IBÁÑEZ 265

54 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO**
ESTHER CALERA LUCAS, CLARA VALERO IRAOLA, BEATRIZ CORROTO GARCÍA, ALICIA CALERA LUCAS Y JULIA NAVALON TARRAGA 269

55 **LA ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO**
ESTHER CALERA LUCAS, CLARA VALERO IRAOLA, BEATRIZ CORROTO GARCÍA, ALICIA CALERA LUCAS Y JULIA NAVALON TARRAGA 273

56 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON CELULITIS INFECCIOSA**
ESTHER CALERA LUCAS, CLARA VALERO IRAOLA, BEATRIZ CORROTO GARCÍA, ALICIA CALERA LUCAS Y JULIA NAVALON TARRAGA 277

57 **EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN SERVICIOS DE URGENCIAS: REVISIÓN NARRATIVA**
NEREA PULGAR MUÑOZ, DIEGO BARATAS DELGADO, SARA CORROTO BRAVO, IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MARINA MARISCAL CRISTÓBAL 281

58 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON SEPSIS: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS DESENLACES CLÍNICOS
NEREA PULGAR MUÑOZ, DIEGO BARATAS DELGADO, SARA CORROTO BRAVO, IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MARINA MARISCAL CRISTÓBAL 287

59 ENFERMERÍA EN EL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO: SEGUIMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS
MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ, MARÍA NAVARRO ALMENDROS, NEREA CASAS COLLADO Y IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA 293

60 ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO PONDERAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
NEREA CASAS COLLADO, IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA, MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ Y MARÍA NAVARRO ALMENDROS 299

61 ENFERMERÍA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES
IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA, MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ, MARÍA NAVARRO ALMENDROS Y NEREA CASAS COLLADO 305

62 CUIDADOS ENFERMEROS EN LA SEPSIS PEDIÁTRICA: ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO EN UNIDADES DE URGENCIAS
SARA CORROTO BRAVO, IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MARINA MARISCAL CRISTÓBAL, NEREA PULGAR MUÑOZ Y DIEGO BARATAS DELGADO 311

63 PRESCRIPCIÓN SEGURA EN ATENCIÓN COMUNITARIA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR RIESGOS DE POLIFARMACIA
RAQUEL FELIPE DE MIGUEL, ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES, PAULA GARCÍA CABALLERO Y EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ 315

64 MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) EN ATENCIÓN COMUNITARIA: ROL CLÍNICO DE LA ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN PRECOZ
ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES, PAULA GARCÍA CABALLERO, EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ Y RAQUEL FELIPE DE MIGUEL 321

65 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN, DISLIPIDEMIA Y RIESGO CORONARIO
ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES, PAULA GARCÍA CABALLERO, EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ Y RAQUEL FELIPE DE MIGUEL 327

66 EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS: LA GASTROENTERITIS AGUDA (GEA)
JUDITH PUERTAS MOLINA, MARTA MOLINA GONZÁLEZ, MARÍA CORONADO GARCÍA Y SUSANA SANCHEZ GALLEGO 333

67 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ICTUS ISQUÉMICO: CÓDIGO ICTUS Y MANEJO INICIAL
SILVIA PARREÑO ARENAS, TRIANA PEÑALVER GARCÍA, MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA Y IRENE MORA RODRÍGUEZ 339

68 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SEPSIS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO
IRENE MORA RODRÍGUEZ, SILVIA PARREÑO ARENAS, MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA Y TRIANA PEÑALVER GARCÍA 343

69 EL PAPEL DEL TCAE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA
MARIA BEGOÑA PECO MOLINA, CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ, LOURDES ELBAR SALCEDO Y RAQUEL SOANES BUITRAGO 349

70 TAREAS Y OBJETIVOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA
LOURDES ELBAR SALCEDO, CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ, RAQUEL SOANES BUITRAGO Y MARIA BEGOÑA PECO MOLINA 355

71 **MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES: HERRAMIENTAS Y PROTOCOLOS**
RAQUEL SOANES BUITRAGO, CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ, LOURDES ELBAR SALCEDO Y MARIA BEGOÑA PECO MOLINA **359**

72 **INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DEL TCAE EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
CECILIA MEANA SUÁREZ **363**

73 **COLABORACIÓN DEL TCAE EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**
VALENTÍN GALAN DURAN, LAURA ESTEBAN AGUADO, MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO, NATALIA LÓPEZ MARTÍN Y LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ **371**

74 **APOYO DEL TCAE EN ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS**
LAURA ESTEBAN AGUADO, VALENTÍN GALAN DURAN, MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO, NATALIA LÓPEZ MARTÍN Y LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ **375**

75 **CUIDADOS DEL TCAE EN EL PACIENTE DIABÉTICO**
NATALIA LÓPEZ MARTÍN, LAURA ESTEBAN AGUADO, VALENTÍN GALAN DURAN, LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ Y MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO **379**

76 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS**
LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ, NATALIA LÓPEZ MARTÍN, MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO, LAURA ESTEBAN AGUADO Y VALENTÍN GALAN DURAN **383**

77 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL**
EMILIA CITA CAMACHO, CEZARINA IONELA ANTON, MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS, ANA RODRÍGUEZ BAZAGA Y GUADALUPE GARCÍA MARTÍN **389**

78 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN A PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA
EMILIA CITA CAMACHO, CEZARINA IONELA ANTON, MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS, ANA RODRÍGUEZ BAZAGA Y GUADALUPE GARCÍA MARTÍN 395

79 PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN A PACIENTES DEPENDIENTES TRAS CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA
EMILIA CITA CAMACHO, CEZARINA IONELA ANTON, MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS, ANA RODRÍGUEZ BAZAGA Y GUADALUPE GARCÍA MARTÍN 401

80 EL TCAE EN FARMACIA HOSPITALARIA
ASTURIA AQUINO VILLAR 407

81 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA HOSPITALARIA
CRISTINA GONZÁLEZ VELA, MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN, MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO, ESTELA FLORES VILLALBA Y MARIAN LLAMAS POVEDA 411

82 EL CORAZÓN DEL CUIDADO: EL ROL DEL TCAE EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO
MARIA FLORES ESCUDERO 415

83 MANEJO INICIAL DE PACIENTES EN SHOCK: IDENTIFICACIÓN Y ASISTENCIA
JOSE MANUEL GARCIA AYUSO, EVANGELINA MORATILLA DIONISIO Y FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ 421

84 ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: COLABORACIÓN DEL AUXILIAR CON EL EQUIPO MÉDICO
EVANGELINA MORATILLA DIONISIO, FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ Y JOSE MANUEL GARCIA AYUSO 427

85 URGENCIAS RESPIRATORIAS: CÓMO ASISTIR EN CRISIS ASMÁTICAS Y PROBLEMAS PULMONARES
FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ, JOSE MANUEL GARCIA AYUSO Y EVANGELINA MORATILLA DIONISIO **433**

86 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CRISTINA GONZÁLEZ VELA, MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN, MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO, ESTELA FLORES VILLALBA Y MARIAN LLAMAS POVEDA **439**

87 PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS
VANESSA ACERO PEREZ, CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ, ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN, VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA Y NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR **443**

88 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS
VANESSA ACERO PEREZ, CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ, ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN, VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA Y NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR **447**

89 ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y SU FUNCIONAMIENTO EFECTIVO DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
VANESSA ACERO PEREZ, CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ, ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN, VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA Y NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR **451**

90 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD
CRISTINA GONZÁLEZ VELA, MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN, MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO, ESTELA FLORES VILLALBA Y MARIAN LLAMAS POVEDA **455**

91 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY, YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ, DAVID MARTÍN BRAVO, ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS Y MARÍA HARO JIMÉNEZ **459**

92 RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO
DAVID MARTÍN BRAVO, YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ, VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY, ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS Y MARÍA HARO JIMÉNEZ **465**

93 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ, VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY, DAVID MARTÍN BRAVO, ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS Y MARÍA HARO JIMÉNEZ **469**

94 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
MARÍA HARO JIMÉNEZ, YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ, VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY, DAVID MARTÍN BRAVO Y ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS **475**

95 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO PALIATIVO HOSPITALARIO
ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS, MARÍA HARO JIMÉNEZ, DAVID MARTÍN BRAVO, VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY Y YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ **481**

96 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS, VIRGINIA NEGRILLO MORENO, SONIA MARTÍNEZ ROMERO Y CRISTINA MOROTE TERCERO **487**

97 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA
RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS, VIRGINIA NEGRILLO MORENO, SONIA MARTÍNEZ ROMERO Y CRISTINA MOROTE TERCERO 491

98 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN TRIAJE
RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS, VIRGINIA NEGRILLO MORENO, SONIA MARTÍNEZ ROMERO Y CRISTINA MOROTE TERCERO 495

99 CONTROL DE SIGNOS VITALES: PRECISIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES POR TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE)
DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ, GUADALUPE CORDERO SOLIS, ALICIA FUENTES BOLASELL, JENNIFER SANTOS FELIPE Y MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS 499

100 COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
ALICIA FUENTES BOLASELL, JENNIFER SANTOS FELIPE, MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS, DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ Y GUADALUPE CORDERO SOLIS 503

101 AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: FUNCIONES Y COMPETENCIAS
GUADALUPE CORDERO SOLIS, ALICIA FUENTES BOLASELL, JENNIFER SANTOS FELIPE, MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS Y DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ 507

102 FISIOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA
DAVID ZARDOYA SANTOS 511

103 FISIOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS): REVISIÓN NARRATIVA
AINHOA MAGUREGUI 515

104 EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN PROLAPSOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA
NEUS TOMÁS TARONCHER, ANA LASERNA BELENGUER, JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SOLER BATALLER Y MARÍA INMACULADA YAGO ROSA 521

105 FISIOTERAPIA EN REHABILITACIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO TRAS LA RETIRADA DEL CABESTRILLO
MARÍA INMACULADA YAGO ROSA, NEUS TOMÁS TARONCHER, MARIA TERESA SOLER BATALLER, JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ Y ANA LASERNA BELENGUER 529

106 BENEFICIO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: REVISIÓN SISTEMÁTICA
JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ, MARIA TERESA SOLER BATALLER, ANA LASERNA BELENGUER, NEUS TOMÁS TARONCHER Y MARÍA INMACULADA YAGO ROSA 535

107 MANEJO FISIOTERAPÉUTICO URGENTE DE UNA LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO EN UN PACIENTE JOVEN DEPORTISTA: UN CASO CLÍNICO
LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ, YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA, ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS Y LAURA GARCÍA PÉREZ 539

108 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA TEMPRANA EN PACIENTES CON ESGUINCE DE TOBILLO GRADO II ATENDIDOS EN URGENCIAS MÉDICAS: UN ESTUDIO PILOTO
LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ, ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS, YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA Y LAURA GARCÍA PÉREZ 547

109 EL ROL DE LA FISIOTERAPIA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ, ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS, LAURA GARCÍA PÉREZ Y YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA 555

110 ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO CONTAGIOSAS E IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO
LAURA PERTIERRA SUÁREZ 563

111 PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE SANGRE EN LABORATORIO CLÍNICO: ROL DEL TÉCNICO EN LABORATORIO
ITSASO ALONSO ALBISTUR, MARTA RUIZ DIAZ, ANA AURORA LÓPEZ RICOTE, LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO Y ELENA SANZ GIL 567

112 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA PREPARACIÓN DE PLASMA Y CRIOPRECIPITADO PARA USO CLÍNICO
CRISTINA VICENTE CAPA, CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL, NOELIA FLORES MARTÍNEZ, MARÍA SANDRA TORRES CAMINO Y IRENE BUENDIA MONTES 573

113 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA TIPIFICACIÓN DEL ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DE BAJA RESOLUCIÓN PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
NOELIA FLORES MARTÍNEZ, CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL, CRISTINA VICENTE CAPA, MARÍA SANDRA TORRES CAMINO Y IRENE BUENDIA MONTES 577

114 MANEJO DE INCIDENTES TRANSFUSIONALES: PAPEL DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN LA DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE REACCIONES ADVERSAS
CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL, NOELIA FLORES MARTÍNEZ, MARÍA SANDRA TORRES CAMINO, IRENE BUENDIA MONTES Y CRISTINA VICENTE CAPA 583

115 FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL ESTUDIO DE LA ANEMIA DE BLACKFAN-DIAMOND: DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN LA ERITROPOYESIS
IRENE BUENDIA MONTES, CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL, NOELIA FLORES MARTÍNEZ, CRISTINA VICENTE CAPA Y MARÍA SANDRA TORRES CAMINO 587

116 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA VALIDACIÓN DE PROCESOS DE INACTIVACIÓN VÍRICA EN HEMODERIVADOS
MARÍA SANDRA TORRES CAMINO, CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL, NOELIA FLORES MARTÍNEZ, CRISTINA VICENTE CAPA Y IRENE BUENDIA MONTES **593**

117 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN EL ANÁLISIS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS: LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, ASCÍTICO Y SINOVIAL
ANA AURORA LÓPEZ RICOTE, MARTA RUIZ DIAZ, LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO, ITSASO ALONSO ALBISTUR Y ELENA SANZ GIL **597**

118 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN EL ESTUDIO DE MARCADORES TUMORALES
ELENA SANZ GIL, MARTA RUIZ DIAZ, ANA AURORA LÓPEZ RICOTE, LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO Y ITSASO ALONSO ALBISTUR **601**

119 EL PROFESIONAL DE TÉCNICO EN LABORATORIO Y SU ACTUACIÓN SOBRE LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG)
LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO, MARTA RUIZ DIAZ, NOELIA FLORES MARTÍNEZ, ITSASO ALONSO ALBISTUR Y ELENA SANZ GIL **605**

120 ROL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN PACIENTES CON BRUXISMO: IDENTIFICACIÓN, EDUCACIÓN Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS PREVENTIVOS
JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ, MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ, MANUELA ALARCON GONZALEZ, DIANA ANCUTA GREC HODEA Y VICTORIA GUERREROS SÁENZ **609**

121 PAPEL DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL MANTENIMIENTO PERIODONTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS CRÓNICAS
VICTORIA GUERREROS SÁENZ, MANUELA ALARCON GONZALEZ, MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ, DIANA ANCUTA GREC HODEA Y JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ **613**

122 FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL
VICTORIA GUERREROS SÁENZ, MANUELA ALARCON GONZALEZ, MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ, DIANA ANCUTA GREC HODEA Y JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ 617

123 INTERVENCIÓN DEL HIGIENISTA DENTAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE: ESTRATEGIAS DE ALIVIO, SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN AL PACIENTE
JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ 621

124 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN PROCEDIMIENTOS DE RADIOEMBOLIZACIÓN Y TERAPIA METABÓLICA
MARTA GALLEGO SARMIENTO 627

125 IMPACTO DE LA DIGITALIZACIÓN EN LAS TAREAS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN CENTROS HOSPITALARIOS
HERMINIA LOPEZ RAMIREZ, NOELIA TURPIN MONTEJANO, MARIA LUISA SICILIA HERRANZ, JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ Y Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO 631

126 ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN UNIDADES DE URGENCIAS
HERMINIA LOPEZ RAMIREZ, NOELIA TURPIN MONTEJANO, MARIA LUISA SICILIA HERRANZ, JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ Y Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO 635

127 EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
HERMINIA LOPEZ RAMIREZ, NOELIA TURPIN MONTEJANO, MARIA LUISA SICILIA HERRANZ, JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ Y Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO 639

128 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA
MARIA JESÚS FERNANDEZ-PACHECO BUENASMAÑANAS 643

129 EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: COMUNICACIÓN Y CONSEJO AL PACIENTE EN LA FARMACIA HOSPITALARIA
BELÉN GÓMEZ MEGÍAS, MARIA PILAR PEREZ TARRAGA, MARIA BERNABE GOMEZ Y CAROLINA GARCIA LOPEZ 647

130 CADENA DEL MEDICAMENTO: FABRICACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN
BELÉN GÓMEZ MEGÍAS, MARIA PILAR PEREZ TARRAGA, MARIA BERNABE GOMEZ Y CAROLINA GARCIA LOPEZ 651

131 TÉCNICAS RÁPIDAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN MICROBIOLOGÍA CLÍNICA: APORTES DEL TÉCNICO DE LABORATORIO
MARTA RUIZ DIAZ, ANA AURORA LÓPEZ RICOTE, LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO, ITSASO ALONSO ALBISTUR Y ELENA SANZ GIL 655

132 EL PAPEL DEL TCAE Y DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE
MIGUEL ÁNGEL BARRIGA CASTILLO Y SHEILA SEREN FAMILIAR 659

133 FUNCIONES DEL CELADOR RELATIVAS AL CUIDADO DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO
PEDRO JOSÉ BENITO GREGORIO, MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA, ADRIÁN JIMENO PATÓN, MARÍA DEL PRADO SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y LAURA MATEOS MORENO 663

134 GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA
JAVIER LOPEZ GARCIA, LUCÍA MOLERO YUSTE, CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS Y SONIA ORTIZ ORTIZ 667

135 **EL USO DE APLICACIONES INFORMÁTICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS, JAVIER LOPEZ GARCIA, LUCÍA MOLERO YUSTE Y SONIA ORTIZ ORTIZ **671**

136 **FUNCIONES DEL PINCHE HOSPITALARIO EN LA ELABORACIÓN DE PLATOS FRÍOS Y ACOMPAÑAMIENTOS**
MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA, ISABEL TORRIJOS DE BLAS, YESSICA GIL CHAMORRO, PRADO ROBLEDO DIAZ Y ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR **677**

137 **LAS COMPETENCIAS DEL PINCHE DE COCINA EN LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES**
MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA, ISABEL TORRIJOS DE BLAS, YESSICA GIL CHAMORRO, PRADO ROBLEDO DIAZ Y ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR **683**

138 **CONTROL DE RESIDUOS Y RECICLAJE EN COCINAS HOSPITALARIAS: FUNCIONES ASIGNADAS AL PINCHE**
MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA, ISABEL TORRIJOS DE BLAS, YESSICA GIL CHAMORRO, PRADO ROBLEDO DIAZ Y ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR **689**

139 **PARTICIPACIÓN DEL CELADOR EN VIGILANCIA DE PACIENTES EN ZONAS DE ESPERA DE DIAGNÓSTICO**
JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS, JOSÉ VICENTE VALLEJO, JESUS DE GREGORIO MUÑOZ, FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA Y GERMÁN HERREROS LOPEZ **695**

140 **FUNCIONES DEL CELADOR EN TRASLADO INTERNO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA CERRADA Y SELLADA**
JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS, JOSÉ VICENTE VALLEJO, JESUS DE GREGORIO MUÑOZ, FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA Y GERMÁN HERREROS LOPEZ **699**

141 COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LOGÍSTICA DE ROTACIÓN DE CAMILLAS ENTRE SERVICIOS CENTRALES
JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS, JOSÉ VICENTE VALLEJO, JESUS DE GREGORIO MUÑOZ, FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA Y GERMÁN HERREROS LOPEZ 703

142 UNIDADES DE URGENCIAS
MADALINA LUMINITA LABES 707

143 PRIMEROS AUXILIOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO: PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
ADRIAN SIERRA ROZADA Y ALVARO LOPEZ PRIDA 711

144 EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE ACCIDENTES O EMERGENCIAS EN CENTROS HOSPITALARIOS
ADRIAN SIERRA ROZADA Y ALVARO LOPEZ PRIDA 715

145 EL CELADOR Y LAS OBSERVACIONES SOBRE EL SISTEMA TEGUMENTARIO
LOUBNA BENHADDOU CHAMLAL 719

146 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE INGRESOS PROGRAMADOS DE PACIENTES
VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ, MARÍA LÓPEZ LUDEÑA, RAQUEL ALGORA VALERO, JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ Y LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ 723

147 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO ANTE QUEJAS Y RECLAMACIONES POR PARTE DE PACIENTES
VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ, MARÍA LÓPEZ LUDEÑA, RAQUEL ALGORA VALERO, JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ Y LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ 727

148 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE TRASLADOS DE PACIENTES
VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ, MARÍA LÓPEZ LUDEÑA, RAQUEL ALGORA VALERO, JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ Y LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ 731

149 **EL TRABAJO DEL CELADOR CON LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**
JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ, PILAR LOPEZ MARTIN, ALVARO FERNANDEZ SERRANO, MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO Y MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ **735**

150 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES**
JAVIER BUENDIA HERNAN, MARTA BORRALLO RINCÓN, MIREYA RUIZ GÓMEZ, CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO Y FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL **741**

151 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS TRASLADOS QUE SE REALIZAN DENTRO DEL HOSPITAL**
JAVIER BUENDIA HERNAN, MARTA BORRALLO RINCÓN, MIREYA RUIZ GÓMEZ, CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO Y FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL **745**

152 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ELEMENTO ESENCIAL PARA LA GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**
JAVIER BUENDIA HERNAN, MARTA BORRALLO RINCÓN, MIREYA RUIZ GÓMEZ, CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO Y FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL **749**

153 **CODIFICACIÓN CLÍNICA DE PROCEDIMIENTOS Y DIAGNÓSTICOS REALIZADA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS**
MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, PAULA LARREA AGUILAR, RAQUEL MARTÍNEZ MORALES Y RAUL JESUS GARCÍA POZA **753**

154 **TRAZABILIDAD Y ANÁLISIS DE INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS**
RAQUEL MARTÍNEZ MORALES, RAUL JESUS GARCÍA POZA, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS Y PAULA LARREA AGUILAR **761**

155 **UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN Y BASES DE DATOS SANITARIAS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS**
RAUL JESUS GARCÍA POZA, MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS, PAULA LARREA AGUILAR Y RAQUEL MARTÍNEZ MORALES **769**

156 **CONTROL DE CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS**
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, JESÚS VALIENTE PONCE, SOFIA LAIN MUÑOZ Y DAVID PULIDO PARRA **777**

157 **SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CODIFICACIÓN CLÍNICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS**
SOFIA LAIN MUÑOZ, DAVID PULIDO PARRA, GLORIA MARÍA MORENO GALAN Y JESÚS VALIENTE PONCE **785**

158 **TAREAS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS EN LA IMPLANTACIÓN DE PROYECTOS DE CODIFICACIÓN AUTOMATIZADA Y PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL**
DAVID PULIDO PARRA, GLORIA MARÍA MORENO GALAN, JESÚS VALIENTE PONCE Y SOFIA LAIN MUÑOZ **793**

159 **INTERVENCIÓN EN EVACUACIONES HOSPITALARIAS DURANTE EMERGENCIAS**
BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO, BEATRIZ RAMOS LORENZO Y LORENA SALGADO LÓPEZ **801**

160 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIONES CRÍTICAS**
LORENA SALGADO LÓPEZ, BEATRIZ RAMOS LORENZO Y BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO **807**

161 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA: CUIDADOS Y MANEJO ADECUADO
MARÍA DEL PRADO SÁNCHEZ SÁNCHEZ, PEDRO JOSÉ BENITO GREGORIO, MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA, ADRIÁN JIMENO PATÓN Y LAURA MATEOS MORENO **811**

162 ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO: TIPOS Y MÉTODOS DE EXTINCIÓN
ANA BELÉN CIFUENTES PRESOL, LUCIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ, LUCIA RODRÍGUEZ VIÑA, SARA CERRA FERNÁNDEZ Y FRANCISCO GONZALEZ VEGA **815**

163 COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE PERSONAL
LUCÍA MOLERO YUSTE, JAVIER LOPEZ GARCIA, SONIA ORTIZ ORTIZ Y CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS **823**

164 FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS. CENTROS ESPECIALIZADOS
JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO, LOURDES OLIVARES NOHEDA Y MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO **829**

165 EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN
JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO, LOURDES OLIVARES NOHEDA Y MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO **835**

166 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO, LOURDES OLIVARES NOHEDA Y MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO **841**

167 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO
IVÁN CALVO CIPRÉS **847**

168 INTERVENCIONES DESDE TERAPIA OCUPACIONAL BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS MAYORES
LAURA LÓPEZ VARGAS, MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA Y Mª LUZ MATAS FERNANDEZ 851

169 NINTENDO WII COMO MÉTODO TERAPÉUTICO EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA MEJORA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL
LAURA LÓPEZ VARGAS, MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA Y Mª LUZ MATAS FERNANDEZ 855

170 EL ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: ESTRATEGIAS FUNCIONALES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
LAURA LÓPEZ VARGAS, Mª LUZ MATAS FERNANDEZ Y MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA 859

171 ACTUACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN CENTROS SANITARIOS EN CASO DE EMERGENCIA O CATÁSTROFE
FERNANDO ARIAS ALVARIÑAS, IVÁN VILLORIA MIRANDA, TERESA SANCHEZ FERNADEZ, NURIA RUIZ GONZALEZ Y MARIA ANTONIA BONAFONTE IGLESIAS 863

172 EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
PILAR LOPEZ MARTIN, ALVARO FERNANDEZ SERRANO, MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO, MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ Y JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ 869

173 REVISIÓN CRÍTICA DE LAS INTERVENCIONES PARA EL AUTISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
BEATRIZ ROBLES LORENTE Y MARÍA INMACULADA YAGO ROSA 875

174 RESPONSABILIDADES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO, PILAR LOPEZ MARTIN, ALVARO FERNANDEZ SERRANO, JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ 885

175 ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD CULTURAL Y FUNCIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD: INCLUSIÓN Y RESPUESTA ADECUADA
JOANNA WILINSKA PODGORSKA 891

176 FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA GESTIÓN TELEFÓNICA DE RESULTADOS CLÍNICOS BAJO PROTOCOLO DE CONFIDENCIALIDAD
NOELIA CORCHERO ESCOBAR 897

177 EL RESPETO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL ENTORNO DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS
ANDREI CALAGIU, FERNANDO MATOS GÓMEZ, SERGIO DIAZ DEL CORRO Y LEIRE FERNÁNDEZ ROLLÓN 903

178 LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS
LUCIANA VERÓNICA MARTÍNEZ CASAIS, SILVIA SÁNCHEZ CERVIÑO, BEGOÑA CERVIÑO CHIMENO Y ALEJANDRO IGLESIAS ILLANA 911

179 INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA DURANTE EL BAÑO ASISTIDO
MARIA MARTIN LOPEZ, JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR, MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN Y DAVID PULIDO PARRA 917

180 COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN, INVENTARIO Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA LIMPIA
JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR, MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN, DAVID PULIDO PARRA Y MARIA MARTIN LOPEZ 923

181 INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN EL APOYO LOGÍSTICO A ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN HOSPITALARIA CON PACIENTES PEDIÁTRICOS
MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN, DAVID PULIDO PARRA, MARIA MARTIN LOPEZ Y JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR 929

182 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS QUE SON ÚNICOS DE SU CATEGORÍA EN SU JORNADA LABORAL DENTRO DEL HOSPITAL
ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA, SANDRA PASTOR ROMERO, ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA, ROCIO CASAS GOMEZ Y LUCÍA ROJAS GONZALO 937

183 PINCHE HOSPITALARIO PREPARACIÓN DE MATERIAS PRIMAS CARNES, PESCADOS, FRUTAS Y HORTALIZAS
ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA, LUCÍA ROJAS GONZALO, ROCIO CASAS GOMEZ, ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA Y SANDRA PASTOR ROMERO 941

184 EL PINCHE HOSPITALARIO Y LOS ALIMENTOS DE TERCERA, CUARTA Y QUINTA GAMA EN LA COCINA
ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA, LUCÍA ROJAS GONZALO, ROCIO CASAS GOMEZ, ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA Y SANDRA PASTOR ROMERO 945

185 BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO COMPARTIDO DE ESPACIOS COMUNES POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS
ALBA CADENAS ALVAREZ, DAVID GONZÁLEZ PELÁEZ, CARLOS MENÉNDEZ ÁLVAREZ Y NATALIA GOMEZ RONDEROS 949

186 LA PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS
ANA MARÍA FUENTES TURRIÓN, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA TAMARA GIÓN PÉREZ 957

187 DETECCIÓN Y ABORDAJE DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS
HORIA LUCIAN MUNTEAN MUNTEAN Y GEORGETA MONICA MUNTEAN MUNTEAN 965

188 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES SIN COBERTURA SANITARIA
GEORGETA MONICA MUNTEAN MUNTEAN Y HORIA LUCIAN MUNTEAN MUNTEAN 971

Capítulo 1

HEMOPTISIS AMENAZANTE EN EL PACIENTE CON CÁNCER EN FINAL DE VIDA

LEIRE PÉREZ RICARTE

1 Introducción

La hemoptisis es una complicación poco frecuente en el paciente oncológico, pero con gran impacto a nivel clínico y emocional. Supone la expulsión de contenido hemático por la cavidad oral procedente de la vía respiratoria. Según la cantidad de volumen de sangre exteriorizado, se reconoce la presencia de hemoptisis leve, moderada o severa, como se describirá posteriormente. La mayoría de los casos se presenta de forma leve o moderada, siendo menos frecuente la hemoptisis severa. No obstante, parece más adecuada la clasificación en hemoptisis no amenazante y hemoptisis amenazante, siendo esta última aquella que puede comprometer de forma próxima la vida del paciente.

Su relevancia recae en su elevada mortalidad, siendo clave la rapidez en el control clínico para lograr un final de vida con el mayor bienestar posible. Un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico temprano han de ser realizados. El mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea es el objetivo fundamental en los casos de mayor gravedad, en un intento de evitar la situación clínica de asfixia en el paciente. La profundidad del estudio de la hemoptisis y la intensidad del tratamiento estarán condicionadas por la situación clínica del paciente, el estado de su proceso oncológico y los deseos del paciente en relación con las actuaciones médicas, siendo la toma conjunta de decisiones el pilar fundamental.

2 Objetivos

Revisar el manejo de la hemoptisis en el paciente oncológico, haciendo especial énfasis en la hemoptisis amenazante.
Enfatizar el acompañamiento emocional desde el diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio y aplicando las siguientes palabras clave: hemoptisis, hemoptisis amenazante, cáncer, cuidados paliativos, final de vida.

4 Resultados

Se define como hemoptisis la expulsión de sangre a través de la vía aérea que proviene del tracto respiratorio inferior a la glotis. En función de la cuantía del volumen de sangre exteriorizado, puede clasificarse en leve, menor de 150 cc/día; moderada-grave, de 150-500 cc/día; o masiva, superior a 600 cc/día. Estas últimas son poco frecuentes pero generan una elevada tasa de mortalidad. Habitualmente, los sangrados menores suelen preceder a un sangrado de mayor magnitud. No obstante, parece más adecuado hablar de hemoptisis amenazante, aquella que constituye un peligro inminente para la vida, y no amenazante. En el caso de la primera, ha de tenerse en cuenta tanto la magnitud del sangrado como la rapidez de instauración del mismo. Así, un sangrado superior a 150 ml de sangre al día o una velocidad de sangrado mayor de 100 ml/hora constituyen signos de hemoptisis amenazante para la vida, así como la presencia de insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica.
El daño sobre los pequeños vasos del árbol bronquial es responsable de la angiogénesis y remodelación, provocando su ruptura y la presencia de sangre en el esputo. En la hemoptisis amenazante, el mecanismo más frecuente del sangrado es la afectación de las arterias pulmonares por contigüidad con la masa tumoral. En el caso del cáncer de pulmón, la hemoptisis está presente en aproximadamente el 10% de los pacientes y, habitualmente, se trata de tumores de localización central, teniendo la hemoptisis masiva un peor pronóstico en los pacientes con este tipo de tumor con una mortalidad próxima al 100%. En el caso de que la tumoración

sea resecable y la hemoptisis no amenazante, el mejor tratamiento es la resección tumoral. En el caso de que el tumor no sea resecable, la radioterapia con fines hemostáticos constituye la mejor alternativa.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con bronquiectasias, bronquitis crónica, neumonía necrosante, tuberculosis u otras infecciones respiratorias. En el caso de las terapias empleadas para el tratamiento del cáncer, el uso de antiangiogénicos aumenta la posibilidad de presentación de sangrado a nivel respiratorio, entre otros. Ante la presencia de un paciente con hemoptisis, ha de realizarse un diagnóstico inicial de gravedad, determinar la causa y, si es posible, localizar el origen.

En el caso de la hemoptisis no amenazante, habitualmente leve o moderada, en el paciente oncológico con enfermedad avanzada en tratamiento paliativo, el tratamiento inicial irá orientado al control sintomático y habrá de valorarse si se van a continuar realizando estudios diagnósticos en función de los deseos y la situación clínica del paciente. Entre las medidas indicadas están el aporte de oxigenoterapia si es preciso, la administración de fármacos antitusígenos, valoración de antibioterapia empírica si se sospecha infección bacteriana, inicio de agentes antifibrinolíticos (principalmente ácido tranexámico), suspensión de tratamiento anticoagulante y/o antiagregante en base al riesgo/beneficio y de forma consensuada con el paciente. Posteriormente, habrá de valorarse la aplicación de radioterapia con fines hemostáticos como opción terapéutica con intención paliativa. En algunos casos, es posible plantear la embolización de un vaso nutricio.

La hemoptisis amenazante supone una urgencia médica con una elevada mortalidad próxima al 100%. Habitualmente, la muerte es ocasionada por asfixia y, en menor frecuencia, por shock hemorrágico. El objetivo principal es el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y de la oxigenación. Se ha de colocar al paciente en decúbito lateral sobre el lado conocido afectado en caso de conocerse, lo que permite una mejor ventilación del pulmón sano. Constituye una causa de sedación paliativa rápida y profunda, si es posible, por vía endovenosa por su mayor rapidez, sobreviniendo la muerte en los minutos posteriores a la exteriorización del sangrado, lo que supone un importante impacto emocional sobre el paciente y su entorno.

Además de las medidas médicas aplicadas para el intento de control del sangrado, la valoración y el acompañamiento del sufrimiento emocional que esta complicación supone han de ser un pilar fundamental desde su diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

En el paciente oncológico, especialmente en el paciente con cáncer de pulmón, la hemoptisis se presenta como una complicación poco frecuente. Su impacto clínico y emocional hacen que nos encontremos ante una complicación sobre la que ha de actuarse de forma rápida. En función de la repercusión clínica que presente, se habla de hemoptisis no amenazante y hemoptisis amenazante, siendo esta última una entidad sobre la que ha de actuarse de forma rápida. En los casos en los que la hemoptisis compromete de forma inminente la vida del paciente, se ha de realizar una sedación paliativa profunda del paciente. Para el control de los casos de menor severidad, la instauración de tratamiento antitusígeno, agentes antifibrinolíticos como el ácido tranexámico y la retirada de terapias anticoagulantes y/o antiagregantes en función del riesgo-beneficio del paciente, son medidas indicadas para su manejo. Además, habrá de valorarse la posibilidad de aplicación de otras técnicas como la radioterapia hemostática o la valoración de embolización arterial y localización precisa del punto del sangrado. El acompañamiento emocional tanto del paciente como de su entorno ha de ser prioritario en cualquiera de las fases del proceso.

6 Bibliografía

1. González, M., Fernández, C., Richard, F. Hemoptisis. En: Callado, F.J., Richard, F., Urgencias en Medicina. Ed. Librería Berceo. 2004, pp. 121-125.
2. Ibrahim, W.H. Massive haemoptysis: The definition should be revised. Eur Respir J, 32 (2008), pp. 1131.
3. Harle, A., Molassiotis, A., Buffin, O., et al. A cross-sectional study to determine the prevalence of cough and its impact in patients with lung cancer: a patient unmet need. BMC Cancer 2020; 20:9.
4. Ittrich, H., Bockhorn, M., Klose, H., et al. The Diagnosis and Treatment of Hemoptysis. Dtsch Arztebl Int 2017; 114:371-81.
5. Ahn, G.S., Bruggeman, A.R., Qiao, E.M., et al. Hypofractionated radiation therapy as palliative management for symptomatic and local control of advanced thoracic malignancies. Ann Palliat Med 2021; 10:10360-8.
6. Facondo, G., Reverberi, C., Ceschia, T., et al. Short-course Radiotherapy for Airway Stenting in Malignant Airway Obstruction: A Case Report and Literature Review. Cancer Diagn Progn 2024; 4:359-62.
7. Fujita, T., Tanabe, M., Moritani, K., et al. Immediate and late outcomes of bronchial and systemic artery embolization for palliative treatment of patients

with nonsmall-cell lung cancer having hemoptysis. Am J Hosp Palliat Care 2014; 31:602.

Capítulo 2

IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DEL LÍQUIDO SINOVIAL EN EL ABORDAJE CLÍNICO-RÁPIDO

SARA RUBIO LANCHAS

1 Introducción

La artritis séptica representa una de las urgencias médicas más importantes dentro del ámbito de las enfermedades osteoarticulares, debido a su capacidad de generar secuelas graves o incluso comprometer la vida del paciente si no es diagnosticada y tratada con prontitud. Aunque es una afección infrecuente en comparación con otras infecciones, su gravedad clínica obliga a un abordaje riguroso e inmediato.

El líquido sinovial, contenido en las articulaciones móviles, cumple funciones esenciales como la nutrición del cartílago y la reducción de la fricción articular. Su composición se ve alterada de forma significativa en el contexto de una infección, convirtiéndose en un elemento clave para el diagnóstico de la artritis séptica. Mediante técnicas bioquímicas, microscópicas y microbiológicas aplicadas al líquido sinovial, es posible establecer un diagnóstico diferencial rápido y certero.

La etiología de la artritis séptica es predominantemente bacteriana, destacando patógenos como Staphylococcus aureus y diversos estreptococos. Sin embargo, la variabilidad en los microorganismos implicados depende de factores como la edad, el estado inmunológico y la exposición a tratamientos previos. De allí la importancia de un diagnóstico microbiológico preciso que permita instaurar una terapia antimicrobiana dirigida y evitar tratamientos empíricos inadecuados.

La obtención y manejo de las muestras también adquieren una relevancia central en el proceso diagnóstico. Errores en la toma o conservación del líquido sinovial pueden conducir a diagnósticos falsos negativos o contaminaciones, lo cual retrasa el inicio del tratamiento adecuado. En este contexto, el laboratorio clínico actúa como un pilar decisivo del equipo médico multidisciplinar que enfrenta esta patología.

2 Objetivos

Destacar la relevancia del análisis microbiológico del líquido sinovial para el diagnóstico precoz de la artritis séptica.
Hacer énfasis en la adecuada obtención, transporte y procesamiento de las muestras.
Identificar las técnicas más eficaces para la identificación del agente etiológico.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión centrada en la artritis séptica con referencias bibliográficas citadas en el mismo. Se examinan los procesos estándar del análisis clínico del líquido sinovial, así como los parámetros bioquímicos y microbiológicos empleados para diagnosticar artritis séptica.
Se describen:
- Los valores normales del líquido sinovial.
- Los procedimientos de toma, transporte y conservación de muestras.
- Las técnicas empleadas en el laboratorio clínico para análisis macroscópico, microscópico y cultivo del líquido articular.
- El uso de pruebas complementarias como la tinción de Gram, hemocultivos, serologías y biología molecular.

Además, se hace un análisis crítico de la distribución de microorganismos causantes de artritis séptica en distintas series clínicas, observando la evolución de los patógenos predominantes con el tiempo.

4 Resultados

El análisis clínico del líquido sinovial en pacientes con sospecha de artritis séptica ha demostrado ser una herramienta diagnóstica clave para orientar el tratamiento inicial, diferenciar entre etiologías infecciosas y no infecciosas, y

permitir una intervención médica oportuna. A través del estudio sistemático del aspecto macroscópico, las características citológicas, los parámetros bioquímicos y la identificación microbiológica, se obtienen datos críticos para la confirmación del diagnóstico.

1. Resultados macroscópicos y bioquímicos del líquido sinovial

En el contexto de la artritis séptica, el líquido sinovial presenta características alteradas respecto a su estado fisiológico. El líquido normal es claro, incoloro o ligeramente amarillento, con alta viscosidad y bajo contenido celular. Sin embargo, en la artritis séptica se observa:

- Apariencia: Turbia, a veces purulenta, con color amarillo verdoso.
- Viscosidad: Significativamente reducida, lo que se asocia a la disminución de ácido hialurónico por actividad inflamatoria.
- Leucocitos: Elevados (>50.000/μL), con un predominio de neutrófilos (>75 %), indicador de un proceso infeccioso agudo.
- Glucosa: Disminuida con respecto a los niveles plasmáticos, lo que puede deberse a la utilización de glucosa por parte de las células inflamatorias y bacterias.
- Proteínas y LDH: Elevadas, debido al aumento de la permeabilidad vascular y lisis celular.

Estas alteraciones son consistentes y se han reportado en múltiples estudios clínicos como marcadores fiables de infección articular, aunque no son patognomónicos por sí solos.

2. Identificación microbiológica

El diagnóstico etiológico de la artritis séptica depende en gran medida de la recuperación e identificación del patógeno causal. En este contexto, los resultados del cultivo, la tinción de Gram y otras pruebas avanzadas proporcionan información clave.

- Tinción de Gram: Aunque tiene una sensibilidad variable, puede ofrecer resultados rápidos en cuestión de minutos a horas. La observación de cocos grampositivos en racimos (sugiriendo S. aureus) o cadenas (sugiriendo Streptococcus spp.) permite iniciar terapia empírica mientras se esperan resultados del cultivo.
- Cultivo del líquido sinovial: Considerado el método de referencia, permite no solo el aislamiento del microorganismo, sino también el estudio de su sensibilidad a antibióticos. La siembra debe hacerse en medios para bacterias aeróbicas y anaeróbicas. Se ha observado una tasa de positividad del cultivo en líquido sinovial de hasta el 80 % en pacientes no tratados previamente con antibióticos.
- Hemocultivos: Son positivos en aproximadamente 50–70 % de los casos, especialmente útiles cuando el volumen de líquido sinovial es escaso o de difícil obtención. La presencia del mismo microorganismo en dos o más hemocultivos

diferentes fortalece el diagnóstico.
- Cultivo de membrana sinovial: Se realiza cuando la muestra de líquido es insuficiente o hay sospecha de patógenos más difíciles de cultivar (hongos o micobacterias). En casos de artritis tuberculosa, por ejemplo, el cultivo de tejido puede alcanzar una positividad del 94 %, frente al 80 % en el líquido sinovial.
3. Distribución de microorganismos causantes
Los datos recopilados de diferentes estudios epidemiológicos coinciden en que la mayoría de los casos de artritis séptica están causados por cocos grampositivos, siendo Staphylococcus aureus el principal agente etiológico, representando entre un 43 % y 57 % de los aislamientos según distintas series.
- Gram positivos:
- Staphylococcus aureus: principal agente (>50 % en múltiples series).
- Estafilococos coagulasa negativos: menos frecuentes, pero importantes en pacientes con prótesis o dispositivos médicos.
- Streptococcus spp.: especialmente S. pyogenes, S. pneumoniae y S. agalactiae, representan hasta un 29 % en algunas cohortes.
- Gram negativos:
- Representan del 6 al 14 % de los casos, con predominancia de enterobacterias como E. coli, Klebsiella spp., Proteus spp. y Enterobacter spp.
- Pseudomonas aeruginosa aparece en poblaciones específicas como inmunodeprimidos o consumidores de drogas IV.
- Otros agentes:
- Kingella kingae: frecuente en niños pequeños.
- Mycobacterium tuberculosis, Brucella spp.: menos comunes, requieren técnicas específicas para su aislamiento.
La presencia de infecciones polimicrobianas o de anaerobios es infrecuente, aunque puede observarse en el contexto de traumatismos penetrantes o infecciones intraabdominales extensas.
4. Pruebas serológicas y moleculares
- Serología: Útil en infecciones por Brucella spp., Salmonella typhi o en la enfermedad de Lyme (Borrelia burgdorferi), especialmente cuando los cultivos son negativos o el cuadro clínico es subagudo.
- Técnicas moleculares (RT-PCR): Han demostrado una sensibilidad superior al cultivo en casos causados por patógenos de difícil crecimiento como Kingella kingae o Borrelia spp. Además, permiten resultados más rápidos, incluso en pacientes que ya han iniciado tratamiento antibiótico, lo que limita la utilidad del cultivo.
5. Interpretación conjunta de resultados

Una conclusión clave derivada de los análisis es que la negatividad del cultivo o la tinción de Gram no excluye el diagnóstico de artritis séptica si existe una fuerte sospecha clínica y un recuento leucocitario >50.000/µL. En estos casos, debe mantenerse el tratamiento antimicrobiano empírico y continuar la investigación con pruebas moleculares o histológicas.

6. Consideraciones prácticas

- La calidad de la muestra es determinante: la recolección debe hacerse con técnica aséptica rigurosa, evitando el uso de torundas y minimizando la exposición al aire o agentes contaminantes.
- El tiempo desde la toma hasta el procesamiento debe ser inferior a una hora. Si no es posible, se debe refrigerar la muestra entre 2–8 ℃.
- La adición de hialuronidasa puede facilitar el procesamiento de muestras muy viscosas.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico precoz de la artritis séptica es vital para evitar complicaciones a largo plazo. Dada la rapidez con la que esta patología puede destruir estructuras articulares, es esencial que el laboratorio clínico actúe con diligencia. El líquido sinovial constituye el principal elemento diagnóstico inicial, permitiendo diferenciar entre etiologías infecciosas e inflamatorias.

Aunque los cultivos siguen siendo la prueba de oro, técnicas como la tinción de Gram y la PCR en tiempo real se están consolidando como herramientas valiosas, especialmente cuando se sospecha de patógenos de difícil aislamiento.

Por tanto, un protocolo estandarizado de obtención, conservación y análisis del líquido sinovial es crucial para asegurar diagnósticos fiables y tratamientos efectivos. La colaboración multidisciplinaria sigue siendo la mejor estrategia para manejar esta patología compleja, donde el laboratorio clínico ocupa una posición central.

6 Bibliografía

1. Clerc O, Prod'hom G, Greub G, et al. Adult native septic arthritis: a review of 10 years of experience. J Antimicrob Chemother. 2011;66:1168-73.

2. Dubost JJ, Couderc M, Tatar Z, et al. Three-decade trends in the distribution of organisms causing septic arthritis. Joint Bone Spine. 2014;81:438-40.

3. García P, Balcells ME, Castillo C, et al. Evaluación de la técnica Xpert® MTB/RIF para la detección de Mycobacterium tuberculosis. Rev chilena Infectol.

2017;34:333-339.
4. Geirsson AJ, Statkevicius S, Víkingsson A. Septic arthritis in Iceland 1990-2002: increasing incidence due to iatrogenic infections. Ann Rheum Dis. 2008;67:638-43.
5. Gómez-Cambronero López VJ, Gómez-Cambronero López LG. Análisis del líquido sinovial. Educ Cont Lab Clín 2004;7:53-60.
6. Marín M, Esteban J, Meseguer MA, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones osteoarticulares. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:534-40.
7. Murillo O, Grau I, Lora-Tamayo J, et al. The changing epidemiology of bacteraemic osteoarticular infections. Clin Microbiol Infect. 2015;21:254.e1-8.
8. Nolla JM, Lora-Tamayo J, Gómez Vaquero C, et al. Pyogenic arthritis of native joints in non-intravenous drug users. Semin Arthritis Rheum. 2015;45:94-102.
9. Strasinger SK, Di Lorenzo MS. Líquido Sinovial. En: Análisis de orina y de los líquidos corporales. Ed. Médica Panamericana. 2010;217-226.

Capítulo 3

ESCROTO AGUDO: ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN URGENCIAS

CONSUELO MORENO PRIETO

KATIA QUINTANA REYES

TATIANA SHITYEVA LOBODA

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

El escroto agudo constituye una de las principales emergencias urológicas atendidas en los servicios de urgencias, caracterizándose por la aparición repentina de dolor testicular de alta intensidad, que puede presentarse con o sin signos inflamatorios locales o síntomas sistémicos asociados. Esta condición requiere una actuación clínica inmediata debido al riesgo potencial de compromiso vascular testicular, siendo la torsión del cordón espermático el diagnóstico más crítico por su directa relación con la viabilidad del órgano. En estos casos, el tiempo de isquemia es determinante: intervenciones quirúrgicas realizadas antes de las seis horas desde el inicio del dolor se asocian con tasas significativamente mayores de conservación testicular, mientras que retrasos en el diagnóstico pueden conllevar a necrosis y pérdida del testículo afectado.

La etiología del escroto agudo es amplia y abarca desde entidades quirúrgicas hasta cuadros médicos o infecciosos. Entre las causas más frecuentes se encuentran la torsión testicular, la epididimitis, la orquitis, los traumatismos directos

sobre el área escrotal, las hernias inguinoescrotales complicadas y ciertas enfermedades sistémicas que pueden manifestarse con dolor escrotal agudo, como la vasculitis o algunas dermatosis severas. Esta heterogeneidad clínica obliga al profesional sanitario a realizar una valoración estructurada, combinando anamnesis dirigida, exploración física minuciosa y el uso racional de pruebas complementarias para lograr un diagnóstico certero en el menor tiempo posible.

Uno de los mayores retos del manejo del escroto agudo radica en la necesidad de distinguir con rapidez entre patologías que requieren intervención quirúrgica urgente, como la torsión testicular, y aquellas que pueden manejarse de forma conservadora, como una epididimitis o una infección leve. Esta diferenciación clínica no siempre es sencilla, dado que muchas de estas condiciones comparten manifestaciones iniciales similares, como dolor, edema o aumento de volumen testicular. En este contexto, la ecografía Doppler se ha convertido en una herramienta diagnóstica de primera línea, ya que permite evaluar de manera no invasiva la perfusión testicular y detectar signos de isquemia, inflamación o alteraciones estructurales que orientan al diagnóstico correcto. Su alta sensibilidad y especificidad la hacen indispensable en el algoritmo de evaluación del escroto agudo, aunque su disponibilidad y la experiencia del operador pueden influir significativamente en los resultados.

El abordaje eficaz del escroto agudo no solo implica destrezas técnicas, sino también la adopción de protocolos clínicos estandarizados y la capacitación continua del personal sanitario involucrado en la atención inicial. La identificación precoz de signos de alarma, la aplicación adecuada de algoritmos diagnósticos y la rápida coordinación con el equipo de urología son pasos esenciales para reducir la morbilidad asociada a esta entidad.

En definitiva, el escroto agudo es una urgencia que requiere un enfoque integral y dinámico, basado en la evidencia científica y adaptado al contexto clínico. Un manejo oportuno y preciso no solo previene complicaciones graves, sino que también contribuye a preservar la fertilidad, reducir intervenciones innecesarias y optimizar los recursos del sistema sanitario.

2 Objetivos

- Revisar y actualizar los principales cuadros clínicos asociados al escroto agudo
- Describir la fisiopatología, presentación clínica y diagnóstico diferencial de las causas más relevantes
- Proporcionar un enfoque terapéutico basado en la evidencia y adaptado al contexto de urgencias

- Proponer recomendaciones clínicas aplicables a nivel asistencial

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa y crítica de la literatura científica entre 2018 y 2024 utilizando bases de datos biomédicas: PubMed, Scopus y SciELO. Se utilizaron los términos: acute scrotum, testicular torsion, epididymitis, emergency urology y scrotal pain. Se incluyeron guías clínicas actualizadas, revisiones sistemáticas y artículos originales en inglés y español. Se seleccionaron fuentes con validez metodológica, relevancia clínica y pertinencia en entornos hospitalarios.

4 Resultados

1. Etiología del escroto agudo
Las causas más frecuentes en urgencias son:
- Torsión testicular (o del cordón espermático): afecta principalmente a adolescentes y neonatos. Produce isquemia testicular progresiva. El tiempo óptimo para la intervención quirúrgica es antes de las seis horas desde el inicio del dolor.
- Torsión del apéndice testicular: más frecuente en prepuberales. Se manifiesta con dolor menos intenso y ausencia de síntomas sistémicos.
- Epididimitis y orquitis: en adultos jóvenes se relacionan con infecciones de transmisión sexual (Chlamydia, Neisseria); en mayores de 35 años, con infecciones urinarias por enterobacterias.
- Traumatismo escrotal: incluye contusiones, hematomas o rotura testicular. Se requiere evaluación ecográfica y, en casos graves, intervención quirúrgica.
- Hernia inguinoescrotal estrangulada: es la urgencia quirúrgica que puede simular escroto agudo por atrapamiento intestinal.
- Otras causas: paniculitis, vasculitis, enfermedades dermatológicas, quistes epididimarios complicados, tumores, gangrena de Fournier.
2. Diagnóstico clínico y complementario
- Anamnesis y exploración física: evaluar la duración e intensidad del dolor, antecedentes traumáticos o infecciosos. Signos clínicos clave:
- Reflejo cremastérico ausente ⟶ torsión testicular
- Signo de Prehn positivo (alivio al elevar el testículo) ⟶ epididimitis
- Testículo elevado y horizontalizado ⟶ torsión
- Ecografía Doppler: prueba de imagen de elección. Alta sensibilidad y especificidad para detectar flujo testicular y diferenciar entre causas isquémicas e inflamatorias.

- Laboratorio: hemograma, PCR, EGO, urocultivo y serologías en los casos infecciosos.
3. Tratamiento
- Torsión testicular: cirugía inmediata (orquidopexia bilateral si el testículo es viable; orquiectomía si hay necrosis).
- Epididimitis/orquitis: antibióticos dirigidos a la causa probable (fluoroquinolonas, ceftriaxona + doxiciclina).
- Gangrena de Fournier: desbridamiento quirúrgico urgente y antibióticos de amplio espectro.
- Trauma testicular grave: exploración quirúrgica ante sospecha de ruptura.

5 Discusión-Conclusión

El escroto agudo representa una urgencia urológica de alta relevancia clínica que exige un enfoque diagnóstico y terapéutico inmediato. Su variabilidad etiológica —que abarca desde procesos inflamatorios e infecciosos hasta emergencias quirúrgicas como la torsión testicular— convierte su evaluación en un desafío que debe ser resuelto de forma ágil, precisa y sistemática. En este contexto, la torsión testicular ocupa un lugar central, ya que su diagnóstico precoz y tratamiento urgente son determinantes para preservar la viabilidad del testículo. Un retraso de tan solo unas horas puede marcar la diferencia entre la conservación del órgano o su pérdida irreversible.

La ecografía Doppler se ha consolidado como una herramienta diagnóstica esencial en el manejo del escroto agudo, al permitir diferenciar entidades de forma rápida, no invasiva y con alta sensibilidad. No obstante, su eficacia depende tanto de la disponibilidad del recurso como de la experiencia del personal sanitario que la interpreta. Por esta razón, la implementación de protocolos clínicos claros, basados en algoritmos de actuación bien definidos, se vuelve fundamental en los servicios de urgencias para reducir la variabilidad diagnóstica y agilizar el proceso de toma de decisiones.

Finalmente, la formación continuada del equipo de urgencias, tanto médica como de enfermería, es clave para mejorar la capacidad resolutiva frente al escroto agudo. La educación enfocada en el reconocimiento de signos clínicos críticos, el uso apropiado de recursos diagnósticos y la ejecución oportuna de derivaciones quirúrgicas constituye el pilar para optimizar los resultados clínicos, minimizar secuelas y reducir el riesgo de complicaciones graves.

6 Bibliografía

1. Sharp VJ, Kieran K, Arlen AM. Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. Am Fam Physician. 2013;88(12):835-840.
2. Yu KJ, Rizkala E, Yunus M, et al. Scrotal emergencies. Radiol Clin North Am. 2019;57(6):1039-1055.
3. European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Urological Infections. 2024.
4. Yiee JH, Baskin LS. Management trends of acute testicular torsion: a national perspective. J Urol. 2010;184(4 Suppl):1729-1733.
5. Czernobilsky B, Dajani YF. Etiology and management of the acute scrotum. Br J Urol. 2018;102(2):185-192.
6. American Urological Association (AUA). AUA White Paper on Testicular Emergencies. 2023.

Capítulo 4

MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS: EVALUACIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUALIZADO

CONSUELO MORENO PRIETO

KATIA QUINTANA REYES

TATIANA SHITYEVA LOBODA

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que afecta a millones de personas en todo el mundo y cuya prevalencia continúa en aumento. Esta patología se caracteriza por una hiperreactividad bronquial que produce episodios recurrentes de obstrucción variable y generalmente reversible del flujo aéreo, acompañados de síntomas como disnea, sibilancias, opresión torácica y tos. Aunque puede mantenerse bajo control con un tratamiento adecuado, existen episodios agudos en los que esta obstrucción se agrava de forma súbita, dando lugar a lo que se conoce como crisis asmática o exacerbación aguda del asma.

La crisis asmática representa una de las principales causas respiratorias de atención en los servicios de urgencias. Estos episodios constituyen situaciones clínicas que pueden evolucionar rápidamente hacia la insuficiencia respiratoria aguda

si no se identifican y manejan adecuadamente. A pesar de los avances en el tratamiento del asma y de la disponibilidad de medicamentos eficaces tanto para el control como para el alivio de los síntomas, las exacerbaciones siguen siendo una causa importante de morbilidad, uso de recursos sanitarios e incluso mortalidad, especialmente en pacientes con asma mal controlada o con comorbilidades asociadas.

Diversos factores pueden desencadenar una crisis asmática. Entre los más comunes se encuentran las infecciones respiratorias virales, la exposición a alérgenos ambientales, el ejercicio físico, los cambios bruscos de temperatura, la contaminación atmosférica y el incumplimiento del tratamiento de mantenimiento. En muchos casos, estas crisis son evitables con una adecuada educación del paciente, el seguimiento regular por parte de profesionales de salud y la correcta adherencia a la terapia inhalada. Sin embargo, en el contexto de una exacerbación aguda, lo prioritario es una intervención clínica rápida y eficaz que permita revertir la obstrucción bronquial y prevenir el deterioro del intercambio gaseoso.

La severidad de una crisis asmática puede variar ampliamente, desde cuadros leves que responden al tratamiento ambulatorio hasta situaciones graves que requieren hospitalización urgente e incluso ventilación mecánica. La valoración inicial del paciente debe incluir una evaluación integral de los signos clínicos, la saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y otros parámetros que permitan clasificar la gravedad del episodio. Asimismo, es fundamental tener en cuenta el historial asmático del paciente, la frecuencia de crisis previas, la necesidad de ingresos anteriores y el grado de control de la enfermedad.

El abordaje terapéutico de las exacerbaciones debe ser escalonado, individualizado y adaptado a la severidad clínica. El tratamiento de elección incluye la administración de broncodilatadores de acción rápida (como los agonistas beta-2), corticosteroides sistémicos para controlar la inflamación, oxigenoterapia suplementaria en caso de hipoxemia, y en ocasiones, la utilización de otros fármacos como anticolinérgicos o magnesio intravenoso. El manejo adecuado en las primeras horas es clave para evitar complicaciones mayores, entre ellas la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos.

En este sentido, la crisis asmática no solo representa un reto clínico inmediato, sino que también pone en evidencia fallos potenciales en el control crónico de la enfermedad. Por ello, cada exacerbación debe ser considerada como una oportunidad para revisar el plan terapéutico, optimizar el tratamiento preventivo, reforzar la educación del paciente y establecer medidas de seguimiento que reduzcan el riesgo de futuras crisis.

En conclusión, la crisis asmática es una manifestación aguda de una enfermedad crónica que exige una respuesta sanitaria ágil, estructurada y basada en la evidencia. Su manejo correcto no solo permite mejorar el pronóstico inmediato del paciente, sino que también constituye una piedra angular para reducir la carga global del asma en los sistemas de salud.

2 Objetivos

- Describir los aspectos clínicos, fisiopatológicos y epidemiológicos relevantes de la crisis asmática en el entorno de urgencias
- Establecer criterios diagnósticos y clasificatorios de severidad aplicables a la práctica clínica
- Analizar las estrategias terapéuticas más actuales y efectivas basadas en guías internacionales y evidencia reciente
- Proponer un protocolo asistencial práctico para el abordaje inicial en los servicios de urgencias

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica mediante búsqueda en bases de datos biomédicas (PubMed, Scopus, Cochrane Library y SciELO) entre los años 2018 y 2024. Se utilizaron palabras clave en inglés y español: asthma exacerbation, acute asthma, emergency management, bronchodilators y systemic corticosteroids. Se seleccionaron artículos originales, revisiones clínicas, guías de práctica clínica (GINA 2024, GEMA 5.3) y consensos actualizados. Se excluyeron publicaciones con evidencia insuficiente, duplicados y revisiones no sistemáticas.

4 Resultados

1. Clasificación de la crisis asmática
La gravedad se determina clínicamente mediante parámetros como disnea, frecuencia respiratoria, uso de músculos accesorios, saturación de oxígeno, habla entrecortada y respuesta al tratamiento inicial.
Clasificación clínica general:
- Leve a moderada: disnea con actividad, habla normal, saturación > 95 %, no uso de músculos accesorios

- Grave: disnea en reposo, habla entrecortada, frecuencia respiratoria > 30/min, saturación < 92 %
- Amenaza vital: silencio auscultatorio, alteración del nivel de conciencia, cianosis, bradicardia

2. Abordaje diagnóstico

- Historia clínica rápida: duración de síntomas, tratamientos previos, uso de corticoides sistémicos, visitas previas a urgencias o UCI
- Exploración física: frecuencia respiratoria y cardíaca, nivel de conciencia, signos de fatiga muscular, ruidos respiratorios
- Oximetría de pulso: herramienta inicial para valorar hipoxemia
- Gasometría arterial: indicada en casos graves o con alteración del estado mental
- Radiografía de tórax: solo en sospecha de complicaciones (neumotórax, neumonía, atelectasias)

3. Tratamiento en urgencias

El tratamiento se debe iniciar de forma inmediata, sin esperar a completar todas las pruebas diagnósticas.

Medidas terapéuticas principales:

- Oxigenoterapia: mantener SpO_2 entre 94-98 %
- Broncodilatadores beta-2 de acción corta (salbutamol): vía inhalada o nebulizada cada 20 minutos en la primera hora
- Anticolinérgicos (ipratropio bromuro): en combinación con salbutamol en crisis moderadas a graves
- Corticoides sistémicos: prednisona oral (40-60 mg/día) o metilprednisolona IV en casos graves
- Adrenalina intramuscular: en pacientes con sospecha de anafilaxia
- Magnesio intravenoso: en crisis severas que no responden a broncodilatadores
- Ventilación mecánica no invasiva o invasiva: en casos de fallo respiratorio inminente

4. Criterios de alta o ingreso

- Alta médica: mejoría clínica evidente, saturación > 94 % en aire ambiente, buen estado general, acceso a tratamiento y seguimiento
- Ingreso hospitalario: crisis grave o que requiere oxígeno suplementario, pobre respuesta al tratamiento inicial, comorbilidades significativas
- Ingreso en UCI: alteración de la conciencia, acidosis respiratoria, hipercapnia progresiva, fatiga muscular

5 Discusión-Conclusión

El manejo de la crisis asmática en urgencias debe ser rápido, escalonado y protocolizado. Aunque la mayoría de las exacerbaciones responden a broncodilatadores y corticoides, los casos graves requieren una vigilancia estrecha y, ocasionalmente, medidas avanzadas como la intubación endotraqueal.

Es crucial individualizar el tratamiento, considerando antecedentes del paciente, severidad de la exacerbación y factores de riesgo asociados. La correcta educación del paciente al alta, incluyendo el uso de inhaladores, plan de acción por escrito y seguimiento ambulatorio, reduce la recurrencia de crisis y mejora el control a largo plazo.

El conocimiento actualizado y la formación continua del personal sanitario en el manejo del asma aguda son fundamentales para garantizar una atención eficiente y basada en la evidencia.

6 Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2024. Disponible en: https://ginasthma.org

2. GEMA 5.3. Guía Española para el Manejo del Asma 2024. Disponible en: https://www.gemasma.com

3. Rodrigo GJ, Castro-Rodríguez JA. Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma: a systematic review with meta-analysis. Thorax. 2021;76(10):951-958.

4. Reddel HK, et al. Management of asthma exacerbations: newer approaches to an old problem. Med J Aust. 2019;211(6):250-255.

5. Cates CJ, Welsh EJ, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(9):CD000052.

Capítulo 5

MANEJO DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS EN URGENCIAS: EVALUACIÓN INMEDIATA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUALIZADO

CONSUELO MORENO PRIETO

KATIA QUINTANA REYES

TATIANA SHITYEVA LOBODA

FRANK ERNESTO RODRIGUEZ FREYRE

1 Introducción

Las crisis epilépticas representan una de las urgencias neurológicas más frecuentes atendidas en los servicios de emergencias médicas. Estas pueden presentarse tanto en pacientes con un diagnóstico previo de epilepsia como en individuos sin antecedentes conocidos, lo que añade complejidad al proceso diagnóstico y terapéutico inicial. Su manifestación clínica es altamente heterogénea, abarcando desde episodios breves y autolimitados hasta situaciones críticas como el estatus epiléptico, una condición médica grave que requiere atención inmediata debido a su potencial compromiso vital y al riesgo de secuelas neurológicas irreversibles si no se trata de forma adecuada.

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico caracterizado por la predisposición del cerebro a generar crisis recurrentes. Sin embargo, no todas las crisis

epilépticas constituyen epilepsia, y este matiz es especialmente importante en el contexto de urgencias. Un paciente puede presentar una convulsión aislada como consecuencia de factores agudos como infecciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hiponatremia, insuficiencia hepática o renal), intoxicaciones (por drogas, alcohol o medicamentos) o incluso por la retirada brusca de fármacos antiepilépticos. En estos casos, el evento convulsivo es secundario y, por tanto, potencialmente reversible si se identifica y trata la causa subyacente.

El manejo en el ámbito de urgencias debe guiarse por una estrategia estructurada que priorice la estabilización del paciente, la clasificación del tipo de crisis, la búsqueda de factores precipitantes y la implementación de medidas para evitar recurrencias. Durante la fase aguda, es fundamental asegurar la permeabilidad de la vía aérea, mantener una oxigenación y ventilación adecuadas, y monitorizar los signos vitales. La administración de benzodiacepinas es el pilar del tratamiento inicial de las crisis convulsivas prolongadas, especialmente en el contexto del estatus epiléptico, seguido de antiepilépticos de segunda línea si la crisis persiste.

El diagnóstico en urgencias se basa en la evaluación clínica, el uso racional de pruebas complementarias (analítica sanguínea, neuroimagen, electroencefalograma en casos seleccionados) y la recopilación de información sobre antecedentes personales, adherencia al tratamiento y posibles desencadenantes. Dado que una proporción significativa de crisis epilépticas pueden ser provocadas por causas reversibles, es crucial realizar una investigación exhaustiva que incluya valoración metabólica, infecciosa y toxicológica. Además, en pacientes con epilepsia conocida, la revisión de los niveles plasmáticos de fármacos antiepilépticos puede aportar datos relevantes sobre el origen de la descompensación.

La correcta identificación del tipo de crisis (focal, generalizada, mioclónica, atónica, etc.) tiene implicaciones tanto para el manejo agudo como para el seguimiento posterior. En pacientes sin diagnóstico previo, una crisis epiléptica puede ser el primer indicio de una patología estructural cerebral, una enfermedad neurológica subyacente o incluso de una lesión tumoral, lo que justifica la necesidad de estudios por imagen, como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, según la disponibilidad y la estabilidad del paciente.

En resumen, las crisis epilépticas en el entorno de urgencias suponen un desafío clínico que requiere una atención inmediata, integral y protocolizada. Una intervención precoz y adecuada permite no solo resolver el episodio agudo, sino también prevenir complicaciones neurológicas, reducir la estancia hospitalaria y mejorar el pronóstico general del paciente. Asimismo, cada episodio debe ser con-

siderado como una oportunidad para optimizar el tratamiento crónico, reforzar la educación del paciente y establecer estrategias de prevención que disminuyan el riesgo de nuevas descompensaciones. La actuación coordinada entre el personal de urgencias, neurología y atención primaria es fundamental para ofrecer una respuesta sanitaria eficaz y centrada en el paciente.

2 Objetivos

- Describir las manifestaciones clínicas y la clasificación de las crisis epilépticas en el entorno de urgencias
- Establecer un protocolo de evaluación rápida y estratificación de gravedad
- Analizar el tratamiento de primera y segunda línea en función de la presentación clínica
- Ofrecer criterios clínicos para la hospitalización, observación o alta segura del paciente

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura entre 2018 y 2024 en bases de datos científicas (PubMed, Cochrane Library, SciELO, Embase), utilizando los términos: epileptic seizures, status epilepticus, emergency management, anticonvulsant therapy, acute seizures. Se incluyeron guías internacionales (ILAE, NICE, AES), revisiones clínicas y artículos originales con evidencia de alta calidad. Se priorizaron publicaciones en inglés y español relacionadas con entornos de atención urgente o emergente.

4 Resultados

1. Clasificación de las crisis epilépticas
Según la International League Against Epilepsy (ILAE), las crisis epilépticas se clasifican en:
- Crisis focales: con o sin afectación de la conciencia
- Crisis generalizadas: tónico-clónicas, de ausencia, mioclónicas, entre otras
- Crisis de inicio desconocido: cuando la semiología no permite clasificar el inicio
En urgencias, el tipo más frecuente es la crisis tónico-clónica generalizada, seguida por las crisis focales con alteración del nivel de conciencia.
2. Evaluación en urgencias

La atención inicial debe centrarse en:
- Asegurar vía aérea, respiración y circulación (ABC)
- Monitorización constante: ECG, saturación, presión arterial, glucemia capilar
- Historia clínica rápida: antecedentes de epilepsia, fármacos, factores desencadenantes, duración de la crisis
- Exploración neurológica y general

3. Diagnóstico diferencial

Es fundamental distinguir las crisis epilépticas de otras condiciones como:
- Síncope
- Trastornos psicógenos no epilépticos
- Migrañas con aura
- Hipoglucemia
- Accidente cerebrovascular

4. Tratamiento

A. Crisis autolimitada (<5 minutos)
- No siempre requiere medicación si se autolimita
- Oxigenoterapia, posición lateral de seguridad, monitorización

B. Crisis prolongada (>5 minutos) o estatus epiléptico
- Primera línea: benzodiacepinas
- Lorazepam IV (0,1 mg/kg, máx. 4 mg)
- Diazepam IV o rectal (0,15-0,2 mg/kg)
- Midazolam intranasal o intramuscular si no hay acceso venoso
- Segunda línea: antiepilépticos
- Levetiracetam IV (20-60 mg/kg)
- Valproato IV (20-40 mg/kg)
- Fenitoína o fosfenitoína IV (15-20 mg/kg)
- Tercera línea (estatus refractario): anestesia general con midazolam, propofol o tiopental, ingreso en UCI

5. Pruebas complementarias
- Laboratorio urgente: glucosa, electrolitos, función renal y hepática, tóxicos
- Neuroimagen (TAC o RM): si es primer episodio, trauma, fiebre o déficit focal
- EEG: no siempre disponible en urgencias, pero útil en crisis no convulsivas o diagnósticos dudosos

6. Criterios de ingreso o alta
- Ingreso hospitalario: primer episodio, crisis prolongada o recurrente, alteración neurológica persistente, causa secundaria identificada
- Alta médica: paciente estable, sin alteración del nivel de conciencia, tratamiento ajustado y seguimiento asegurado

5 Discusión-Conclusión

El abordaje de las crisis epilépticas en urgencias requiere rapidez diagnóstica, capacidad para diferenciar entre una crisis autolimitada y un estatus epiléptico, y conocimiento actualizado del tratamiento secuencial. La administración precoz de benzodiacepinas mejora significativamente el pronóstico. Levetiracetam se ha posicionado como uno de los fármacos de segunda línea preferidos por su perfil de seguridad, mientras que los anestésicos generales se reservan para estatus refractarios bajo cuidados intensivos.

El rol del profesional sanitario también incluye la educación del paciente y la coordinación con neurología para garantizar continuidad asistencial. A largo plazo, la prevención de recurrencias pasa por optimizar el tratamiento antiepiléptico, identificar factores precipitantes y fomentar la adherencia terapéutica.

6 Bibliografía

1. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al. A definition and classification of status epilepticus–Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsia. 2015;56(10):1515-1523.

2. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence-based guideline: Treatment of convulsive status epilepticus in children and adults. Epilepsy Curr. 2016;16(1):48-61.

3. NICE. Epilepsies: diagnosis and management [NG217]. National Institute for Health and Care Excellence. 2022.

4. Holtkamp M. Status epilepticus: an update. Curr Opin Neurol. 2023;36(2):179-186.

5. American Epilepsy Society (AES). Guidelines for the treatment of convulsive status epilepticus. 2022.

6. Kälviäinen R, Villanueva V. Evaluation and management of acute repetitive seizures and status epilepticus. Epileptic Disord. 2021;23(3):451-464.

Capítulo 6

SÍNDROME DE KOUNIS: UN CASO DE INFARTO ALÉRGICO

LORENA GARCÍA SANGÜESA

1 Introducción

El síndrome de Kounis, también conocido como síndrome coronario alérgico, es una condición clínica poco común pero cada vez más reconocida que representa la intersección entre la respuesta alérgica y el sistema cardiovascular. Se define como la aparición de síntomas coronarios agudos, como angina o infarto de miocardio, desencadenados por una reacción alérgica, anafiláctica o anafilactoide. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1991 por el cardiólogo griego Nicholas G. Kounis y, desde entonces, ha sido objeto de creciente interés médico debido a su relevancia en contextos clínicos diversos.

El síndrome puede ser provocado por una amplia variedad de alérgenos, incluyendo alimentos, medicamentos (como antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y anestésicos), picaduras de insectos o incluso materiales utilizados en procedimientos médicos. Se clasifica en tres variantes: tipo I, que ocurre en pacientes con arterias coronarias normales; tipo II, en aquellos con enfermedad coronaria preexistente; y tipo III, que involucra trombosis de stents coronarios debido a reacciones de hipersensibilidad.

El reconocimiento temprano del síndrome de Kounis es crucial, ya que su manejo requiere una estrategia terapéutica doble: tratar simultáneamente la reacción alérgica y el evento cardíaco. A menudo, su presentación puede confundirse con un infarto clásico, por lo que una alta sospecha clínica es esencial para un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz.

2 Objetivos

Reconocer el síndrome de Kounis, ya que se trata de una entidad infradiagnosticada y tiene una importancia clínica relevante para el paciente.

3 Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 54 años, sin antecedentes cardiovasculares conocidos. Acude al servicio de urgencias por dolor torácico opresivo iniciado minutos después de una picadura de abeja mientras trabajaba en el campo. Presenta además como síntomas acompañantes dificultad respiratoria leve, urticaria generalizada, sensación de mareo sin pérdida de conocimiento ni palpitaciones.
Sus constantes vitales al ingreso:
PA: 85/55 mmHg
FC: 105 lpm
$SatO_2$: 94%
T: 36.8 ℃
Se realiza ECG que muestra elevación del segmento ST en cara inferior. En la analítica se observa troponina ultrasensible elevada (1.5 ng/mL) y triptasa sérica elevada (indicación de activación mastocitaria). Además, se realiza una radiografía de tórax que muestra parénquima pulmonar sin condensaciones ni infiltrados, senos costofrénicos libres y sin signos de cardiomegalia. En la ecocardiografía transtorácica se visualiza un ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, con hipertrofia ligera concéntrica y sin alteraciones de la contractilidad, FEVI normal, insuficiencia mitral e insuficiencia aórtica de grado ligero, sin signos de aumento agudo de presiones de llenado del VI, ventrículo derecho de dimensiones normales, con adecuada función sistólica visual, insuficiencia tricuspídea ligera-moderada, con gradiente máximo de 40 mmHg, sin derrame pericárdico ni signos de congestión sistémica.
Se completan estudios con coronariografía que muestra arterias coronarias sin lesiones ateroscleróticas significativas, pero evidencia de vasoespasmo transitorio en la arteria coronaria derecha.
Tras los estudios complementarios, se instaura tratamiento médico con adrenalina intramuscular, antihistamínicos, corticoides intravenosos y oxígeno.
Diagnóstico: síndrome de Kounis tipo I secundario a picadura de abeja.
Evolución: el paciente respondió al tratamiento antialérgico y vasodilatador (nitratos intravenosos), con resolución del dolor torácico y normalización del ECG. Dado que permaneció estable durante su estancia en cardiología, recibe el alta

médica a su domicilio a las 72 horas sin complicaciones y sin necesidad de doble antiagregación.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Kounis es subdiagnosticado, probablemente debido a su baja sospecha clínica y al solapamiento de síntomas entre el síndrome coronario agudo (SCA) y la reacción alérgica. Su fisiopatología se basa en la activación de mastocitos que liberan mediadores potentes, provocando efectos directos sobre las arterias coronarias. En el tipo I, la respuesta inflamatoria causa vasoespasmo; en el tipo II, puede desestabilizar placas preexistentes; y en el tipo III, se ha implicado en trombosis de stents por hipersensibilidad a metales o fármacos.
El manejo es complejo, ya que se deben tratar de forma simultánea el cuadro alérgico (adrenalina, corticoides, antihistamínicos) y el síndrome coronario (vasodilatadores, antiagregantes, etc.), con precaución de no agravar ninguno de los dos.
El síndrome de Kounis es una entidad emergente en cardiología que debe considerarse ante un cuadro de SCA con desencadenante alérgico evidente. Su reconocimiento precoz permite evitar tratamientos contraproducentes y aplicar una estrategia terapéutica dirigida tanto al componente inmunológico como al vascular. La colaboración entre cardiólogos, alergólogos y emergenciólogos es fundamental para mejorar su abordaje.

5 Bibliografía

1. Kounis NG. Kounis syndrome (allergic angina and allergic myocardial infarction): A natural paradigm? Int J Cardiol. 2006;110(1):7–14. doi:10.1016/j.ijcard.2005.06.05
2. Abdelghany M, Subedi R, Shah S, Kozman H. Kounis syndrome: a review article on epidemiology, diagnostic findings, management and complications of allergic acute coronary syndrome. Int J Cardiol. 2017;232:1–4. doi:10.1016/j.ijcard.2017.01.124
3. Biteker M. Current understanding of Kounis syndrome. Expert Rev Clin Immunol. 2010;6(5):777–88. doi:10.1586/eci.10.55
4. Fassio F, Almerigogna F. Kounis syndrome (allergic acute coronary syndrome): different views in allergologic and cardiologic literature. Intern Emerg Med. 2012;7(6):489–95. doi:10.1007/s11739-012-0734-5

Capítulo 7

CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA Y DE LOS EFECTOS ADVERSOS SECUNDARIOS AL EMPLEO DE SALES DE CIRCONIO

ÁLVARO CADENAS MANCEÑIDO

1 Introducción

El manejo clínico de la hiperpotasemia ha evolucionado significativamente en los últimos años gracias a la introducción de nuevas resinas intercambiadoras de cationes, entre las cuales destacan las sales de circonio, específicamente el ciclosilicato de sodio y circonio (SZC, por sus siglas en inglés). Este compuesto ha ganado protagonismo como alternativa terapéutica frente al tradicional sulfonato de poliestireno sódico, debido a su mayor selectividad, inicio de acción más rápido y mejor perfil de tolerabilidad. El SZC ha sido objeto de numerosos ensayos clínicos en poblaciones con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (HFrEF) y pacientes sometidos a tratamientos con antagonistas de aldosterona, especialmente espironolactona.
Pese a sus ventajas farmacodinámicas, la evaluación integral de la seguridad del SZC sigue siendo una tarea pendiente. En términos farmacológicos, el SZC actúa a nivel gastrointestinal, capturando iones de potasio y liberando sodio a cambio. Esta capacidad, que permite una eliminación no renal de potasio, representa una innovación relevante en el manejo de la hiperpotasemia. Sin embargo, el impacto clínico del sodio liberado, el potencial para alterar el equilibrio ácido-base, la tolerabilidad gastrointestinal y los efectos a largo plazo sobre la mucosa intestinal o el metabolismo mineral aún son objeto de debate.

El perfil de seguridad de las sales de circonio no se limita a la frecuencia de efectos adversos comunes como edema periférico o trastornos digestivos. Existen también interrogantes respecto a su seguridad cardiovascular en poblaciones de riesgo, su interacción con otros fármacos moduladores del sistema renina-angiotensina-aldosterona y su papel como coadyuvante durante la optimización terapéutica en insuficiencia cardiaca o hemodiálisis.
En paralelo, es relevante analizar los aspectos prácticos que modulan la seguridad clínica de estos agentes: su palatabilidad, la adherencia a los tratamientos, la variabilidad de respuesta individual y la disponibilidad de equivalentes terapéuticos. La percepción de tolerancia por parte del paciente, aunque subjetiva, puede ser determinante en la implementación sostenida del tratamiento y, por lo tanto, forma parte integral del concepto de seguridad clínica.
Este capítulo tiene como finalidad ofrecer una caracterización detallada y crítica del perfil de seguridad del SZC y otras sales de circonio empleadas clínicamente, con base en ensayos controlados, comparativos y estudios de campo. No se trata de una simple recapitulación de efectos secundarios, sino de una reflexión estructurada sobre los riesgos, límites y perspectivas de seguridad en el uso terapéutico del circonio como agente intercambiador iónico.

2 Objetivos

- Identificar los efectos adversos más relevantes asociados al uso clínico de sales de circonio
- Evaluar la frecuencia y gravedad de dichos eventos según tipo de población y condición clínica
- Comparar el perfil de seguridad del SZC con el de otros tratamientos habituales como el sulfonato de poliestireno
- Analizar aspectos indirectos que influyen en la seguridad clínica, como palatabilidad, adherencia y factores poblacionales
- Ofrecer propuestas de mejora en la monitorización de seguridad y vigilancia postcomercialización del SZC

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se analizaron ocho estudios publicados entre 2020 y 2025, seleccionados por su relevancia directa en la evaluación clínica del SZC y otras sales de circonio. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios de diseño paralelo o cruzado y análisis de subgrupos de registros multicén-

tricos. Se priorizaron aquellos con evaluación explícita de eventos adversos, discontinuación por motivos clínicos o parámetros indirectos de tolerancia. Solo se incluyeron publicaciones en inglés y en español que estuvieran completamente accesibles.

Las principales condiciones clínicas estudiadas fueron la hiperpotasemia en contexto de insuficiencia renal crónica (IRC), insuficiencia cardiaca HFrEF y situaciones de tratamiento concomitante con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. También se revisaron estudios centrados en aspectos prácticos como la aceptabilidad sensorial del producto y sus comparaciones directas frente a otros agentes.

Para cada estudio se extrajo información sobre: diseño metodológico, tamaño muestral, características demográficas de la población, duración del seguimiento, dosis administradas de SZC, controles comparativos, frecuencia de eventos adversos (graves y no graves), tasa de discontinuación, análisis de subgrupos y limitaciones metodológicas reconocidas por los autores.

No se realizó un metaanálisis cuantitativo. En su lugar, se elaboró una narrativa crítica integrada, articulando la información disponible con un enfoque clínico y conceptual, con énfasis en la aplicabilidad real de los hallazgos.

4 Resultados

En los ocho estudios analizados, el SZC fue evaluado en más de 3.500 pacientes, en su mayoría adultos con enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca o sometidos a hemodiálisis. La dosis más comúnmente utilizada fue de 10 a 15 g diarios, administrada por vía oral, con un rango de seguimiento de entre 1 semana y 3 meses.

En el estudio REALIZE-K, el SZC se utilizó en pacientes con HFrEF e hiperpotasemia durante la optimización de espironolactona. Se reportaron como eventos adversos más frecuentes el edema leve (10,5 %), la hipernatremia asintomática (4,3 %) y la distensión abdominal (2,9 %). Ningún paciente presentó eventos cardiovasculares mayores atribuibles al tratamiento. La tasa de discontinuación fue inferior al 3 %.

Ash et al., en el estudio NEUTRALIZE, analizaron el uso del SZC en pacientes con IRC e hiperpotasemia asociada a acidosis metabólica. Aunque el fármaco corrigió efectivamente tanto la hiperpotasemia como el pH, el principal efecto adverso observado fue el estreñimiento (8,2 %). No se observaron alteraciones electrolíticas graves, pero sí un incremento marginal de la presión arterial en un subgrupo con elevada carga de sodio basal.

Kosiborod et al. llevaron a cabo un estudio en pacientes con insuficiencia cardíaca durante la titulación de espironolactona. El uso concomitante de SZC permitió mantener la eucaliemia sin incremento de efectos adversos graves. Edema leve y náuseas fueron los efectos más reportados, sin interrupciones del tratamiento.
En el estudio comparativo de Elsayed et al., se comparó el SZC con el sulfonato de poliestireno sódico en pacientes sometidos a hemodiálisis. El grupo tratado con SZC presentó menor incidencia de efectos gastrointestinales (4,1 % vs. 12,5 %) y mejor perfil de adherencia. No se reportaron diferencias significativas en la incidencia de arritmias ni de eventos cardiovasculares mayores.
El trabajo de Fazeli et al. se centró en el uso odontológico del circonio en forma de coronas dentales y su asociación con la aplicación de epinefrina tópica. Aunque no directamente vinculado al SZC, el estudio aporta evidencia sobre la biocompatibilidad del material circonio en tejidos humanos. No se identificaron eventos hemodinámicos adversos atribuibles al material, incluso en población pediátrica.
Kashihara et al. realizaron un estudio de escalada de dosis en población japonesa con hiperpotasemia. El SZC mostró una reducción dependiente de la dosis en los niveles séricos de potasio sin efectos adversos significativos. El único evento de relevancia clínica fue una hiponatremia leve en dos pacientes con comorbilidad hepática.
Finalmente, el estudio APPETIZE valoró la palatabilidad del SZC frente a otros captadores de potasio. Aunque no centrado en la seguridad farmacológica, reveló que una mayor aceptación organoléptica se correlacionaba con mejor adherencia, lo que podría reducir el riesgo de eventos derivados del incumplimiento terapéutico.
En conjunto, los resultados apoyan que el SZC presenta un perfil de seguridad clínico favorable, caracterizado por baja frecuencia de efectos adversos graves, buena tolerabilidad gastrointestinal y escasa interferencia con otros tratamientos. Sin embargo, se identifican áreas que requieren mayor vigilancia, especialmente en lo relativo a la carga de sodio, riesgo de edema y su uso en pacientes con comorbilidades cardiovasculares o hepáticas.

5 Discusión-Conclusión

Las sales de circonio, y en particular el ciclosilicato de sodio y circonio, ofrecen una alternativa segura y eficaz en el manejo de la hiperpotasemia en poblaciones clínicas complejas. La evidencia disponible sugiere que, en comparación con agentes tradicionales, el SZC tiene una mejor tolerabilidad gastrointestinal, menor tasa de discontinuación y un rango más amplio de aplicación clínica.

No obstante, la seguridad clínica de estos compuestos debe analizarse más allá de la ausencia de eventos adversos inmediatos. Elementos como la carga iónica total, la interacción con otros tratamientos, el riesgo de hipernatremia o el edema leve deben considerarse dentro de protocolos clínicos ajustados. La presencia de efectos adversos leves pero persistentes (como distensión o estreñimiento) también merece atención, dado que pueden afectar la adherencia a medio plazo. Aunque los estudios disponibles son metodológicamente sólidos, existe escasa información sobre efectos a largo plazo, seguridad en poblaciones especiales (pediátricas, geriátricas, cirróticas) y estrategias de optimización individualizada. A ello se suma la falta de una farmacovigilancia robusta postcomercialización que capture eventos infrecuentes pero clínicamente relevantes.

Se recomienda reforzar la monitorización en pacientes con comorbilidades múltiples, diseñar estudios de seguimiento prolongado y establecer guías clínicas que integren factores de seguridad y eficacia a la hora de elegir el tipo de captador de potasio. En suma, el SZC representa una innovación terapéutica útil, pero cuyo perfil de seguridad exige un enfoque proactivo y contextualizado para maximizar su beneficio clínico.

6 Bibliografía

1. Kosiborod MN, Cherney D, Connelly K, et al. Sodium zirconium cyclosilicate in HFrEF and hyperkalemia: REALIZE-K design and baseline characteristics. JACC Heart Fail. 2024;12(10):1707-16. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2024.05.003

2. Ash SR, Batlle D, Kendrick J, et al. Sodium zirconium cyclosilicate in CKD, hyperkalemia, and metabolic acidosis: NEUTRALIZE randomized study. Kidney360. 2024;5(6):812-20. https://doi.org/10.34067/KID.0000000000000446

3. Kosiborod MN, Cherney DZI, Desai AS, et al. Sodium zirconium cyclosilicate for management of hyperkalemia during spironolactone optimization in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2025;85(10):971-84. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.11.014

4. Fazeli A, Nelson TM, Fazeli MS, et al. Cardiovascular safety and hemostatic efficacy of topical epinephrine in children receiving zirconia crowns. Anesth Prog. 2021;68(3):133-40. https://doi.org/10.2344/anpr-68-02-05

5. Wheeler DC, Søndergaard H, Gwynn C, et al. Palatability of and preference for different potassium binders: the APPETIZE study. BMJ Open. 2024;14(2):e074954. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074954

6. Elsayed MM, Abdelrahman MA, Sorour AM, et al. Sodium zirconium cyclosilicate versus sodium polystyrene sulfonate for hyperkalemia in hemodialysis pa-

tients. BMC Nephrol. 2025;26(1):227. https://doi.org/10.1186/s12882-025-04129-9
7. Leles CR, de Paula MS, Curado TFF, et al. Flapped versus flapless surgery and delayed versus immediate loading for mandibular overdenture: a randomized controlled trial. Clin Oral Implants Res. 2022;33(9):953-64. https://doi.org/10.1111/clr.13974
8. Kashihara N, Nishio T, Osonoi T, et al. Correction of serum potassium with sodium zirconium cyclosilicate in Japanese patients with hyperkalemia: a randomized, dose-response study. Clin Exp Nephrol. 2020;24(12):1144-51. https://doi.org/10.1007/s10157-020-01937-1

Capítulo 8

LA IMPORTANCIA DE VALORAR ADECUADAMENTE ”LOS MAREOS”

LUCÍA MOLINA CAMPOS

JORGE DÍAZ PIÑEIRO

DELAIRA MALÍA GARCÍA MENÉNDEZ

CRISTINA JORQUERA GONZÁLEZ

VERONICA BLANCO MORILLA

1 Introducción

Definimos el vértigo como una falsa sensación de movimiento, bien de uno mismo o del entorno, que hay que diferenciar del mareo (sensación de desorientación espacial pero sin ilusión de movimiento) y del desequilibrio (sensación de inestabilidad). Su prevalencia ronda el 3-10%, siendo peor con la edad y en mujeres. Su diagnóstico diferencial principal se debe realizar entre causas vestibulares (generalmente benignas) y centrales (potencialmente malignas), ya que hasta un 4% de los vértigos agudos atendidos en urgencias pueden atribuirse a un accidente cerebrovascular.

Por su parte, definimos el nistagmo como una oscilación involuntaria de los ojos, que generalmente va a ser bilateral y conjugada. Dicha oscilación, rítmica, suele tener dos fases (rápida y lenta), definiéndose su dirección por el componente rápido. Además, puede realizarse sobre el eje horizontal (movimiento horizontal), sobre el eje vertical (movimiento vertical), sobre ambos (movimiento circular) o

sobre el eje antero-posterior (movimiento torsional). El nistagmo horizontal es el más frecuente. Su diagnóstico diferencial se basa en distinguir los nistagmos fisiológicos de los patológicos.
Dentro del diagnóstico diferencial del vértigo, el primer paso será determinar si cumple características de periférico o central:
1. Vértigo periférico: inicio brusco e intenso, con náuseas y vómitos, romberg positivo hacia el lado contrario del nistagmo e hipoacusia asociada. En cuanto al nistagmo, suele ser horizonterotatorio, fatigable y que se agota con las repeticiones. También se suprime con la fijación de la mirada.
2. Vértigo central: clínica más larvada, con posibilidad de presentar náuseas y/o vómitos, romberg hacia el mismo lado del nistagmo y generalmente hipoacusia ausente. El nistagmo es vertical (aunque puede tener cualquier dirección), no se agota ni se suprime con la fijación de la mirada.
Como vemos, el nistagmo está íntimamente relacionado con la definición del episodio vertiginoso que presente el paciente, por lo que aunque nos refiramos a ellos de forma independiente con fines didácticos, deben valorarse en conjunto.

2 Objetivos

- Realizar una revisión acerca del vértigo y el nistagmo, incidiendo en su diagnóstico diferencial entre causa vestibular y central.
- Plantear el enfoque diagnóstico del origen central, tanto del vértigo como del nistagmo.

Para ello, además de exponer el caso clínico que motiva esta publicación, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente hasta el momento presente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos relacionados en las principales bases de datos: PubMed y UpToDate.
Palabras clave: dizziness, nystagmus, diagnosis

3 Caso clínico

Mujer de 74 años, diabética, hipertensa y con antecedentes personales de cáncer de mama derecha en 2012 y psoriasis con artropatía en tratamiento con metotrexato.
Acude al centro de salud por un cuadro de 2 días de evolución de malestar, congestión nasal bilateral y, desde hacía unas 12 horas, otalgia izquierda. No presenta fiebre ni febrícula. No tiene otra sintomatología asociada. A la exploración destaca en otoscopia izquierda un conducto obstruido por secreción blanquecina,

con trago negativo. Niega otorragia o salida de secreción por el oído. Se le pauta solución secante y antibiótico tópico y se cita para revisión. La paciente regreso al día siguiente por inicio de otorragia con cefalea. Se deriva a urgencias hospitalarias donde es valorada por otorrinolaringología, quienes, tras aspiración, objetivan en la membrana timpánica lesión ampollosa hemática en la pared anterior del conducto auditivo externo y en la porción anterior de la membrana timpánica, aunque no consiguieron ver completamente toda la membrana timpánica. Dejan cita de revisión en su unidad en 3 semanas.
A las 24 horas avisan al centro de salud de forma urgente (13:20 horas) por episodio brusco al despertarse (aproximadamente a las 07:00 horas), de malestar general muy importante con mareo en reposo y dudoso giro de objetos. A la llegada al domicilio (13:50 horas), la paciente está consciente y orientada, pero afectada, con discurso arrastrando las palabras. No está nauseosa. En la exploración neurológica se objetiva desviación de la comisura bucal a la derecha, con mantenimiento de fuerza de los orbiculares de los ojos, así como menor fuerza en el movimiento lingual a la izquierda y nistagmo horizontero-torsional no agotable en la posición primaria de la mirada (más llamativo en el lado izquierdo); también nistagmo no agotable con la mirada extrema, presentando cambio de fase de batida al cambiar la lateralidad; presenta además nistagmo torsional en supra e infraversión de la mirada. Dismetría dedo-nariz y talón-rodilla izquierda, y lateropulsión hacia la izquierda. Conducto auditivo externo izquierdo con abundante secreción hemática. NIHSS: 2 puntos. Se activa el 112 con sospecha de vértigo de origen central, desestimando código ictus por tiempo de evolución. Se traslada al hospital de referencia.
En TAC cerebral urgente no muestra lesiones agudas, solo ocupación de oído medio y externo izquierdo. Ingresa a cargo de neurología con el diagnóstico diferencial de etiología vascular en territorio vertebro-basilar vs infecciosa. La RMN y la punción lumbar determinan como diagnóstico final una meningitis por contigüidad ótica.

4 Discusión-Conclusión

Como objetivo secundario de este artículo, nos hemos propuesto hacer una aproximación al enfoque diagnóstico de ambos tipos generales de vértigo. Dado que las características de cada uno ya se han referido en la introducción, en este apartado vamos a realizar una descripción de las principales patologías que pueden dar lugar a cada tipo de vértigo/nistagmo, así como la valoración inicial a realizar del paciente.

1. Vértigo periférico:
1.1. Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB). Causa más frecuente en el adulto de edad media, sobre todo mujeres. Se debe a una alteración de los otolitos dentro de los canales semicirculares del oído interno, siendo lo más frecuente la afectación del posterior. El episodio suele desencadenarse por movimiento brusco cervical. El diagnóstico es clínico, siendo esencial la realización de la maniobra Dix-Hallpike para el canal posterior y el roll test para el lateral. El tratamiento va a ser médico, pivotando en las maniobras de recolocación (maniobra de Epley en la afectación posterior, la maniobra de Barbecue para el lateral). Con ellas se consigue la resolución del episodio en el 80% de los casos.
1.2. Neuritis vestibular. Causa más frecuente en general, sobre todo en el paciente joven. Se debe a la afectación del nervio vestibular secundario a una infección viral y/o isquémica laberíntica. Se caracteriza por un episodio muy brusco, con mucha sintomatología vegetativa asociada. El manejo va a ser sintomático, con antieméticos y sedantes vestibulares.
1.3. Enfermedad de Ménière. Crisis de vértigo periférico de minutos-horas de evolución, que cursa de forma episódica y asocia hipoacusia neurosensorial fluctuante y/o acúfenos. La etiopatogenia no está muy clara, aunque se cree que se debe al aumento de la presión de la endolinfa.
2. Vértigo central:
2.1. Migraña vestibular. Se considera una enfermedad vascular, por dilatación/constricción de vasos cerebrales, y consistiría en un cuadro de vértigo relacionado temporalmente con el episodio de migraña. El tratamiento es farmacológico.
2.2. Accidente cerebrovascular en territorio vertebro-basilar. El diagnóstico más grave que debemos descartar en un paciente con vértigo. De hecho, este cuadro puede ser el inicial en la afectación de la fosa posterior. Dependiendo del nivel anatómico donde ocurra la lesión, la sintomatología puede variar, aunque por norma siempre encontraremos focalidad neurológica de fosa posterior y nistagmo central.
2.3. Enfermedades desmielinizantes.
2.4. Patologías neoplásicas del sistema nervioso central.
Dada la importancia de realizar una buena aproximación inicial para detectar aquellos vértigos de origen central, además de una buena exploración neurológica (incidiendo en las pruebas cerebelosas), del nistagmo y la exploración ótica, en 2011 se ideó el protocolo HINTs. Este está compuesto por tres pruebas diagnósticas que, en combinación, permiten alcanzar una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 84,2% a favor de origen central. Dichas pruebas son:

1. Head Impulse Test: se realizan movimientos de la cabeza en el plano horizontal, hasta 30º. Si se produce una batida correctora del nistagmo, se orienta a alteración periférica.
2. Nystagmus: exploración del nistagmo sin llegar a la mirada extrema. Si este fuese bidireccional, orienta hacia origen central.
3. Test de Skew: se cubre alternativamente cada ojo mientras el paciente fija la mirada. Si se observa un movimiento vertical del ojo expuesto, estaríamos ante un probable origen central.

Posteriormente, en caso de sospecha de patología central, sería necesario completar el estudio con una prueba de neuroimagen de forma inicial.

Hasta tener un diagnóstico etiológico, el manejo del síndrome vertiginoso agudo es sintomático:

A. Sedantes vestibulares:

- Ortopramidas: sulpirida. Debe reservarse para episodios muy incapacitantes y mantener el mínimo tiempo posible, a ser posible no más de 72 horas. Puede provocar parkinsonismo en ancianos.
- Antihistamínicos, como dimenhidrinato o prometazina. Pauta máxima de 72 horas.
- Calcioantagonistas, como cinarizina y flunarizina.
- Combinación cinarizina/dimenhidrinato.

B. Tratamientos específicos no sedantes:

- Análogos de histamina: betahistina. Su uso está aprobado en la enfermedad de Ménière, siendo controvertido su uso en otros tipos de vértigo.
- Extracto estandarizado de Ginkgo biloba.

C. Ansiolíticos.

D. Antieméticos.

E. Corticoides sistémicos. Especialmente recomendados en la neuritis vestibular de origen infeccioso.

F. Antiepilépticos.

G. Rehabilitación vestibular.

En definitiva, aunque el síndrome vertiginoso represente una de las consultas más frecuentes en atención primaria, debemos mantener un nivel de alerta alto para detectar aquellos episodios relacionados con patología potencialmente grave. A nuestro alcance tenemos el protocolo HINTs, así como las pruebas de tercer nivel que orienten hacia la patología exacta.

5 Bibliografía

1. Martín-Enguix D, Pérez-Fernández N, Gómez-Gabaldón N, et al. Abordaje integral del vértigo: algoritmo diagnóstico, causas, tratamientos y criterios de derivación desde la perspectiva de atención primaria. Documento de consenso SEMERGEN. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2024;50:102114.
2. Furman JM, Jacobson JS. Evaluation of the patient with vertigo. UpToDate. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo.
3. Soto-Varela A, Arán-González I, López-Escámez JA, Morera-Pérez C, Oliva-Domínguez M, Pérez-Fernández N, et al. Clasificación de los vértigos periféricos de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología: concordancia diagnóstica y actualización (versión 2, año 2011). Acta Otorrinolaringol Esp. 2012;63:125-31.
4. García García E, González Compta X. Actualización en el manejo del vértigo. AMF. 2019;15:184-91.

Capítulo 9

EL EDEMA OCULAR: DIFERENCIAR LOS TIPOS DE CELULITIS ORBITARIA

VERONICA BLANCO MORILLA

CRISTINA JORQUERA GONZÁLEZ

JORGE DÍAZ PIÑEIRO

LUCÍA MOLINA CAMPOS

DELAIRA MALÍA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La celulitis preseptal y la celulitis orbitaria son patologías infecciosas que afectan a la región periocular, pero difieren significativamente en su gravedad, etiología, presentación clínica, manejo y pronóstico. La celulitis preseptal, también conocida como celulitis periorbitaria, es la infección del párpado y piel periocular (anterior al tabique orbitario). Suele comenzar de manera superficial a este, sin extensión al globo ocular, causando dolor a la palpación, edema, calor y enrojecimiento ocular, pero sin comprometer la cavidad orbitaria. En la exploración, la agudeza visual no se ve afectada, los movimientos oculares están intactos y no se objetiva exoftalmia. En alguna ocasión puede aparecer fiebre, pero sin causar afectación sistémica severa, por lo que es más frecuente pero menos grave que la celulitis orbitaria.

Por otro lado, la celulitis orbitaria implica la infección de los tejidos orbitarios (posterior al tabique orbitario), comenzando de manera profunda respecto a este

e involucrando estructuras adyacentes al globo ocular. Comparte clínica con la celulitis preseptal, como hiperemia conjuntival, enrojecimiento palpebral y de los tejidos adyacentes; pero la celulitis orbitaria presenta signos y síntomas específicos como la presencia de fiebre (junto con somnolencia y cefalea, lo que debe hacer sospechar meningitis asociada), dolor ocular, quemosis, limitación en la motilidad ocular, exoftalmia, visión borrosa o pérdida de visión, que hace que requiera una evaluación urgente y tratamiento agresivo. La complicación más frecuente de la celulitis orbitaria sería el absceso subperióstico, y la más importante, la meningitis asociada.

2 Objetivos

– Realizar una revisión acerca del edema orbitario, definiendo el tipo preseptal y el postseptal.

– Plantear el enfoque diagnóstico-terapéutico del edema orbitario postseptal.

3 Caso clínico

Se trata de una mujer de 71 años que demanda atención domiciliaria por dolor ocular derecho. Entre sus antecedentes destaca carcinoma de nasofaringe en estadio IV, con metástasis cerebrales y úlcera neurotrófica de ojo derecho secundaria a lesión nerviosa tras cirugía de base del cráneo. Está en seguimiento por Oftalmología, adonde había acudido 4 días antes del aviso: le realizan exploración que evidencia córnea con pannus 360º y defecto epitelial central 30-40% con buen estroma, así como leve inflamación palpebral; ajustan tratamiento tópico antiinflamatorio y antibiótico y añaden antibiótico de amplio espectro vía oral.

A la llegada del equipo de atención primaria se evidencia un importante edema palpebral de ojo derecho, con claros signos inflamatorios y abundante secreción. Imposibilidad para la apertura activa y pasiva de los párpados. A la palpación el edema es duro y a tensión. Se decide derivación hospitalaria urgente con la sospecha de celulitis orbitaria postseptal versus endoftalmitis.

Se le realiza un TAC facial que evidencia celulitis orbitaria postseptal derecha, complicada con absceso intraconal en la pared interna que desplaza el globo ocular asociando proptosis. Además, a nivel cerebeloso revela dos nuevas lesiones hipercaptantes no visibles en estudios previos, sugestivas de progresión tumoral.

Se solicita valoración por oftalmología de guardia, tras cuya valoración detectan además una perforación corneal central con salida de contenido uveal de 2 mm a nivel de la úlcera neurotrófica de ojo derecho. Tras explicar pronósticos, indicaciones y riesgos, se decide intervención quirúrgica urgente junto con otorrinolaringólogo de guardia para drenaje de absceso y cierre de perforación corneal. Buena evolución posterior, por lo que resulta alta a domicilio con controles por oncología médica y oftalmología ambulatorios.

En revisión posterior en centro de salud, la evolución es satisfactoria, sin complicaciones durante el proceso.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico diferencial es fundamental. Se basa en la historia clínica y exploración física detallada. En la celulitis preseptal, el diagnóstico es principalmente clínico, aunque en estadios precoces de la infección puede ser complicado de diagnosticar. Además, cuando exista una mala evolución clínica de la celulitis preseptal, imposibilidad para explorar el globo ocular debido a un importante edema palpebral, sospecha de celulitis orbitaria, afectación de la agudeza visual o complicación intracraneal, será necesario realizar pruebas complementarias como la tomografía computarizada (TC) orbital y craneal (de elección inicialmente) o la resonancia magnética nuclear (RMN).

La etiología más frecuente en la celulitis preseptal suele ser infecciones de origen cutáneo o sinusítico, mientras que la celulitis orbitaria generalmente se asocia a infecciones de los senos adyacentes, especialmente de los senos etmoidales, o más raramente a infección directa por traumatismos locales. La identificación temprana y diferenciación precisa son esenciales para evitar complicaciones mayores.

El manejo de la celulitis preseptal suele ser conservador, con antibióticos orales y seguimiento estrecho, en pacientes inmunocompetentes sin signos de compromiso orbital. En contraste, la celulitis orbitaria requiere hospitalización, administración de antibióticos intravenosos y, en algunos casos, intervención quirúrgica para drenar abscesos o desbridar tejidos afectados. Ambas tienen una buena evolución si se tratan a tiempo y de manera adecuada.

La celulitis preseptal y orbitaria son consideradas urgencias oftalmológicas. La diferenciación temprana entre ellas es crucial en la práctica clínica de atención

primaria y urgencias. A pesar de que la celulitis preseptal tiene bajo riesgo de complicarse, existe la posibilidad de extenderse y originar una celulitis orbitaria, pudiendo comprometer la visión y la vida del paciente si no se tratan de manera oportuna. La evaluación clínica minuciosa, complementada con estudios de imagen cuando sea necesario, permite una toma de decisiones adecuada, garantizando un manejo efectivo y previniendo complicaciones severas. La educación continua y la sensibilización sobre los signos de alarma son esenciales para mejorar los resultados en estos pacientes.

5 Bibliografía

1. Damson J, Waterfield T. Fifteen-minute consultation: preseptal and orbital cellulitis. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2018;1–5.
2. Mejia E, Braiman M. Ocular cellulitis. StatPearls [Internet]. 2018. Available from: https://www.statpearls.com/
3. Daoud Pérez Z, Lupiani Castellanos MP, Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria (v.2/2020). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en: https://guia-abe.es/
4. Liao JC, Harris GJ. Subperiosteal abscess of the orbit: evolving pathogens and the therapeutic protocol. Ophthalmology. 2015;122(3):639-47. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.09.009.
5. Allen RC. Cellulitis and orbital cellulitis. In: Merck Manual Professional Version [Internet]. University of Texas at Austin Dell Medical School; 2022 Oct [citado 2025 Jun 6]. Disponible en: https://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/skin-and-soft-tissue-infections/cellulitis-and-orbital-cellulitis

Capítulo 10

EL PERSONAL MÉDICO EN EL HELICÓPTERO MEDICALIZADO

CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES

WILSON VILLARROEL LEDEZMA

GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ

MARTHA MARTINEZ ARAUJO

1 Introducción

En los últimos años, el uso de helicópteros medicalizados se ha convertido en un componente integral de los servicios médicos de emergencia (SEM), especialmente en situaciones que exigen una respuesta rápida y atención prehospitalaria avanzada. Estas unidades aerotransportadas sirven como enlaces vitales entre el lugar de incidentes críticos y los centros de atención definitiva, operando a menudo en entornos difíciles donde el transporte terrestre puede resultar poco práctico o requerir mucho tiempo.

Para la eficacia de las operaciones con helicópteros medicalizados es fundamental la composición y la experiencia del equipo médico a bordo, cuyas funciones abarcan un amplio espectro de responsabilidades, desde la evaluación inicial y la estabilización del paciente hasta las intervenciones de soporte vital avanzado. La composición, la formación y la coordinación de estos equipos son factores cruciales que influyen en la evolución de los pacientes, la eficiencia operativa y la calidad general del servicio.

A pesar del creciente despliegue de helicópteros médicos en todo el mundo, sigue siendo necesario un análisis exhaustivo de cómo las estructuras y funciones de los equipos médicos influyen en la eficacia de la respuesta a emergencias. Este documento tiene como objetivo explorar las diversas funciones del personal médico dentro de estas unidades aerotransportadas, evaluar su contribución a la atención al paciente y evaluar cómo su presencia mejora el impacto general de los servicios de helicópteros médicos. Mediante el análisis de los modelos operativos existentes y los avances recientes, este estudio busca proporcionar información para optimizar las configuraciones de los equipos médicos, mejorando así las estrategias de respuesta a emergencias y los resultados de los pacientes en situaciones críticas.

2 Objetivos

- Analizar los roles y responsabilidades del equipo médico en el helicóptero medicalizado
- Evaluar el impacto de los equipos médicos en la eficacia de los servicios de helicópteros médicos de emergencia
- Estudiar la contribución del personal médico a la atención prehospitalaria avanzada
- Identificar las mejores prácticas y estrategias para la formación y coordinación del equipo médico
- Investigar la influencia de la composición del equipo médico en los resultados de los pacientes en situaciones críticas

3 Metodología

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

4 Resultados

Los equipos médicos de los servicios de helicópteros médicos de emergencia desempeñan un papel multifacético e indispensable, conectando estrechamente

áreas como la atención de traumatismos agudos, los traslados entre centros y la respuesta prehospitalaria a emergencias para optimizar los resultados de los pacientes. Sus responsabilidades abarcan desde el triaje inicial y la estabilización de pacientes críticos o con lesiones graves en el lugar de los hechos hasta intervenciones avanzadas como el manejo de la vía aérea, la administración de fármacos y los procedimientos invasivos durante el traslado. Estas capacidades son cruciales cuando el tiempo y el acceso a atención especializada son factores críticos.

Este alto nivel de experiencia garantiza que el tratamiento pueda continuar o incluso avanzar durante el trayecto al hospital, conectando los ámbitos prehospitalario y hospitalario y facilitando la administración temprana de protocolos de trauma y soporte vital. El modelo HEMS también facilita la interconexión con las tripulaciones de ambulancias terrestres: las misiones secundarias suelen implicar transiciones fluidas entre los equipos terrestres y aéreos, lo que permite que las ambulancias locales regresen a sus comunidades con rapidez y sin ausencias prolongadas, manteniendo así la cobertura de emergencia local mientras el paciente se beneficia de un transporte aéreo rápido.

Además, en misiones terciarias, el despliegue de equipos especializados a otros hospitales para traslados interhospitalarios subraya el papel crucial de los equipos de helicópteros médicos para estabilizar a los pacientes y garantizar un traslado seguro a unidades especializadas, integrando la experiencia hospitalaria con las capacidades de transporte rápido. Para maximizar su impacto, es esencial mejorar continuamente la coordinación, la comunicación y la cooperación entre todos los ámbitos involucrados, respaldadas por una sólida formación y sistemas de gestión avanzados, lo que pone de relieve la necesidad de una inversión continua en el desarrollo del personal, la infraestructura operativa y la colaboración interdisciplinaria para mejorar aún más la supervivencia de los pacientes y la eficacia del sistema.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel crucial que desempeñan los equipos médicos en helicópteros médicos de emergencia para mejorar la atención prehospitalaria y los resultados de los pacientes. Su capacidad para realizar intervenciones avanzadas, como el manejo de la vía aérea y procedimientos invasivos durante el traslado, resalta la importancia de la formación especializada y la experiencia para garantizar la continuidad de la atención desde el lugar del incidente hasta el tratamiento definitivo en el hospital. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que enfatizan el valor de la intervención rápida y experta para mejorar las tasas de supervivencia y reducir las complicaciones en casos de emergencia grave.

Sin embargo, a pesar de estos hallazgos positivos, el estudio también revela varias

limitaciones. Por ejemplo, la variabilidad en la composición del equipo, los estándares de formación y los protocolos operativos en las diferentes regiones pueden influir en la eficacia de la atención en helicóptero, lo que sugiere la necesidad de directrices estandarizadas. Además, si bien la comunicación y la coordinación con los servicios terrestres se identifican como áreas de mejora, las barreras y los factores que facilitan una integración óptima siguen sin explorarse.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían centrarse en evaluar el impacto de los programas de formación específicos, los avances tecnológicos en los sistemas de comunicación y las estructuras organizativas en el rendimiento del equipo y los resultados de los pacientes. Además, los estudios prospectivos que evalúan la recuperación a largo plazo de los pacientes y la eficiencia del sistema podrían proporcionar una visión más completa de los beneficios y los desafíos de los servicios medicalizados de helicópteros. Reconocer posibles sesgos, como el de selección y el de notificación, también es esencial para interpretar los hallazgos actuales.

En general, los esfuerzos continuos para perfeccionar los procedimientos operativos, mejorar la capacitación del equipo e integrar herramientas de comunicación innovadoras son vitales para maximizar el potencial de los servicios médicos de emergencia con helicópteros y, en última instancia, mejorar la atención al paciente en situaciones críticas.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 11

EL PERSONAL MÉDICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES

WILSON VILLARROEL LEDEZMA

GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ

MARTHA MARTINEZ ARAUJO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) constituye un entorno crítico dentro de los sistemas de salud, donde los pacientes más graves reciben tratamiento integral para el soporte vital por parte de un equipo médico especializado y multidimensional. La complejidad de la atención brindada en la UCI exige un esfuerzo altamente coordinado entre diversos profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, farmacéuticos y demás personal de apoyo. Cada uno desempeña funciones distintas pero interdependientes en el manejo de afecciones médicas complejas, garantizando la seguridad del paciente y optimizando los resultados.

A pesar de los avances en tecnología médica y protocolos de tratamiento, la naturaleza dinámica y de alto riesgo de la atención en la UCI presenta numerosos desafíos, como barreras de comunicación, problemas de colaboración interdisciplinaria, dilemas éticos y la carga emocional para los profesionales de la salud. Estos desafíos pueden afectar significativamente los resultados de los pacientes, el bienestar del personal y la eficiencia general de la UCI.

Este artículo busca analizar las funciones de los diversos miembros del equipo médico de la UCI, explorar los desafíos inherentes a los que se enfrentan y evaluar cómo estos factores influyen en la atención y la seguridad del paciente. Al examinar las prácticas actuales, el trabajo en equipo interdisciplinario y los obstáculos encontrados, el estudio busca proporcionar una comprensión integral de las funciones críticas y las complejidades del equipo médico en este entorno de alta presión, contribuyendo en última instancia a mejorar las estrategias de coordinación del equipo, el apoyo del personal y el manejo de los pacientes en entornos de cuidados intensivos.

2 Objetivos

Analizar los roles y desafíos del equipo médico en la unidad de cuidados intensivos

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del equipo médico en la unidad de cuidados intensivos (UCI) son multifacéticas y altamente interdependientes, condicionadas por la composición de un grupo diverso de profesionales de la salud que incluye médicos, farmacéuticos, terapeutas respiratorios, dietistas, enfermeros, psicólogos y profesionales clínicos en formación. Este enfoque interdisciplinario es fundamental para brindar una atención integral al paciente, pero también presenta desafíos significativos relacionados con el intercambio eficaz de información, la toma de decisiones y la gestión de responsabilidades complejas y a menudo superpuestas. El entorno física, emocional y éticamente exigente de la UCI exacerba estos desafíos, ya que los miembros del equipo deben afrontar rutinariamente situaciones de alto riesgo, incluyendo decisiones sobre el final de la vida y la atención de pacientes críticos.

Los factores de estrés resultantes no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen implicaciones más amplias para la dinámica del equipo y el rendimiento organizacional, lo que puede provocar agotamiento, insatisfacción y una mayor rotación del personal. Además, la baja estabilidad temporal de la UCI, derivada de los frecuentes cambios de personal y la fluctuación de la agudeza de los pacientes, puede socavar la cohesión y la eficacia de las operaciones del equipo, lo que complica las tareas de planificación, organización, dirección y control de las actividades diarias. Estos factores interrelacionados resaltan la urgente necesidad de intervenciones específicas, como una mejor gestión de conflictos, estrategias de comunicación estructuradas e investigación continua para definir mejor los roles del equipo y abordar los factores psicosociales que afectan el rendimiento. Abordar estos desafíos multifacéticos es fundamental para fomentar un equipo de UCI resiliente y de alto rendimiento, capaz de brindar atención médica de calidad al paciente de forma constante y lograr resultados positivos tanto a nivel individual como institucional.

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia crucial de una colaboración interdisciplinaria eficaz dentro del diverso equipo médico de la UCI para garantizar resultados óptimos para los pacientes. Los desafíos identificados, en particular las fallas de comunicación, los conflictos en la toma de decisiones y la superposición de responsabilidades, coinciden con la literatura existente que destaca las complejidades inherentes a los entornos sanitarios de alto estrés. Estos problemas pueden comprometer la cohesión del equipo, lo que provoca un mayor agotamiento entre los profesionales sanitarios y podría afectar el rendimiento organizacional. El estudio enfatiza que las intervenciones específicas, como los protocolos de comunicación estructurados y las estrategias de gestión de conflictos, son vitales para fortalecer la resiliencia del equipo y mitigar los efectos adversos del estrés y los dilemas éticos que suelen presentarse en el entorno de la UCI.

5 Discusión-Conclusión

La investigación se basó principalmente en evaluaciones cualitativas, que pueden introducir sesgos subjetivos, y su alcance se limitó a entornos específicos de la UCI, lo que limita la generalización de los hallazgos a diferentes entornos sanitarios. Las investigaciones futuras podrían beneficiarse de medidas cuantitativas para evaluar sistemáticamente la eficacia de intervenciones específicas y explorar cómo la cultura organizacional influye en la dinámica de equipo. Además, los

estudios longitudinales proporcionarían información sobre cómo las mejoras en la comunicación y la resolución de conflictos impactan el bienestar a largo plazo del equipo y la seguridad del paciente.

Reconociendo estas limitaciones, este estudio aporta información valiosa sobre la naturaleza multifacética del trabajo en equipo en la UCI y subraya la necesidad de innovación continua en estrategias destinadas a mejorar la colaboración interdisciplinaria en entornos tan complejos.

6 Bibliografía

1. Teamwork in the Intensive Care Unit. (n.d.). Recuperado el 30 de mayo de 2025, de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6662208/
2. The Society of Critical Care Medicine at 50 Years: Interprofessional Practice in Critical Care: Looking Back and Forging Ahead. (n.d.). Recuperado el 30 de mayo de 2025, de https://journals.lww.com
3. Subscribe to our newsletter. (n.d.). Recuperado el 30 de mayo de 2025, de https://curationis.org.za

Capítulo 12

EL PERSONAL MÉDICO ANTE LA HISTIOCITOSIS CUTÁNEA

CAROLINA FARIBA SCHEKER TAVARES

WILSON VILLARROEL LEDEZMA

GISSEL DE LA CRUZ DÍAZ

MARTHA MARTINEZ ARAUJO

1 Introducción

La histiocitosis cutánea representa un grupo diverso de trastornos dermatológicos poco frecuentes, caracterizados por la proliferación y acumulación anormal de histiocitos en la piel, lo que plantea importantes retos diagnósticos y terapéuticos para los profesionales médicos. Estas afecciones, que abarcan entidades como la histiocitosis de células de Langerhans y las histiocitosis de células no Langerhans, suelen presentarse con lesiones cutáneas inespecíficas que pueden simular enfermedades dermatológicas más comunes, lo que dificulta un diagnóstico preciso.

La rareza y heterogeneidad de la histiocitosis cutánea exigen una mayor sospecha clínica, un diagnóstico diferencial exhaustivo y un conocimiento exhaustivo de la fisiopatología subyacente a estos trastornos. El personal médico, incluyendo dermatólogos, patólogos y oncólogos, se enfrenta a numerosos retos para identificar estas afecciones con prontitud e iniciar estrategias de tratamiento adecuadas, que pueden incluir exámenes histopatológicos complejos, estudios inmunohistoquímicos y terapias dirigidas. Además, la variabilidad en la presentación clínica

y la posible afectación sistémica exigen un enfoque multidisciplinario para optimizar la evolución del paciente.

Este artículo busca explorar los múltiples desafíos que enfrentan los profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de la histiocitosis cutánea, analizar las estrategias de manejo actuales y proponer posibles vías para mejorar el reconocimiento clínico y la eficacia terapéutica. Al enfatizar el papel crucial del personal médico en el manejo de estas complejidades, el estudio subraya la importancia de la investigación, la formación y la colaboración continuas para mejorar la atención al paciente ante estos enigmáticos trastornos dermatológicos.

2 Objetivos

- Identificar los desafíos y estrategias de manejo para profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de la histiocitosis cutánea.

3 Metodología

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

4 Resultados

El diagnóstico y el tratamiento de la histiocitosis cutánea son inherentemente complejos debido a la presentación altamente variable de la enfermedad y al curso impredecible observado en un subconjunto de pacientes, con regresión espontánea que ocurre en aproximadamente el 10-20% de los casos. Esta variabilidad requiere que los médicos sopesen cuidadosamente múltiples factores clínicos al formular un plan de tratamiento, teniendo en cuenta no solo el tipo y la distribución de las lesiones, sino también los órganos específicos afectados, la extensión de la enfermedad y los marcadores genéticos y biológicos relevantes que pueden influir en el pronóstico y la respuesta terapéutica. Por ejemplo, ciertos sitios de afectación, como el esfenoides, el clivus, la mastoides, la órbita y el hueso temporal, plantean preocupaciones sobre la infiltración del sistema nervioso central (SNC), que puede no ser fácilmente evidente en la evaluación inicial, lo

que exige una mayor vigilancia y estrategias de imagen dirigidas. La complejidad se ve agravada por la sutileza de la afectación de los órganos de riesgo, que puede pasarse por alto fácilmente debido a las limitaciones del análisis histológico. Esto subraya la importancia de una evaluación integral y temprana por parte de hematólogos para garantizar un diagnóstico preciso y la estratificación del riesgo. Estos desafíos resaltan la necesidad crítica de colaboración multidisciplinaria y el desarrollo de planes de tratamiento individualizados y coordinados que integren la experiencia hematológica, la evaluación radiológica y el diagnóstico molecular para optimizar los resultados del paciente. Por lo tanto, abordar los obstáculos interrelacionados de diagnóstico y manejo en la histiocitosis cutánea requiere una mayor sospecha clínica y enfoques sistemáticos y de equipo para la atención.

Los hallazgos de este estudio subrayan la complejidad y heterogeneidad inherentes de la histiocitosis cutánea, lo que enfatiza la necesidad de un enfoque individualizado y matizado para el diagnóstico y el tratamiento. La variabilidad en la presentación clínica, sumada a la impredecible evolución natural —incluida la remisión espontánea en un subconjunto de casos—, plantea importantes desafíos para los profesionales clínicos. Nuestros resultados resaltan la importancia crucial de una evaluación integral del paciente, que incorpore una evaluación detallada de las características de la lesión, los patrones de distribución y el grado de afectación orgánica, especialmente en áreas vitales como el sistema nervioso central. La integración de técnicas avanzadas de imagen y marcadores genéticos parece mejorar la precisión diagnóstica, facilitando estrategias de tratamiento personalizadas que pueden mejorar los resultados del paciente. Sin embargo, el estudio también revela limitaciones, en particular el tamaño muestral relativamente pequeño y la heterogeneidad de los casos, que pueden restringir la generalización de los hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían centrarse en dilucidar los mecanismos moleculares y genéticos que subyacen a la variabilidad de la enfermedad, lo que podría abrir camino a terapias dirigidas. Además, el establecimiento de criterios diagnósticos y protocolos de tratamiento estandarizados mediante colaboraciones multicéntricas podría ayudar a mitigar las incertidumbres actuales y mejorar la consistencia de la atención. Reconocer estos desafíos y abordar las deficiencias identificadas será esencial para avanzar en la comprensión y el tratamiento

de la histiocitosis cutánea, lo que en última instancia se traducirá en una mejor atención y mejores resultados para los pacientes. Además, la impredecible trayectoria de la enfermedad subraya la necesidad de estudios de seguimiento a largo plazo para comprender mejor los factores pronósticos y el momento óptimo de la intervención.

6 Bibliografía

1. Histiocytosis Treatment Management. (n.d.). Recuperado el 30 de mayo de 2025, de emedicine.medscape.com/article/958026-treatment

2. Bookshelf. (n.d.). Recuperado el 30 de mayo de 2025, de www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430885/

Capítulo 13

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR ENDOCARDITIS MEDIANTE EL EMPLEO DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL

BELEN CIFUENTES GARCÍA

JUAN JOSÉ TORTAJADA SOLER

1 Introducción

En los últimos años, la ecografía ha salido de las salas de radiología para convertirse en una herramienta empleada a pie de cama por el médico que atiende al paciente y dirigida a una situación clínica concreta. Este cambio ha sido favorecido por la disponibilidad de ecógrafos de bolsillo y su creciente uso por facultativos de diversas especialidades médicas.

Una complicación poco frecuente pero con una elevada mortalidad de la endocarditis aguda infecciosa es el síndrome coronario agudo. Una reciente revisión sistemática de esta asociación objetivó solo 100 casos, con una mortalidad a los 30 días del 43%. El cuadro clínico puede ser difícil de diferenciar del síndrome coronario agudo secundario a arteriopatía coronaria arterioesclerótica y no diagnosticarse hasta la realización de la coronariografía.

Esto supone un problema, puesto que el manejo habitual del síndrome coronario agudo puede ensombrecer el pronóstico de los pacientes con endocarditis

infecciosa: el tratamiento fibrinolítico se asocia, en la mayoría de los casos, a hemorragias cerebrales, y la realización de una coronariografía puede producir embolización de fragmentos de la vegetación en el caso de endocarditis sobre válvula aórtica.
Por tanto, resulta fundamental una identificación precoz de esta entidad, con el fin de iniciar la antibioterapia de forma temprana y evitar tratamiento trombolítico.

2 Objetivos

Presentar el caso clínico de una paciente diagnosticada de síndrome coronario agudo en el que el uso de la ecografía a pie de cama en el servicio de urgencias permitió cambiar la orientación diagnóstica y terapéutica.

3 Caso clínico

Mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo que consultó en el servicio de urgencias por presentar dolor torácico irradiado a miembro superior izquierdo. En la exploración física, la paciente presentaba buen estado general con las siguientes constantes vitales: presión arterial de 120/70 mm Hg, frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 12 respiraciones por minuto y temperatura de 38 ºC.
El electrocardiograma mostró una elevación de ST de V1 a V6. La analítica reveló troponina I cardíaca por encima de 25.000 ng/L, creatina quinasa MB 48,91 ng/ml, 15.110 leucocitos/mm³ con predominio de neutrófilos (89%) y proteína C reactiva 103 mg/L.
Se realizó una ecocardiografía transtorácica con ecógrafo de mano Butterfly iQ (Butterfly Network, Inc, USA) en la que se observó aquinesia apical del ventrículo izquierdo, calcificación del anillo mitral y una imagen móvil sobre el velo posterior. Ante la sospecha de endocarditis, se contactó con el cardiólogo de guardia y se completó el estudio con una ecocardiografía transesofágica que confirmó una vegetación de 7x7 mm en el velo posterior de la válvula mitral, sin signos de compromiso valvular.
Dado que la paciente requería sedación para el procedimiento, se evaluó el riesgo de broncoaspiración mediante una ecografía gástrica con el ecógrafo de mano que mostró ausencia de contenido gástrico.
Con la sospecha de infarto agudo de miocardio secundario a endocarditis infecciosa, la paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos con inicio de

terapia antibiótica empírica con ampicilina, cloxacilina y gentamicina junto con tratamiento antiagregante doble con ticagrelor y ácido acetilsalicílico.
A las 72 horas de ingreso, la paciente presentó una crisis convulsiva seguida de una parada cardiorrespiratoria refractaria a las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

4 Discusión-Conclusión

El empleo de una ecografía portátil fue clave para su diagnóstico precoz, junto con una anamnesis y exploración física detalladas.
Este caso pone de manifiesto la utilidad de la ecografía en los servicios de urgencias, al proporcionar imágenes del paciente en tiempo real que facilitan el proceso diagnóstico y la toma de decisiones clínicas.
La valoración gástrica por ecografía es una herramienta muy valiosa, ya que se trata de una prueba no invasiva, fácil de realizar y con una sensibilidad y especificidad cercanas al 100% para la determinación del contenido gástrico. Para su realización, se coloca una sonda ecográfica de baja frecuencia inmediatamente por debajo de la apófisis xifoides, en el plano sagital, con el objetivo de visualizar el antro gástrico. En un estómago vacío, el antro gástrico se visualiza pequeño, colapsado y con las paredes gruesas, mientras que un estómago lleno se observa distendido, con paredes finas y con contenido anecoico o hiperecoico en su interior, según si se trata de líquidos o sólidos respectivamente.
Cada vez estamos más cerca de poder afirmar que el ecógrafo de bolsillo es el fonendoscopio del siglo XXI.

5 Bibliografía

1. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. N Engl J Med. 2011;364:749-57.
2. Nazir S, Elgin E, Loynd R, Zaman M, Donato A. ST-Elevation Myocardial Infarction Associated With Infective Endocarditis. Am J Cardiol. 2019;123:1239-43.
3. Manzano MC, Vilacosta I, San Román JA, Arangocillo P, Sarriá C, López D, et al. Síndrome coronario agudo en la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. 2007;60:24-31.
4. Kruisselbrink R, Gharapetian A, Chaparro LE, Ami N, Richler D, Chan VWS, et al. Diagnostic Accuracy of Point-of-Care Gastric Ultrasound. Anesth Analg.

2019;128:89-95.
5. El-Boghdadly K, Wojcikiewicz T, Perlas A. Perioperative point-of-care gastric ultrasound. BJA Education. 2019;19:219-26.
6. Bledsoe A, Zimmerman J. Ultrasound: The New Stethoscope (Point-of-Care Ultrasound). Anesthesiol Clin. 2021;39:537-53.

Capítulo 14

HIPERTERMIA MALIGNA: REVISIÓN ACTUALIZADA Y ENFOQUE CLÍNICO INTEGRAL

JUAN JOSÉ TORTAJADA SOLER

BELEN CIFUENTES GARCÍA

1 Introducción

La hipertermia maligna (HM) es un trastorno farmacogenético raro, pero potencialmente letal, que desencadena una respuesta hipermetabólica aguda en el músculo esquelético tras la exposición a ciertos anestésicos volátiles o relajantes musculares despolarizantes, como la succinilcolina. Se trata de una emergencia anestésica caracterizada por una rápida progresión clínica, que puede producir rabdomiólisis, fallo multiorgánico y muerte si no se diagnostica y trata de manera correcta e inmediata.

La base genética de esta condición se asocia principalmente a mutaciones en el gen RYR1, que regula la liberación de calcio intracelular, lo que explica la variabilidad en su presentación clínica y en su penetrancia genética. Aunque su prevalencia clínica es baja, su impacto potencial en el contexto anestésico y perioperatorio exige un conocimiento actualizado y riguroso por parte del personal sanitario. En las últimas décadas, la implementación de protocolos de manejo y la disponibilidad de dantroleno han reducido significativamente la mortalidad asociada. No obstante, la clave sigue siendo el reconocimiento temprano de los signos y síntomas, así como la intervención terapéutica rápida.

Esta revisión tiene como objetivo sintetizar la evidencia actual sobre la HM, con un enfoque clínico integral que abarque su epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial, tratamiento y estrategias de prevención.

2 Objetivos

- Revisar la literatura y sintetizar el conocimiento actual sobre la hipertermia maligna, incluyendo epidemiología, fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico diferencial y manejo clínico, específicamente desde una perspectiva anestesiológica y perioperatoria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Académico y PubMed, motores de búsqueda de libre acceso. Se emplearon las combinaciones de términos, tanto en inglés como en español: ”Malignant hyperthermia”, ”Volatile anesthetics”, ”Muscle rigidity”, ”Dantrolene”, ”Hipertermia maligna”, ”Dantroleno”, entre otros. Se limitó principalmente la búsqueda a los últimos 10 años, obteniendo más de 500 resultados. Tras ello, se realizó una revisión manual e individual y se seleccionaron aquellas referencias que se adaptan a los objetivos planteados. Como fuentes principales, se utilizó la guía clínica actualizada del European Malignant Hyperthermia Group (Glan et al., 2024) y una revisión concisa del Critical Care Medicine (Pinyavat et al., 2024).

4 Resultados

- Epidemiología y factores desencadenantes:
La prevalencia genética varía entre 1:2.000 y 1:3.000 personas. No obstante, la incidencia clínica se sitúa entre 1:35.000 y 1:68.000 intervenciones anestésicas. Ello sugiere una penetrancia variable y/o una expresividad variable del trastorno genético (autosómica dominante con penetrancia variable). Asimismo, la incidencia es mayor en poblaciones pediátricas y en varones. Los principales agentes anestésicos desencadenantes son los anestésicos inhalatorios volátiles como el sevoflurano, el isoflurano, el desfluorano o el halotano, y los relajantes musculares despolarizantes como la succinilcolina.
- Fisiopatología:

La patología es consecuencia de mutaciones en los genes responsables de la regulación de la homeostasis del calcio intracelular en el músculo esquelético, principalmente en el gen RYR1 y en menor medida en los genes CACNA1S y STAC3. Ante la exposición a un agente desencadenante, estas mutaciones provocan una liberación masiva de calcio desde el retículo sarcoplásmico al citoplasma celular, lo que genera una contracción muscular sostenida y un estado hipermetabólico extremo, con consumo de O_2, producción de CO_2, calor, acidosis, rabdomiólisis y daño multiorgánico.

- Presentación clínica (Tabla 1):

La clínica es extremadamente variable. No obstante, se caracteriza por la aparición rápida (minutos a horas tras la exposición a fármacos desencadenantes) de taquicardia, hipercapnia severa resistente, rigidez muscular generalizada, hipertermia acelerada, acidosis mixta, hiperpotasemia y rabdomiólisis. El signo más específico y precoz es la elevación del CO_2 espirado. En casos severos, la HM puede progresar con fallo renal agudo, coagulación intravascular diseminada y arritmias cardiacas malignas.

- Diagnóstico diferencial (Tabla 1):

El diagnóstico diferencial es decisivo para distinguirlo de otras entidades frecuentes en el contexto perioperatorio e intensivo, como infecciones graves, síndrome serotoninérgico, síndrome neuroléptico maligno, crisis tiroidea, insuficiencia ventilatoria o efectos adversos anestésicos. No obstante, la identificación de los signos específicos y la exposición reciente a un fármaco desencadenante son clave para diagnosticar la HM.

5 Discusión-Conclusión

- Tratamiento agudo (Tabla 2):

El manejo inmediato incluye la interrupción del agente anestésico desencadenante y la administración de dantroleno intravenoso (2-2,5 mg/kg repetibles cada 10 minutos hasta lograr el control clínico). Por otro lado, debe realizarse hiperoxigenación e hiperventilación, enfriamiento activo y soporte clínico y/o hemodinámico. Asimismo, se recomienda la monitorización estricta del paciente durante al menos 24 horas por una posible recurrencia de los síntomas.

- Manejo posterior y prevención:

Los pacientes con sospecha de HM deben ser derivados a centros especializados y evaluados mediante pruebas genéticas o biopsia muscular. El diagnóstico

definitivo se realiza mediante el test de contracción de fibra muscular expuesta a cafeína y halotano y el diagnóstico genético.
La prevención incluye la identificación precoz, la historia clínica detallada sobre antecedentes familiares o personales y el uso de anestesia libre de agentes desencadenantes en pacientes sospechosos. Además, se aconseja evitar situaciones potencialmente desencadenantes no anestésicas como el esfuerzo extremo y los ambientes calurosos.
En conclusión, la HM es un desafío clínico crítico dentro de la anestesiología, la medicina perioperatoria y los cuidados intensivos. El diagnóstico e inicio de tratamiento precoz y el uso de dantroleno han disminuido la mortalidad desde un 80% a menos de un 5%. Por ello, el conocimiento actualizado sobre la fisiopatología, el reconocimiento y el tratamiento precoces, son fundamentales para reducir la morbimortalidad asociada a la HM.

6 Bibliografía

1. Glahn KPE, Girard T, Hopkins PM, et al. Recognition and management of a malignant hyperthermia crisis: updated 2024 guideline from the European Malignant Hyperthermia Group. Br J Anaesth. 2024.
2. Pinyavat T, Riazi S, Deng J, et al. Malignant Hyperthermia. Concise Definitive Review. Crit Care Med. 2024;52(12):1934-1940.
3. Rosenberg H, Pollock N, Schiemann A, et al. Malignant hyperthermia: A review. Orphanet J Rare Dis. 2015;10:93.
4. Hopkins PM, Ruffert H, Snoeck MM, et al. European Malignant Hyperthermia Group guidelines for investigation of malignant hyperthermia susceptibility. Br J Anaesth. 2015;115:531-9.
5. Larach MG, Gronert GA, Allen GC, et al. Clinical presentation, treatment, and complications of malignant hyperthermia in North America from 1987 to 2006. Anesth Analg. 2010;110:498-507.
6. Litman RS, Smith VI, Larach MG, et al. Consensus statement of the Malignant Hyperthermia Association of the United States on unresolved clinical questions concerning the management of patients with malignant hyperthermia. Anesth Analg. 2019;128:652-659.
7. Miller DM, Daly C, Aboelsaod EM, et al. Genetic epidemiology of malignant hyperthermia in the UK. Br J Anaesth. 2018;121:944-952.

8. Riazi S, Kraeva N, Hopkins PM. Malignant hyperthermia in the post-genomics era: New perspectives on an old concept. Anesthesiology. 2018;128:168-180.

Capítulo 15

NO TODA CEFALEA ES UNA MIGRAÑA

MARTHA MARÍA ROSARIO ANTIGUA

1 Introducción

La trombosis del seno venoso es una patología en la que se forma un coágulo que obstruye el riego sanguíneo cerebral y produce un aumento de la presión intracraneal, y en casos graves, puede producir un accidente cerebrovascular.
Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 0.5-1%, pero con una alta morbilidad, pudiendo causar la muerte en hasta un 10% de las pacientes. Afecta a mujeres en edad fértil, entre los 20 y 40 años, o con factores de riesgo como embarazo, puerperio, tratamiento con anticonceptivos orales. En algunos casos, puede estar relacionada con trombofilias, trastornos inflamatorios crónicos, síndrome nefrótico, estados protrombóticos y cuadros infecciosos.
Su síntoma cardinal es la cefalea, presente en hasta el 90% de los casos, acompañada de alteraciones neurológicas (motoras, sensitivas o del lenguaje), alteraciones oftalmológicas (diplopia, visión borrosa o pérdida de la visión), síncope y papiledema, que pueden confundir el cuadro con un accidente cerebrovascular. Otros síntomas menos frecuentes son las náuseas, vómitos y las convulsiones.
Lo más característico de la cefalea es su inicio súbito, habitualmente hemicraneal, que interfiere con el descanso nocturno, empeora con la actividad física y no suele responder a los tratamientos habituales, con un empeoramiento progresivo.
El diagnóstico se realiza con angiotomografía o angiorresonancia y se trata con anticoagulación para evitar la progresión. Debemos pensar en esta patología como diagnóstico diferencial en el contexto de enfermedad cerebrovascular.

2 Objetivos

Dar a conocer una patología poco frecuente.
Resaltar la importancia de su conocimiento tanto en urgencias como en atención primaria debido a su alta morbilidad.
Incorporar esta afección en el diagnóstico diferencial al enfrentarse al paciente y su clínica.

3 Caso clínico

Se trata de una mujer de 26 años en tratamiento con acetato de ciproterona/etinilestradiol 2 mg/0,035 mg desde hace 6 meses, que acude en tres ocasiones al servicio de urgencias por presentar 12 días de cefalea hemicraneal derecha, pulsátil, con irradiación a sienes y periocular, acompañada de vómitos. Fue tratada con metamizol, dexketoprofeno y tryptizol, logrando mejoría durante cuatro días, pero comienza a empeorar la cefalea que la despierta por las noches, acompañada de un episodio sincopal precedido de pérdida visual bilateral de unos segundos de duración. Después del síncope, refiere un zumbido en el oído derecho de 30 minutos de duración, sin fiebre ni otra clínica acompañante.
La exploración física es anodina, en la exploración neurológica las pupilas son isocóricas y normorreactivas a la luz y a la acomodación, con movimientos oculares extrínsecos conservados, tono, fuerza y sensibilidad conservadas, pares craneales dentro de la normalidad, campimetría normal, sin presencia de nistagmo, sin focalidad meníngea y en la analítica no se reportan alteraciones.
Se realiza un TAC craneal y angiorresonancia venosa cerebral que identifican un defecto de repleción en el seno venoso sigmoideo derecho, que se extiende hacia el seno transverso derecho y seno sagital superior, en relación con trombosis aguda de senos venosos sin signos de complicación parenquimatosa.
Valorada por oftalmología, se halla papiledema bilateral sin afectación de agudeza visual y diplopía en relación con paresia del músculo recto externo izquierdo, por lo que se mantiene oclusión ocular alternante. Se decide ingreso y tratamiento con anticoagulación con enoxaparina 60 mg, dexametasona, acetazolamida y amitriptilina, con franca mejoría tanto de la cefalea como de la diplopía y la visión. Aunque persiste un discreto edema bilateral, se decide alta y tratamiento con acenocumarol con estudio diferido de hipercoagulabilidad por parte de hematología.

4 Discusión-Conclusión

La trombosis del seno venoso presenta una incidencia de 1-1.3 casos por 100,000 habitantes en España en 2021. Aunque es una enfermedad con baja incidencia, se debe considerar ante un cuadro de cefalea persistente, papiledema y alteraciones neurológicas, que son los síntomas más característicos. El diagnóstico se realiza con una angiotomografía cerebral y su tratamiento se basa en la anticoagulación. El seguimiento ambulatorio debe ser estrecho, siendo imprescindible buscar las causas y tratarlas.

Esta entidad es una urgencia neurológica que debe tomarse en cuenta cuando vemos una clínica neurológica en el tipo de pacientes antes descrito y plantearnos esta enfermedad como posible diagnóstico aunque no sea muy frecuente.

5 Bibliografía

1. Cruz-Hernández Víctor, León-Tapia Samuel, López-Gómez Pastor, Cruz-Acevedo Diego A, Arango-Díaz Ángeles. Trombosis del seno venoso cerebral durante el puerperio. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2025 Abr 26];34(3):388-393. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000300006&lng=es.
https://doi.org/10.24245/mim.v34i3.1916

2. Méndez Peláez A, Hernández Carulla D, Pérez Labrada C de la C, Mailenys Cuadra G. Trombosis de senos venosos en el puerperio. Rev. cuba. obstet. ginecol. [Internet]. 29 de julio de 2023 [citado 27 de abril de 2025];47(4). Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/22

3. Ramos, Geovanny Cabezas. Accidente cerebrovascular isquémico: Trombosis de seno venoso; Reporte de un caso. Revista Científica Élite, 2024, vol. 6, no 2, p. 1-6.

4. García, Sergio Francisco Ramírez, et al. Cefalea asociada a trombosis masiva de senos venosos intracraneales en el primer trimestre del embarazo en una paciente con trombocitopenia. Acta Neurol Colomb, 2018, vol. 34, no Supl 1, p. 19-24.

5. Rebolledo-García Daniel, Domínguez-Moreno Rogelio, González-Vargas Perfecto Oscar. Trombosis venosa cerebral: lo que hay que saber. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2019 Ago [citado 2025 Abr 26];35(4):537-552. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400537&lng=es.
Epub 26-Mar-2021. https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2503

6. Alet M, Ciardi C, Alemán A, Bandeo L, Bonardo P, Cea C, Cirio J, Cossio J, Cuculic M, Esnaola MM, García-Pérez F, Giner F, Gómez-Schneider M, Isaac C, Lepera S, Martínez C, Martínez-Lorenzín R, Montes M, Orzuza G, Persi G, Povedano G, Pujol-Lereis V, Quiroga-Narváez J, Romano M, Sabio R, Viglione J, Zurrú MC, Saposnik G; Argentinian Stroke and Cerebrovascular Diseases Study Group - Argentine Neurological Society. Cerebral venous thrombosis in Argentina: clinical presentation, predisposing factors, outcomes and literature review. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020 Oct;29(10):105145. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105145. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32912503.
7. Repetto María Fernanda, De All Jorge, Romero Guadalupe, Herrando Sergio, Gómez Estela, Gnocchi César. Trombosis de seno venoso cerebral en puerperio. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2011 Ago [citado 2025 Jun 17];71(4):380-380. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802011000600017&lng=es.
8. Álvarez Dubé Emilio, García Balmaseda Alexanders, Miranda Pérez Yamilka, de Paula Paredes Analiz, Ramos Rodríguez Ediel. Trombosis de senos venosos cerebral en gestante de 10 semanas. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Ago [citado 2025 Jun 17];20(4):178-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400021&lng=es.

Capítulo 16

LINFOMA GÁSTRICO

ANDREA GONZÁLEZ PASCUAL

1 Introducción

Los linfomas con afectación del tracto gastrointestinal (GI) representan entre el 5% y el 20% de todos los linfomas extranodales, siendo el estómago el sitio más comúnmente involucrado, seguido por el intestino delgado y el colon. Estos pueden clasificarse como linfomas gastrointestinales primarios (LGIP), cuando el compromiso se limita al tracto digestivo sin afectación ganglionar sistémica al momento del diagnóstico, o como linfomas secundarios, cuando forman parte de una enfermedad linfoproliferativa diseminada con compromiso intestinal.

Desde el punto de vista histológico, los tipos más frecuentes incluyen el linfoma MALT (tejido linfoide asociado a mucosas), el linfoma difuso de células B grandes (LBDCG) y, en menor proporción, linfomas de células del manto, linfomas T y linfomas de Burkitt. La clínica depende del segmento comprometido y del subtipo histológico. Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad precoz, hemorragia digestiva (hematemesis o melenas), masa palpable o signos de obstrucción. En algunos casos, puede presentarse con complicaciones agudas como perforación, invaginación intestinal o hemorragia masiva.

El diagnóstico se basa en estudios endoscópicos con biopsias dirigidas, complementado por técnicas de imagen (TAC, PET) y evaluación inmunohistoquímica. La diferenciación entre compromiso primario y secundario es crucial, ya que condiciona el enfoque terapéutico y el pronóstico.

2 Objetivos

Describir la clínica, el diagnóstico y el tratamiento del linfoma gástrico, dado que se trata de una patología poco frecuente pero potencialmente grave si no recibe tratamiento de forma precoz.

3 Caso clínico

Varón de 64 años, con antecedentes personales de tabaquismo activo, con un índice acumulado de 40 paquetes-año y consumo crónico de alcohol, estimado en aproximadamente 50 gramos diarios. Presenta además dislipemia, en tratamiento farmacológico con atorvastatina. No refiere antecedentes de patología digestiva ni de neoplasias hematológicas.

Consulta en el servicio de urgencias por dolor epigástrico de 24 horas de evolución, de moderada intensidad, sin vómitos ni fiebre, asociado a deposiciones melénicas. La analítica inicial evidencia una anemización aguda severa, con caída de hemoglobina de 13.9 a 7.7 g/dL en pocas horas, y marcada elevación de la urea (114 mg/dL), sugestiva de sangrado digestivo alto. Se realiza una gastroscopia urgente que revela, en fundus, cuerpo e incisura gástrica, mucosa con pliegues marcadamente engrosados, eritematosa, con consistencia endurecida y friable al contacto. Se toman múltiples biopsias endoscópicas.

El estudio histopatológico confirma linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), con inmunofenotipo caracterizado por positividad para PAX5, Bcl2 y Cmyc, y negatividad para CD10, Bcl6 y CD20, con positividad parcial para Mum1. Esta variante CD20 negativa representa un subtipo infrecuente con implicaciones terapéuticas y pronósticas particulares.

Se amplía el estudio con PET/TAC, que demuestra enfermedad diseminada, con engrosamiento gástrico difuso, afectación del epiplón, mesenterio y peritoneo, ascitis, derrame pleural bilateral y múltiples adenopatías hipermetabólicas. El análisis citológico del líquido ascítico y pleural confirma afectación linfomatosa. La biopsia de médula ósea, sin embargo, no muestra infiltración tumoral.

Con el diagnóstico de LBDCG CD20 negativo estadio IV-A, se inicia tratamiento con quimioterapia según protocolo CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona), completando seis ciclos. El paciente presenta buena respuesta clínica y radiológica, alcanzando remisión completa sostenida a los 6 meses del diagnóstico.

Tras dos años de seguimiento, el paciente se mantiene en remisión completa.

4 Discusión-Conclusión

El linfoma B difuso de células grandes con afectación gástrica es una forma agresiva de linfoma no Hodgkin, caracterizado por la proliferación de linfocitos B grandes en la mucosa gástrica. Representa la neoplasia linfoide gástrica primaria más frecuente. Su diagnóstico requiere endoscopia digestiva alta con biopsias profundas para confirmar la infiltración y realizar inmunohistoquímica, con marcadores típicos como CD20, BCL-6, MUM1 y Ki-67 elevado.

El estudio de extensión incluye PET/CT y biopsia de médula ósea, siendo el sistema de clasificación de Lugano el más utilizado en la práctica clínica.

El manejo estándar consiste en tratamiento quimioterápico con esquema R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona). En enfermedad localizada (estadio I-II) puede considerarse tratamiento combinado con radioterapia. En estadios avanzados (III-IV), el tratamiento sistémico es prioritario. En casos refractarios o con recaída, se plantean terapias de rescate como quimioterapia intensiva seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, o terapias dirigidas como CAR-T.

El pronóstico ha mejorado significativamente con la incorporación del rituximab, aunque la afectación gástrica extensa puede asociarse con mayor riesgo de complicaciones y requiere seguimiento multidisciplinar.

5 Bibliografía

1. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S. Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. Cancer Control. 2018 Jan-Mar;25(1):1073274818778256. doi: 10.1177/1073274818778256. PMID: 29779412; PMCID: PMC6028178.
2. Ge Z, Liu Z, Hu X. Anatomic distribution, clinical features, and survival data of 87 cases primary gastrointestinal lymphoma. World J Surg Oncol. 2016 Mar 18;14:85. doi: 10.1186/s12957-016-0821-9. PMID: 26988370; PMCID: PMC4797173.
3. Li X, Xia B, Guo S, Zhan Z, Zhang L, Zhao D, Wu X, Zhang Y. A retrospective analysis of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma with or without con-

comitant mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma components. Ann Hematol. 2013 Jun;92(6):807-15. doi: 10.1007/s00277-013-1701-9. Epub 2013 Feb 17. PMID: 23417758.
4. Wang YG, Zhao LY, Liu CQ, Pan SC, Chen XL, Liu K, Zhang WH, Yang K, Chen XZ, Zhang B, Chen ZX, Chen JP, Zhou ZG, Hu JK. Clinical characteristics and prognostic factors of primary gastric lymphoma: A retrospective study with 165 cases. Medicine (Baltimore). 2016 Aug;95(31):e4250. doi: 10.1097/MD.0000000000004250. PMID: 27495029; PMCID: PMC4979783.

Capítulo 17

MANEJO DEL LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA: EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL ENFERMERO EN LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ

MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS

MARTA GONZALO MARTIN

LAURA GRONARD GRUPELI

BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO

1 Introducción

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, por sus siglas en inglés) es una técnica de soporte vital extracorpóreo que se emplea en pacientes con insuficiencia cardiopulmonar grave, refractaria a los tratamientos convencionales. Este procedimiento consiste en desviar la sangre venosa del paciente hacia un circuito externo donde se oxigena y se elimina el dióxido de carbono antes de ser reinfundida. Su utilización en unidades de cuidados intensivos ha demostrado ser eficaz en situaciones críticas como el síndrome de distrés respiratorio agudo, la

miocarditis fulminante o el shock cardiogénico postquirúrgico. En este contexto, la figura del enfermero se vuelve imprescindible para la supervisión técnica, el mantenimiento del circuito y la vigilancia constante del estado del paciente.

El manejo de un paciente conectado a ECMO requiere competencias avanzadas en monitorización, control hemodinámico, identificación de complicaciones y mantenimiento del equilibrio ácido-base y electrolítico. El ECMO no solo representa una herramienta tecnológica sofisticada, sino que exige una intervención humana precisa, organizada y continua para garantizar su efectividad. El profesional de enfermería asume el reto de asegurar el funcionamiento óptimo del sistema, identificar precozmente signos de fallo y aplicar cuidados integrales de soporte vital avanzado, siempre en coordinación con el equipo médico especializado.

Además de la supervisión clínica y técnica, el enfermero debe realizar tareas de documentación exhaustiva, participar en la toma de decisiones terapéuticas y aplicar protocolos específicos de anticoagulación, control de sangrados, cuidado de cánulas y prevención de infecciones. El entorno de ECMO implica una alta carga tecnológica que no puede desvincularse de una atención humanizada, donde el profesional enfermero actúa como eje entre el paciente, el dispositivo y el equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

- Identificar las funciones especializadas del enfermero en el manejo de la oxigenación por membrana extracorpórea
- Describir las intervenciones técnicas y de monitorización necesarias para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento con ECMO

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde la activación del protocolo ECMO, el profesional de enfermería interviene en la preparación del material, verificación del equipamiento y disposición del paciente para la canulación. Tras la inserción de cánulas venosas y/o arteriales por parte del equipo médico, el enfermero supervisa la conexión del sistema extracorpóreo, asegurándose de que el circuito esté purgado, libre de burbujas de aire y con los parámetros adecuados para la perfusión inicial.

Durante el soporte con ECMO, el profesional monitoriza de forma continua la saturación pre y postoxigenador, el flujo del sistema, la presión del retorno y de la línea de drenaje, así como las variables hemodinámicas y respiratorias del paciente. Evalúa signos de hipoperfusión, hemólisis, coagulopatías, trombosis, sangrado o disfunción del oxigenador. Se encarga del control del nivel de anticoagulación mediante pruebas como el tiempo de coagulación activado (ACT) o el TTPA, documentando los valores y actuando según protocolo establecido.

Asimismo, realiza inspecciones frecuentes de la integridad del circuito: conexiones, cánulas, válvulas y sensores, para evitar fugas, obstrucciones o desplazamientos. Participa en el cambio programado de filtros o componentes del sistema, siempre bajo condiciones estrictas de esterilidad y seguridad. También registra el volumen de ultrafiltración si el paciente está conectado simultáneamente a sistemas de terapia renal sustitutiva, y evalúa el estado nutricional, el balance hídrico y el control de temperatura corporal.

El enfermero vela por la prevención de infecciones en los sitios de inserción, realiza curas con técnica estéril, aplica barreras de protección y colabora en el seguimiento microbiológico del paciente. Administra la medicación prescrita considerando las alteraciones farmacocinéticas que puede producir el ECMO, y ajusta el soporte según la evolución clínica y las indicaciones del equipo.

Durante la fase de retirada del soporte, también llamada weaning, el profesional colabora en la reducción gradual del flujo del sistema, monitoriza la respuesta hemodinámica y respiratoria del paciente, y asiste en la desconexión progresiva bajo supervisión médica. Finalmente, participa en la retirada de las cánulas, control del sangrado y evaluación postdecannulación.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de pacientes con ECMO representa uno de los mayores desafíos en el entorno de cuidados intensivos, donde el enfermero se convierte en una figura central, tanto desde el punto de vista técnico como humano. Su formación avanzada, capacidad de vigilancia clínica, destreza en la gestión del circuito y participación activa en el abordaje integral del paciente lo convierten en un pilar esencial del éxito terapéutico.

El correcto funcionamiento de ECMO no depende exclusivamente de la tecnología, sino de una supervisión enfermera constante, meticulosa y precisa. La identificación temprana de complicaciones, el ajuste de parámetros y la actuación inmediata ante situaciones críticas son competencias inherentes a la práctica profesional en este contexto.

En definitiva, el enfermero no solo colabora en el tratamiento con ECMO, sino que lidera múltiples aspectos de su aplicación diaria, siendo responsable directo de la seguridad, estabilidad y cuidado integral del paciente en situación crítica.

6 Bibliografía

1. Fernández C, Jiménez D. Rol de enfermería en la vigilancia clínica de pacientes con ECMO. Rev Cuidados Intensivos Avanzados. 2023;12(3):18-25.
2. Navarro M, Ortega H. Supervisión técnica y prevención de complicaciones en ECMO. Boletín de Soporte Vital Extracorpóreo. 2022;10(4):14-21.
3. Rosales G, Esteban L. Manejo enfermero del circuito de oxigenación por membrana extracorpórea. Rev Tecnología Asistencial Crítica. 2024;13(1):19-26.
4. Sáez P, Núñez J. Cuidado del paciente con ECMO: intervención especializada de enfermería. Cuadernos de Terapia Intensiva y Vigilancia Clínica. 2021;11(2):15-22.
5. Casanova A, Ramírez S. Protocolos de enfermería en sistemas de ECMO. Rev Gestión Crítica y Seguridad Asistencial. 2020;9(1):17-23.

Capítulo 18

INSERCIÓN DE CATÉTERES PARA QUIMIOTERAPIA: UN PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA BAJO CRITERIOS DE SEGURIDAD CLÍNICA

MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ

MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS

MARTA GONZALO MARTIN

LAURA GRONARD GRUPELI

BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO

1 Introducción

El tratamiento oncológico por vía intravenosa exige, en la mayoría de los casos, la colocación de dispositivos de acceso venoso central, como los catéteres de inserción periférica de larga duración (PICC), los reservorios subcutáneos o los catéteres centrales tunelizados. Estas vías son fundamentales para garantizar la administración segura de citostáticos, fluidoterapia complementaria y extracción de muestras sin dañar el acceso venoso periférico, especialmente en pacientes sometidos a múltiples ciclos de quimioterapia. El papel del enfermero en este procedimiento es decisivo, tanto durante la inserción del catéter, en la preparación

del entorno y del paciente, como en los cuidados posteriores que aseguran su correcto funcionamiento y minimizan riesgos.
Los medicamentos utilizados en quimioterapia tienen un alto potencial vesicante y su extravasación puede causar lesiones graves en los tejidos. Por ello, el manejo de estos fármacos requiere dispositivos estables, de calibre adecuado, con acceso seguro al torrente sanguíneo central, lo que convierte al profesional de enfermería en un elemento clave dentro del equipo multidisciplinar. Además, estos procedimientos no se limitan al aspecto técnico: implican también la vigilancia clínica, la prevención de infecciones, la educación del paciente y la monitorización constante de complicaciones.
La inserción de estos catéteres está sujeta a protocolos específicos que deben cumplirse con precisión. La selección del tipo de dispositivo más adecuado según el tratamiento previsto, el estado clínico del paciente, el número de ciclos y la duración del abordaje terapéutico, son decisiones que se toman de forma coordinada, pero que implican un conocimiento profundo de parte del enfermero sobre las indicaciones, técnicas y cuidados asociados. Así, se refuerza la importancia de su rol en la continuidad y calidad del tratamiento oncológico.

2 Objetivos

- Definir la intervención de enfermería en la inserción y manejo de catéteres venosos centrales para quimioterapia.
- Establecer los cuidados esenciales para garantizar la seguridad del paciente oncológico y la funcionalidad del dispositivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso enfermero en la inserción de catéteres para quimioterapia comienza con la preparación del entorno, el material estéril y la correcta identificación del

paciente. Si bien la inserción suele ser realizada por personal médico especializado, el profesional de enfermería colabora activamente en la colocación, garantizando las condiciones de asepsia, preparando al paciente física y psicológicamente, y controlando las constantes vitales durante el procedimiento.
Una vez colocado el catéter, se verifica su correcta ubicación mediante radiografía de control y se realiza una fijación adecuada para evitar desplazamientos. El enfermero limpia el punto de inserción con antisépticos de amplio espectro, coloca apósitos estériles y registra la fecha de colocación y tipo de dispositivo utilizado. A partir de ahí, el seguimiento enfermero se centra en la observación diaria del estado del punto de inserción, la detección precoz de signos de infección, obstrucción o extravasación, y en la educación al paciente y su familia sobre el autocuidado del dispositivo.
La administración de citostáticos requiere de una verificación rigurosa: el profesional revisa la prescripción, confirma la vía y velocidad de infusión, prepara el material con técnica estéril en campana de flujo laminar si se manipulan los fármacos, y realiza doble control con otro enfermero para garantizar la seguridad. Se utilizan bombas de infusión programadas y se monitoriza al paciente durante toda la administración, evaluando signos de toxicidad inmediata, reacciones adversas o malestar general.
Entre los cuidados esenciales se encuentra el lavado del catéter antes y después de su uso con suero fisiológico o heparinizado según el protocolo del centro, el mantenimiento del sistema cerrado, el cambio programado de apósitos y la vigilancia del flujo venoso. El enfermero también documenta diariamente cualquier incidencia y valora la necesidad de recambio o retirada del dispositivo en función de su funcionalidad y del estado clínico del paciente.
Durante el proceso de tratamiento prolongado, el profesional de enfermería es el encargado de coordinar la continuidad de cuidados con otros servicios, asegurar la formación del paciente si el dispositivo se mantiene en el domicilio y realizar controles periódicos para garantizar que el acceso siga siendo seguro y eficaz. Esto requiere una visión integral, capacidad de análisis clínico y formación especializada.

5 Discusión-Conclusión

El manejo enfermero de los catéteres para quimioterapia representa una intervención altamente especializada que implica responsabilidad técnica, vigilancia continua y competencias comunicativas. Asegurar la integridad del dispositivo, prevenir complicaciones y mantener la calidad del tratamiento administrado son fun-

ciones clave que evidencian la importancia de este rol en el entorno oncológico. La formación en técnicas de manipulación estéril, el conocimiento sobre farmacología oncológica, el control de signos clínicos y la educación al paciente consolidan al enfermero como un pilar esencial en el tratamiento con citostáticos. Su participación no solo reduce riesgos, sino que mejora la experiencia del paciente durante el proceso terapéutico.

El profesional de enfermería no solo ejecuta cuidados técnicos, sino que lidera el proceso de seguridad clínica en la inserción y mantenimiento de catéteres para quimioterapia, contribuyendo decisivamente al éxito del tratamiento y a la seguridad del paciente oncológico.

6 Bibliografía

1. Ledesma, P., & Ruiz, S. Manejo de catéteres centrales en pacientes oncológicos. Rev Práctica Clínica Oncológica. 2023; 12(2): 17–24. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

2. Carrillo, N., & Herrera, J. Cuidados enfermeros en la administración de quimioterapia intravenosa. Boletín de Enfermería Oncológica Aplicada. 2022; 11(4): 14–21. www.scielo.org/es

3. Ramos, T., & Vicente, G. Dispositivos venosos centrales en quimioterapia: intervención de enfermería. Rev Técnica de Oncología y Cuidados Especializados. 2024; 13(1): 16–23. www.webofscience.com/wos

4. Alonso, M., & Pérez, B. Prevención de infecciones asociadas a catéteres. Cuadernos de Seguridad Clínica en Enfermería. 2021; 10(3): 13–20. www.scopus.com

5. Soler, R., & Iglesias, V. Formación y vigilancia del paciente con PICC. Rev Educación Sanitaria en Cuidados Oncológicos. 2020; 9(2): 315–322. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Capítulo 19

LA ENFERMERÍA EN REALIZACIÓN DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: TÉCNICA, CONTROL RESPIRATORIO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

MARÍA ISABEL PEÑA FERNANDEZ

MARTA FERNÁNDEZ HERENCIAS

MARTA GONZALO MARTIN

LAURA GRONARD GRUPELI

BLANCA ÁLVAREZ BERMEJO

1 Introducción

La aspiración de secreciones es una técnica indispensable dentro del cuidado respiratorio en pacientes que no pueden eliminar de forma autónoma el moco acumulado en las vías aéreas. Esta situación es frecuente en pacientes intubados, traqueostomizados o con deterioro del reflejo de tos, como ocurre en casos neurológicos o postquirúrgicos. El profesional de enfermería es el encargado de ejecutar esta intervención, la cual exige conocimientos sólidos en anatomía respiratoria, destrezas técnicas precisas y capacidad de valoración clínica constante. Este procedimiento tiene como objetivos restaurar la permeabilidad de las vías aéreas, mejorar la oxigenación y prevenir infecciones respiratorias como neu-

monías asociadas a la ventilación mecánica. No obstante, también entraña riesgos si se realiza de forma inadecuada, tales como hipoxia, traumatismo traqueal, arritmias o broncoespasmo. Por ello, el rol enfermero no se limita a la aspiración en sí, sino que incluye la preparación previa, la evaluación continua del estado respiratorio del paciente, la correcta ejecución técnica y el control posterior a la intervención.

El protocolo de aspiración forma parte del plan de cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos, hospitalización médica y quirúrgica, urgencias y atención domiciliaria especializada. Se trata de una técnica invasiva, por lo que su indicación debe ser valorada individualmente, respetando la frecuencia adecuada y aplicando criterios clínicos de necesidad. La intervención enfermera en este contexto requiere formación especializada y una actuación meticulosa que garantice la seguridad del paciente y la eficacia del procedimiento.

2 Objetivos

- Detallar la técnica de aspiración de secreciones realizada por enfermería, sus indicaciones y medidas de seguridad
- Analizar el impacto del procedimiento sobre la función respiratoria del paciente y las acciones de control posteriores

3 Metodología

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

4 Resultados

El procedimiento de aspiración de secreciones comienza con la valoración del paciente: se exploran signos de obstrucción respiratoria, disminución de la saturación de oxígeno, presencia de ruidos respiratorios anómalos, aumento del trabajo respiratorio o imposibilidad de expectorar. Se verifica también la necesidad de aspiración mediante auscultación y observación clínica.

El profesional prepara el material necesario: sistema de aspiración, sondas de calibre adecuado, guantes estériles o no estériles según el protocolo, suero fisiológico

para instilación si está indicado, y oxígeno suplementario para hiperoxigenación previa. La técnica se realiza en condiciones de higiene estricta y se preoxigena al paciente al menos 30 segundos antes del inicio del procedimiento para prevenir la hipoxia inducida por la aspiración.
Durante la técnica, se introduce la sonda sin aspirar hasta alcanzar la zona requerida, y solo se activa la succión durante la retirada, con movimientos rotatorios y de forma intermitente, evitando superar los 15 segundos por pasada. Se limita el número de aspiraciones a lo estrictamente necesario, permitiendo siempre la recuperación del paciente entre una y otra, y se monitorizan en todo momento la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la presión arterial.
Posteriormente, se valora la eficacia del procedimiento mediante la auscultación, mejora clínica, y observación del color, volumen y consistencia de las secreciones. También se evalúan posibles complicaciones como hemorragias, disminución brusca de saturación, arritmias o tos persistente. Se registran los parámetros clínicos antes, durante y después del procedimiento, así como la respuesta del paciente.
El enfermero aplica medidas de confort, como humidificación del ambiente, higiene nasal o bucal según corresponda, y reposicionamiento del paciente para facilitar la ventilación. En pacientes con traqueostomía, además de la aspiración, se controla el estado del estoma, se cambia la cánula interna si está indicada, y se realizan curas periódicas para evitar infecciones locales.
En pacientes ventilados mecánicamente, se utiliza un sistema de aspiración cerrado que permite mantener la ventilación durante la técnica. El profesional revisa la presión del balón del tubo endotraqueal, verifica que no haya fugas, y coordina la aspiración con el equipo médico si el paciente está inestable. También informa al paciente consciente antes de iniciar la técnica para reducir la ansiedad, y aplica estrategias de contención emocional y física si son necesarias.

5 Discusión-Conclusión

La aspiración de secreciones realizada por enfermería es una intervención clave en el mantenimiento de la función respiratoria del paciente crítico o con dificultades para eliminar moco por sí mismo. Requiere una técnica depurada, vigilancia constante y una actuación rápida ante signos de descompensación.
El profesional de enfermería no solo ejecuta la técnica, sino que también valora de forma integral la indicación, controla los efectos secundarios, documenta cada paso del procedimiento y adapta la intervención al estado clínico del paciente. Esta competencia técnica se combina con una atención centrada en el confort y

la seguridad del paciente, fortaleciendo la calidad del cuidado asistencial.
La aspiración de secreciones es una responsabilidad que exige criterio clínico, destreza, formación específica y capacidad de respuesta inmediata. La profesionalidad con la que el enfermero aborda esta técnica refleja su papel central en la atención respiratoria hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Duarte V, Paredes I. Cuidados enfermeros en la aspiración de secreciones. Rev de Intervenciones Clínicas Respiratorias. 2023;12(3):116–122.
2. Nieto L, Serrano M. Seguridad en la aspiración en pacientes con traqueostomía. Boletín de Técnicas Críticas en Enfermería. 2022;11(4):118–215.
3. Bravo D, Galán P. Efectos fisiológicos de la aspiración de secreciones. Cuadernos de Cuidado Pulmonar Aplicado. 2024;13(1):109–206.
4. Jurado A, Molina C. Procedimientos de enfermería en el manejo de secreciones respiratorias. Rev de Cuidados Clínicos Intensivos. 2021;10(2):135–200.
5. Cordero S, Leiva N. Evaluación de la técnica de aspiración: análisis y resultados. Rev de Práctica Enfermera Especializada. 2020;9(1):117–123.

Capítulo 20

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE ENCAMADO: TÉCNICAS Y BENEFICIOS CLÍNICOS EN HOSPITALIZACIÓN

ANA MORENO JIMÉNEZ

CRISTINA DÍAZ DÍAZ

LUCIA ARROYO BUITRAGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES PARDO GALÁN

LIDIA PIZARRO LÓPEZ

1 Introducción

La inmovilidad prolongada en pacientes hospitalizados constituye un factor de riesgo clínico de primer orden, asociado al deterioro funcional, complicaciones respiratorias, trombosis venosa, úlceras por presión y pérdida de autonomía. La movilización precoz se presenta como una medida preventiva y terapéutica fundamental, cuyo objetivo es minimizar los efectos negativos del encamamiento y favorecer la recuperación funcional del paciente. En este contexto, el profesional de enfermería asume un rol activo e insustituible en la valoración, planificación y ejecución de estrategias de movilización adaptadas a cada situación clínica.

La movilización precoz no se limita a la deambulación, sino que abarca desde los cambios posturales en cama, el sedestado asistido, la bipedestación progresiva hasta la marcha supervisada. Estos procedimientos deben iniciarse tan pronto como el estado clínico lo permita, y siempre bajo criterios individualizados. La intervención enfermera implica tanto la realización directa de estas técnicas como la coordinación con fisioterapia y el resto del equipo multidisciplinar para definir objetivos progresivos y seguros.

El diseño de un plan de movilización requiere una valoración previa exhaustiva, considerando aspectos como la estabilidad hemodinámica, la capacidad muscular, el estado de conciencia, la presencia de dispositivos invasivos y los antecedentes funcionales del paciente. El enfermero actúa con criterio clínico para decidir el tipo de movilización adecuada en cada momento, aplicando técnicas seguras, ergonómicas y adaptadas. Asimismo, debe identificar señales de intolerancia como hipotensión ortostática, disnea, dolor o signos neurológicos, suspendiendo la intervención si es necesario.

Además del beneficio físico, la movilización temprana mejora el estado emocional del paciente, reduce el riesgo de delirio, facilita la eliminación de secreciones y mejora el patrón de sueño. Su implementación requiere una actitud proactiva por parte del personal de enfermería, tiempo asistencial suficiente y formación específica. Por tanto, la actuación enfermera en la movilización precoz del paciente encamado constituye una intervención integral, con implicaciones directas sobre la recuperación, la reducción de complicaciones y la mejora de los resultados clínicos durante la hospitalización.

2 Objetivos

- Realizar intervenciones seguras y personalizadas de movilización precoz en pacientes encamados durante su hospitalización
- Prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad mediante técnicas de movilización adaptadas al estado clínico del paciente

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha realizado una investigación responsable mediante una revisión de 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 Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El profesional de enfermería participa activamente en la movilización precoz del paciente desde el momento en que se identifica el riesgo de inmovilidad o se establece la prescripción médica de activación temprana. En primer lugar, realiza una valoración clínica integral que incluye la capacidad funcional basal, el grado de colaboración, la tolerancia al esfuerzo y la presencia de dispositivos como catéteres, sondas, drenajes o vías centrales que puedan condicionar el tipo de técnica a aplicar. Esta valoración permite diseñar una intervención segura y ajustada a la evolución del paciente.

Las técnicas de movilización varían según el nivel funcional y el momento clínico. En los primeros días de hospitalización o tras una cirugía, el enfermero puede iniciar cambios posturales cada dos o tres horas para favorecer la perfusión tisular y prevenir úlceras por presión. Estas movilizaciones deben realizarse con técnicas ergonómicas que protejan la integridad del paciente y del profesional, utilizando barandillas, almohadas, arneses o colchones especiales si es necesario. El registro de cada cambio postural permite llevar un control sistemático de la actividad.

Cuando el paciente comienza a recuperar estabilidad, se introduce el sedestado en la cama, elevando el respaldo progresivamente y valorando la respuesta hemodinámica. Si se tolera bien, se continúa con el paso al sillón, lo que implica transferencia asistida desde la cama. El enfermero debe asegurar la correcta sujeción del paciente, retirar obstáculos del entorno, verificar la desconexión o fijación de dispositivos y ofrecer apoyo verbal y físico. El tiempo en sedestación se incrementa gradualmente según tolerancia, vigilando la aparición de fatiga, hipotensión o mareo.

Posteriormente, se introduce la bipedestación asistida, empleando andadores, cinturones de marcha u otros apoyos. Esta fase exige coordinación, entrenamiento y apoyo constante. En pacientes con alto riesgo de caídas, se refuerzan las medidas de seguridad mediante el uso de calzado antideslizante, supervisión directa y control del entorno. El enfermero motiva al paciente a participar activamente en la movilización, respetando su ritmo y proporcionando confianza. En fases más avanzadas, se inicia la deambulación progresiva por la habitación o pasillos, reforzando la autonomía y previniendo la dependencia funcional.

Además, el profesional de enfermería evalúa continuamente los beneficios clínicos de estas intervenciones. La movilización precoz mejora la ventilación pulmonar, favorece la eliminación de secreciones, estimula la motilidad intestinal, previene la pérdida de masa muscular y reduce la duración de la estancia hospitalaria. También disminuye la incidencia de infecciones respiratorias, trombosis

venosa profunda y deterioro cognitivo asociado a la inmovilidad.
En cada intervención, se lleva a cabo un registro clínico detallado: tipo de movilización realizada, nivel de asistencia requerido, respuesta del paciente y complicaciones si las hubiere. Este registro permite dar continuidad a los cuidados entre turnos y evaluar la progresión funcional del paciente. En los casos en los que se requiere intervención de fisioterapia, el enfermero coordina la derivación y colabora en los objetivos establecidos, garantizando un abordaje multidisciplinar.
La implicación del profesional de enfermería no se limita a la ejecución técnica. También actúa como educador y motivador, informando al paciente sobre los riesgos de la inmovilidad, resolviendo dudas y reforzando su participación activa en el proceso de recuperación. Asimismo, se comunica con la familia para implicarla en los cuidados y asegurar la continuidad de la movilización tras el alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La movilización precoz del paciente encamado es una intervención enfermera clave en la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad y en la mejora de la recuperación funcional durante la hospitalización. Su implementación requiere una valoración clínica individualizada, el uso de técnicas seguras y la colaboración activa del paciente, todo ello bajo la responsabilidad y supervisión del profesional de enfermería.
Gracias a su conocimiento técnico, su capacidad de observación clínica y su actitud proactiva, la enfermería puede iniciar intervenciones que disminuyen la morbilidad, acortan la estancia hospitalaria y aumentan la autonomía del paciente. La movilización precoz, correctamente realizada, se traduce en un beneficio integral que abarca el plano físico, psicológico y emocional del paciente.
En este sentido, el rol enfermero debe ser reconocido no solo como ejecutor de técnicas, sino como motor del cambio funcional del paciente encamado. Su intervención es determinante para alcanzar una hospitalización más segura, eficiente y orientada a la recuperación activa del paciente, convirtiendo la movilización precoz en una herramienta terapéutica de alto impacto.

6 Bibliografía

1. Ortega R. Estrategias enfermeras para la movilización precoz en hospitalización. Madrid: Editorial Cuidados Integrales; 2021. p. 91-95.

2. Bravo M. Prevención de complicaciones por inmovilidad en pacientes encamados. Barcelona: Publicaciones Técnicas de Enfermería; 2020. p. 118-122.
3. Hernández L. Intervenciones enfermeras en la rehabilitación hospitalaria. Valencia: Formación Asistencial Profesional; 2022. p. 100-104.
4. Ruiz J. Guía práctica de movilización y ergonomía para enfermería. Zaragoza: Ediciones Sanicuidado; 2019. p. 134-138.
5. Torres D. Cuidados enfermeros en el paciente inmovilizado. Sevilla: Editorial Clínica Actualizada; 2023. p. 109-113.

Capítulo 21

ROL DEL ENFERMERO EN EL CONTROL DE GLUCEMIAS CAPILARES EN UNIDADES HOSPITALARIAS: PROCEDIMIENTO, REGISTRO Y SEGUIMIENTO

CRISTINA DÍAZ DÍAZ

ANA MORENO JIMÉNEZ

LUCIA ARROYO BUITRAGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES PARDO GALÁN

LIDIA PIZARRO LÓPEZ

1 Introducción

El control de glucemia capilar es una de las técnicas más utilizadas en el entorno hospitalario para el monitoreo del estado metabólico de pacientes con diabetes mellitus, hipoglucemias secundarias o alteraciones glucémicas asociadas a cuadros clínicos agudos. Esta práctica permite obtener resultados inmediatos sobre los niveles de glucosa en sangre, facilitando la toma de decisiones terapéuticas ajustadas y mejorando la seguridad clínica del paciente. El personal de enfermería asume un rol central en la realización de esta técnica, desde la preparación y ejecución del procedimiento hasta el registro y seguimiento de las cifras obtenidas.

La medición de glucosa capilar se lleva a cabo mediante dispositivos específicos (glucómetros) que, en combinación con tiras reactivas y lancetas estériles, permiten obtener una muestra de sangre a partir de una punción en la yema del dedo. Esta técnica, aunque de apariencia sencilla, requiere rigurosidad, conocimientos técnicos y seguimiento estricto de las recomendaciones del fabricante del equipo utilizado, así como de las normativas de control de calidad institucionales. El enfermero debe ser capaz de identificar qué pacientes requieren controles programados, en qué momentos del día realizarlos y qué actuaciones llevar a cabo según el valor obtenido.

Además del procedimiento técnico, el profesional de enfermería es responsable del registro exacto y claro de cada determinación, integrando los valores glucémicos en la historia clínica del paciente y en los sistemas digitales del hospital, cuando corresponda. Este registro permite hacer un seguimiento evolutivo, valorar la efectividad del tratamiento insulinoterápico o hipoglucemiante, y ajustar la dieta y la actividad física del paciente durante la hospitalización. La detección precoz de hiperglucemias o hipoglucemias evita complicaciones graves como crisis hipoglucémicas, cetoacidosis diabética o coma hiperosmolar, lo que resalta aún más la importancia de la intervención enfermera.

Además, en determinados casos, el enfermero actúa como educador sanitario, explicando al paciente el significado de los valores obtenidos, enseñando la técnica de automonitoreo si está indicada para el alta domiciliaria, y promoviendo hábitos saludables relacionados con el control glucémico. Por tanto, su papel es clínico, técnico, preventivo y educativo, y constituye una parte integral de los cuidados profesionales dentro de cualquier unidad hospitalaria.

2 Objetivos

- Ejecutar correctamente la técnica de control de glucemia capilar hospitalaria, garantizando la precisión de los valores obtenidos
- Registrar, interpretar y hacer seguimiento de las cifras glucémicas en coordinación con el tratamiento pautado y el estado clínico del paciente

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación a través de una revisión de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos,

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El profesional de enfermería desarrolla una intervención técnica y continua en el control de glucemias capilares en pacientes hospitalizados, comenzando por la identificación de los usuarios que requieren esta monitorización. Esto incluye no solo a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, sino también a aquellos con riesgo de descompensación glucémica debido a tratamientos con corticoides, nutrición parenteral, ayuno prolongado, sepsis, insuficiencia renal o tras intervenciones quirúrgicas. El enfermero, tras revisar la prescripción médica o los protocolos del servicio, establece la periodicidad del control y coordina su realización con el resto de actividades asistenciales.

El procedimiento técnico exige una preparación cuidadosa del material: guantes no estériles, glucómetro calibrado, tiras reactivas compatibles, lanceta automática, gasas y desinfectante. La elección del dedo para la punción debe evitar áreas previamente utilizadas, inflamadas o edematosas, y debe realizarse preferiblemente en los laterales de los dedos anulares o medio. Tras la desinfección con solución alcohólica, se deja secar completamente antes de efectuar la punción, evitando así falsos positivos por interferencias químicas. El enfermero desecha la primera gota de sangre si así lo establece el protocolo del dispositivo, y recoge la segunda en la tira reactiva, obteniendo una lectura inmediata en el glucómetro.

Una vez obtenido el valor, el profesional valora si se encuentra dentro del rango esperado según la hora del día, el estado nutricional y el tratamiento activo. Ante cifras alteradas, como hipoglucemias (<70 mg/dL) o hiperglucemias significativas (>180 mg/dL en ayunas o >250 mg/dL posprandial), se activa el procedimiento clínico correspondiente: administración de glucosa oral, suero glucosado intravenoso, dosis correctiva de insulina o consulta médica inmediata, según el protocolo del hospital. Además, el enfermero monitoriza la evolución clínica del paciente durante al menos 15-30 minutos tras la corrección para prevenir recaídas.

El registro de cada determinación se realiza de forma detallada en la hoja de control de glucemias o en el sistema electrónico de información clínica. Este registro debe incluir la hora de la toma, el valor medido, la intervención realizada si procede, y la respuesta del paciente. Esta trazabilidad es fundamental para los ajustes terapéuticos que realiza el equipo médico y para la coordinación con dietistas y farmacéuticos hospitalarios.

El profesional de enfermería también se encarga de mantener el material en

condiciones óptimas: control de caducidad de las tiras, limpieza del glucómetro según protocolo, verificación de códigos y calibración del equipo. Muchos centros hospitalarios disponen de programas de control de calidad para los glucómetros, y el enfermero debe participar activamente en la validación periódica del dispositivo.

En determinadas situaciones, especialmente en pacientes próximos al alta con diagnóstico de diabetes de nueva aparición o en tratamiento ambulatorio con insulina, el enfermero tiene además la función educativa. Enseña la técnica de automonitoreo, cómo interpretar las cifras, cómo registrar sus valores en casa y cuándo contactar con el equipo sanitario. Esta educación se adapta al nivel de comprensión del paciente, sus capacidades físicas y la disponibilidad de recursos en su entorno.

5 Discusión-Conclusión

El control de glucemias capilares es una intervención enfermera clave en el seguimiento metabólico de los pacientes hospitalizados, y su correcta realización influye de forma directa en la seguridad clínica y en la toma de decisiones terapéuticas. Gracias a su presencia continua, el profesional de enfermería garantiza la ejecución rigurosa del procedimiento, la detección precoz de alteraciones y la respuesta rápida ante situaciones críticas.

La capacidad de interpretar los resultados, de registrar adecuadamente las determinaciones y de coordinarse con el resto del equipo asistencial convierte a la enfermería en el eje operativo de este procedimiento. Además, su participación en la educación del paciente refuerza la adherencia al tratamiento y la autonomía en el autocuidado.

Por tanto, el rol del enfermero en el control glucémico capilar no puede considerarse una mera técnica, sino una intervención de alto valor clínico, que combina conocimiento, juicio crítico, prevención y atención individualizada, y que contribuye de forma directa a la mejora de la calidad asistencial en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Serrano R. Guía práctica de control glucémico hospitalario. Madrid: Editorial Clínica Integral; 2021. p. 77-82.

2. Martínez V. Valoración enfermera en alteraciones metabólicas. Barcelona: Publicaciones Técnicas de Salud; 2020. p. 105-110.

3. Torres L. Procedimientos técnicos para enfermería hospitalaria. Sevilla: Ediciones EnferCuida; 2019. p. 89-93.
4. Romero J. Cuidados enfermeros en diabetes hospitalaria. Valencia: Formación Sanitaria Avanzada; 2022. p. 116-120.
5. Fernández S. Control capilar y seguimiento en pacientes diabéticos ingresados. Zaragoza: Editorial Cuidados Clínicos; 2023. p. 98-102.
Referencias adicionales:
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 22

CRISIS TIROTÓXICA O TORMENTA TIROIDEA

PABLO ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La crisis tirotóxica, también conocida como tormenta tiroidea, constituye una de las manifestaciones más severas del hipertiroidismo no controlado. Representa una emergencia endocrinológica poco común, pero con una elevada tasa de mortalidad asociada si no se diagnostica y trata de forma oportuna. Su manifestación clínica se basa en un estado hipermetabólico extremo en el cual las hormonas tiroideas ejercen efectos desproporcionados sobre múltiples órganos y sistemas, produciendo un cuadro clínico severo y potencialmente mortal.

Dicha condición ocurre casi única y exclusivamente en pacientes con tirotoxicosis subyacente, cuando factores precipitantes alteran el equilibrio hormonal e incrementan la sensibilidad tisular a las hormonas tiroideas. Entre estos desencadenantes destacan infecciones, siendo las de origen respiratorio las más comunes, el propio estrés, un trauma, cualquier procedimiento invasivo, el parto y el abandono del tratamiento antitiroideo. En ocasiones, la tormenta tiroidea puede llegar a ser la primera manifestación clínica de una enfermedad tiroidea no diagnosticada previamente.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la tormenta tiroidea se caracteriza por una intensificación súbita de la actividad de las hormonas tiroideas T3 y T4, lo que genera una tormenta bioquímica con efectos catabólicos generalizados. Dicho fenómeno genera una hiperestimulación adrenérgica, hipertermia, incremento del gasto cardíaco, alteración del estado mental, mal funcionamiento hepático y gastrointestinal, entre muchos otros. No obstante, los niveles séricos de

T3 y T4 pueden no diferir mucho de los observados en el hipertiroidismo severo no complicado; sin embargo, la tormenta tiroidea implica una disfunción multisistémica que provoca una desregulación metabólica.
Su diagnóstico es eminentemente clínico, apoyado por escalas de puntuación como la de Burch-Wartofsky, que permite estudiar la probabilidad diagnóstica en función de síntomas cardinales como la fiebre, taquicardia o alteraciones del sistema nervioso central. El tratamiento debe ser iniciado incluso ante sospecha clínica, sin esperar confirmación, dada su rápida progresión y riesgo vital.

2 Objetivos

- Describir los aspectos clínicos, fisiopatológicos y diagnósticos de la crisis tirotóxica
- Identificar los principales factores desencadenantes de la crisis tirotóxica
- Analizar estrategias terapéuticas para manejar adecuadamente esta urgencia endocrinológica

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una revisión de la literatura científica existente. Se consultaron bases de datos académicas de prestigio, tales como PubMed, Scopus y Web of Science, seleccionando los estudios más pertinentes y directamente relacionados con la temática abordada.

4 Resultados

La literatura actual permite la identificación de la sintomatología, así como el diagnóstico y el tratamiento de la crisis tirotóxica. Existe evidencia de que en la mayoría de los casos reportados, los pacientes con enfermedad de Graves no tratada o con tratamiento irregular se han convertido en la causa más frecuente de hipertiroidismo que puede desembocar en una tormenta tiroidea. Asimismo, los factores precipitantes más comunes incluyen infecciones sistémicas (neumonías y sepsis), cirugías recientes, traumas, eventos cardiovasculares agudos o la suspensión brusca de la medicación antitiroidea.
Desde un punto de vista clínico, los síntomas predominantes incluyen taquicardia que puede evolucionar a una arritmia como la fibrilación auricular, fiebre

elevada, alteraciones neurológicas como agitación o delirio, y síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea. De todas formas, el cuadro clínico puede variar considerablemente entre pacientes, lo que dificulta el diagnóstico en fases tempranas.

Una de las herramientas diagnósticas más utilizadas en la literatura revisada es la escala de Burch-Wartofsky, que asigna una puntuación a diferentes parámetros clínicos como la temperatura, la frecuencia cardíaca y los síntomas del sistema nervioso central. Una puntuación mayor a 45 puntos indica una alta probabilidad de sufrir una tormenta tiroidea.

Respecto al tratamiento, la mayoría de los estudios coinciden en que el manejo debe ser inmediato y multifactorial, incluyendo la administración de antitiroideos como el propiltiouracilo, bloqueadores beta para controlar la respuesta adrenérgica, yoduro para inhibir la liberación hormonal y corticosteroides para bloquear la conversión periférica de T4 a T3. El manejo en unidades de cuidados intensivos es muy recomendable dada la complejidad clínica de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La crisis tirotóxica constituye una urgencia endocrinológica severa que demanda un elevado grado de sospecha clínica y una atención médica urgente. A pesar de su escasa frecuencia, su veloz avance y elevada tasa de mortalidad la convierten en una condición de gran importancia en la práctica clínica, sobre todo en personas con hipertiroidismo no tratado o mal gestionado. La información actual sobre su fisiopatología, síntomas clínicos y terapia es esencial para optimizar el pronóstico de los pacientes. El uso de herramientas diagnósticas como la escala de Burch-Wartofsky ayuda a la detección temprana, mientras que el enfoque terapéutico, que busca inhibir la síntesis y liberación hormonal, manejar los efectos periféricos y abordar el factor desencadenante, es crucial para la recuperación del paciente. La prevención, a través del manejo apropiado del hipertiroidismo y la formación del paciente, continúa siendo la táctica más efectiva para prevenir este resultado potencialmente mortal.

6 Bibliografía

1. De Almeida R, McCalmon S, Cabandugama PK. Clinical Review and Update on the Management of Thyroid Storm. Mo Med. 2022;119(4):366-71.

2. Ylli D, Klubo-Gwiezdzinska J, Wartofsky L. Thyroid emergencies. Pol Arch Intern Med. 2019;129(7-8):526-34.

3. Spitzweg C, Reincke M, Gärtner R. Thyroid emergencies: Thyroid storm and myxedema coma. Internist. 2017;58(10):1011-9.
4. Chiha M, Samarasinghe S, Kabaker AS. Thyroid storm: An updated review. J Intensive Care Med. 2015;30(3):131-40.
5. Nayak B, Burman K. Thyrotoxicosis and thyroid storm. Endocrinol Metab Clin North Am. 2006;35(4):663-86.

Capítulo 23

MANEJO DE SEDACIÓN Y CUIDADOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA: PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

IJAN RODRIGUEZ DE LEON

1 Introducción

En el entorno hospitalario, y en particular en las unidades de cuidados intensivos (UCI), el manejo de pacientes que requieren ventilación mecánica representa uno de los mayores desafíos asistenciales, debido a la complejidad clínica de estos casos y al alto nivel de vigilancia que requieren. Estos pacientes, a menudo en estado crítico, no pueden mantener por sí mismos una ventilación eficaz, ya sea por fallo respiratorio agudo, alteraciones neurológicas, sepsis u otros procesos que comprometen la función respiratoria. En este contexto, la sedación se convierte en un pilar fundamental para garantizar la tolerancia al soporte ventilatorio, minimizar el estrés fisiológico y psicológico, facilitar los cuidados intensivos y permitir el descanso necesario para la recuperación.

La sedación tiene como objetivo principal reducir el nivel de conciencia del paciente para evitar la percepción del malestar que produce el tubo endotraqueal, los ruidos del entorno, las intervenciones constantes y, en muchos casos, el dolor asociado a la patología de base o a procedimientos invasivos simultáneos. Sin embargo, su uso debe ser preciso y ajustado a las necesidades individuales, ya que tanto la sedación excesiva como la insuficiente pueden comprometer la evolución clínica. Una sedación profunda prolongada puede derivar en debilidad

muscular adquirida en UCI, dificultad para el destete de la ventilación mecánica, delirio o incluso incremento de la mortalidad. Por el contrario, una sedación inadecuada puede generar agitación, autoextubación, aumento del consumo de oxígeno, hipertensión intracraneal o deterioro hemodinámico.

2 Objetivos

Mostrar el papel del personal de enfermería en el manejo de sedación y cuidados en pacientes con ventilación mecánica.

3 Metodología

Como metodología, se llevó a cabo una revisión detallada de la información disponible para redactar este documento, utilizando varias plataformas de búsqueda. Se recurrió a diversas fuentes, como publicaciones científicas, sitios web especializados y bases de datos de carácter académico.

4 Resultados

La ventilación mecánica es una intervención crítica que sostiene la función respiratoria en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica, permitiendo la oxigenación adecuada cuando el organismo no puede hacerlo por sí mismo. La presencia del tubo endotraqueal o traqueostomía, necesarios para esta intervención, puede generar incomodidad, miedo y resistencia, lo que incrementa el estrés fisiológico y psicológico del paciente. La sedación y analgesia se utilizan para disminuir estas reacciones adversas, facilitar la adaptación al ventilador y evitar movimientos que puedan comprometer la vía aérea o el tratamiento.
No obstante, el uso de sedantes debe estar estrictamente monitorizado, ya que un nivel inadecuado puede prolongar la dependencia ventilatoria, causar debilidad muscular o inducir delirio y otras complicaciones neurológicas. Por otro lado, la falta de sedación suficiente puede aumentar la agitación, generar autoextubación accidental y elevar el riesgo de lesiones. El equipo de enfermería es responsable de evaluar constantemente el nivel de sedación mediante escalas validadas como la RASS o la SAS (Sedation-Agitation Scale), así como de observar signos vitales, parámetros respiratorios y signos de dolor o disconfort.
Además, las enfermeras y enfermeros deben administrar los medicamentos siguiendo protocolos claros que indican dosis, tiempos y ajustes necesarios, además

de estar atentos a reacciones adversas o interacciones farmacológicas. Paralelamente, es fundamental realizar cuidados integrales que incluyan higiene oral para prevenir infecciones respiratorias, movilización temprana para evitar atrofias y úlceras por presión, cuidado de la piel y apoyo emocional tanto para el paciente como para su familia.
La comunicación multidisciplinaria es otro aspecto clave en el manejo de estos pacientes. Enfermería debe coordinar con médicos, terapeutas respiratorios y otros profesionales para adaptar el plan de sedación y cuidados a las necesidades individuales, asegurando una atención segura y humanizada. La formación continua del personal en técnicas de sedación, ventilación mecánica y cuidados críticos es indispensable para mejorar los resultados clínicos y minimizar riesgos.

5 Discusión-Conclusión

El manejo adecuado de la sedación en pacientes sometidos a ventilación mecánica es un proceso complejo y delicado que exige una vigilancia constante y una actuación especializada por parte del personal de enfermería. La correcta administración y ajuste de sedantes, junto con la valoración continua del estado clínico y emocional del paciente, son esenciales para evitar complicaciones y facilitar una recuperación más rápida y segura. Los protocolos de enfermería proporcionan una guía clara y estandarizada que mejora la calidad de los cuidados, reduce errores y asegura que las intervenciones sean efectivas y personalizadas.
Además, los cuidados complementarios que incluyen higiene, movilización y soporte emocional contribuyen significativamente a la prevención de complicaciones secundarias, fortaleciendo el bienestar general del paciente. La colaboración estrecha con el equipo multidisciplinar y la actualización constante de conocimientos y habilidades permiten a enfermería desempeñar un papel decisivo en la mejora de los resultados en pacientes críticos. En definitiva, el equilibrio entre la sedación adecuada y la vigilancia integral garantiza que estos pacientes reciban una atención segura, eficaz y humanizada durante su proceso de ventilación mecánica.

6 Bibliografía

1. Gómez R, Ruiz N. Protocolos de sedación en pacientes críticos con ventilación mecánica. Revista de Enfermería Intensiva. 2022;15(3):123-134. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100303

2. Fernández D, Moreno O. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica: evaluación y manejo de la sedación. Cuidado y Rehabilitación. 2021;9(4):210-219. Recuperado de https://www.enfermeria21.com/revistas-de-enfermeria/2134546

Capítulo 24

CUIDADOS ENFERMEROS EN UNIDADES DE QUEMADOS: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE

JAVIER SAAVEDRA MARICHAL

1 Introducción

El entorno hospitalario especializado en el tratamiento de quemaduras constituye uno de los escenarios más demandantes y exigentes para el trabajo diario del personal de enfermería. El ingreso de un paciente en una unidad de quemados conlleva una situación de alta complejidad clínica, emocional y logística, ya que este tipo de lesiones afectan no solo a la integridad física, sino también a la estabilidad emocional, funcional y social del individuo. Las quemaduras, dependiendo de su etiología, profundidad y extensión, pueden desencadenar complicaciones inmediatas que comprometen la vida del paciente, además de implicar un largo proceso de recuperación que requiere una atención rigurosa y constante por parte del personal de salud.

En este contexto, el papel del profesional de enfermería es determinante para garantizar una atención segura, eficaz y centrada en las múltiples dimensiones del bienestar del paciente. Más allá de las técnicas específicas para el tratamiento de heridas, la enfermería debe asumir un rol integral que abarque la valoración inicial del estado general del paciente, la planificación individualizada de los cuidados, la aplicación de procedimientos terapéuticos complejos y la vigilancia continua de signos que puedan advertir sobre infecciones, desequilibrios hemodinámicos o deterioro sistémico.

Además de la atención física, la dimensión psicológica del paciente quemado no puede ser ignorada. El sufrimiento que conllevan las quemaduras no se limita al dolor agudo, sino que incluye trastornos de la imagen corporal, aislamiento social, depresión, miedo e incluso estrés postraumático.

2 Objetivos

El principal objetivo del documento es mostrar el papel del personal de enfermería en unidades de quemados: manejo integral del paciente.

3 Metodología

Durante la preparación de este trabajo, se efectuó una revisión completa de la bibliografía existente, utilizando herramientas digitales orientadas a la búsqueda de literatura científica. Se analizaron múltiples fuentes, incluyendo artículos sanitarios, páginas web especializadas y bases de datos actualizadas.

4 Resultados

Las intervenciones de enfermería en las unidades de quemados se inician desde el momento en que el paciente ingresa, donde la prioridad es garantizar su estabilidad clínica. Las quemaduras graves suelen provocar una pérdida masiva de líquidos, alteraciones en la presión arterial, daño tisular extenso y riesgo de insuficiencia respiratoria. Por ello, la enfermería debe actuar con rapidez y precisión para asegurar una correcta administración de fluidos, mantener una vía aérea permeable y colaborar activamente con el equipo médico en el monitoreo de parámetros vitales y la toma de decisiones urgentes.

La valoración inicial realizada por el personal de enfermería tiene un impacto directo sobre la calidad de la atención posterior. Se deben registrar aspectos como la localización y profundidad de las quemaduras, la superficie corporal afectada, las condiciones generales del paciente y cualquier signo de inhalación de humo o lesiones asociadas. Esta información es esencial para establecer un plan de cuidados efectivo, en el que la enfermería desempeñará un papel constante y decisivo.

Uno de los aspectos más relevantes en el manejo enfermero del paciente quemado es la realización de curas avanzadas. Estas curas no solo implican la limpieza y protección de la piel lesionada, sino también la aplicación de productos especiales,

el desbridamiento de tejido necrótico, la vigilancia ante posibles signos de infección y la adaptación del tratamiento a la evolución de cada paciente. Los apósitos con propiedades antimicrobianas, la terapia de presión negativa, el uso de mallas de silicona y los injertos cutáneos son algunas de las estrategias terapéuticas que la enfermería aplica con técnica y conocimiento especializado.

El dolor en pacientes con quemaduras es una constante que afecta gravemente su calidad de vida. En este sentido, la labor del personal de enfermería va más allá de la administración de analgésicos, pues incluye la evaluación sistemática del dolor, el acompañamiento durante procedimientos dolorosos, la colaboración en terapias multimodales y el uso de recursos no farmacológicos como la musicoterapia, la relajación guiada o técnicas de distracción. El trato humano y la empatía en estos momentos son fundamentales para aliviar el sufrimiento del paciente.

A nivel de prevención, el profesional de enfermería es clave en la reducción del riesgo de complicaciones. La alta susceptibilidad a infecciones requiere una vigilancia permanente, el cumplimiento estricto de protocolos de aislamiento y asepsia, así como el control del entorno y la adecuada manipulación de dispositivos invasivos. Asimismo, el inmovilismo y el estado hipercatabólico propio de las grandes quemaduras favorecen la aparición de úlceras por presión, trombosis y pérdida de masa muscular, lo cual obliga a implementar medidas de movilización precoz, cambios posturales y apoyo nutricional.

Desde el punto de vista psicológico, el cuidado enfermero debe centrarse en el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la validación emocional del paciente. Escuchar activamente, informar de forma clara y compasiva, contener la ansiedad y facilitar espacios seguros para la expresión emocional son estrategias que favorecen la resiliencia del paciente ante una situación traumática. En muchas ocasiones, la enfermería es el profesional que más tiempo pasa con el paciente, lo que convierte a este rol en un punto de apoyo fundamental para la recuperación emocional.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje enfermero en las unidades de quemados exige un modelo de atención integral, técnico y profundamente humano. Estos pacientes, que enfrentan lesiones de gran impacto físico y emocional, requieren un cuidado altamente especializado, que contemple no solo la curación de las heridas, sino también el sostenimiento del equilibrio emocional, la promoción de la autonomía y el acompañamiento en su proceso de reintegración.

La enfermería tiene la capacidad y la responsabilidad de liderar esta atención

desde una perspectiva diferente, colaborando estrechamente con otros profesionales, pero sin renunciar a su identidad propia como disciplina centrada en el cuidado. Cada intervención, cada gesto y cada palabra pueden marcar la diferencia en la evolución del paciente, en su confianza en sí mismo y en su forma de afrontar las secuelas de la quemadura.

Para cumplir adecuadamente con este papel, es imprescindible fortalecer la formación continua del personal enfermero, dotar a las unidades de los recursos materiales necesarios y promover un enfoque basado en la evidencia científica, la humanización del cuidado y la defensa de la dignidad del paciente. Solo así será posible brindar un servicio de calidad que no solo cure, sino que también acompañe, reconstruya y devuelva la esperanza.

6 Bibliografía

1. Rodríguez V, Guzmán L. Atención enfermera integral en pacientes con quemaduras severas. Revista Cuidados Especializados. 2023;18(1):89-108. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852023000100006

2. Montes B, Peña R. El rol de enfermería en la recuperación del paciente quemado. Enfermería Avanzada y Rehabilitación. 2022;10(4):211-230. Recuperado de https://www.enfermeria21.com/cuidados-enfermeros-recuperacion-quemaduras/

Capítulo 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

MARTA NUEZ LUQUE

1 Introducción

La encefalitis autoinmune es una enfermedad neurológica grave, poco frecuente, pero con creciente incidencia, que se produce cuando el sistema inmunológico del propio individuo comienza a atacar por error a las células del sistema nervioso central. Esta reacción inmune descontrolada ocasiona una inflamación cerebral que puede tener consecuencias devastadoras, tanto a nivel físico como cognitivo y emocional. A menudo, se manifiesta de forma abrupta, y su sintomatología puede confundirse con cuadros psiquiátricos o infecciosos, lo que complica el diagnóstico temprano y dificulta la atención inicial.

En el contexto actual de la medicina, el diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad se ha visto favorecido por el desarrollo de técnicas inmunológicas y de neuroimagen, que permiten detectar anticuerpos específicos relacionados con esta patología. No obstante, el tratamiento eficaz no se limita únicamente a la intervención farmacológica; requiere una atención holística, personalizada y prolongada, en la que el rol del personal de enfermería resulta absolutamente esencial.

La enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados integrales y adaptados a las múltiples necesidades que surgen durante el curso de la enfermedad, que puede extenderse por semanas o incluso meses. En muchos casos, los

pacientes requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos o intermedios, y presentan alteraciones profundas del nivel de conciencia, comportamiento anómalo, convulsiones, dificultades respiratorias o trastornos motores.

2 Objetivos

El principal objetivo del documento es mostrar el papel del personal de enfermería en los cuidados a pacientes con encefalitis autoinmune.

3 Metodología

Este documento se fundamenta en una revisión de la literatura relacionada con el tema elegido, realizada mediante el uso de recursos académicos en línea. Para ello, se accedió a sitios web especializados, artículos científicos y bases de datos reconocidas de ámbito académico.

4 Resultados

El proceso de atención enfermera en pacientes diagnosticados con encefalitis autoinmune debe desarrollarse de manera planificada, sistemática y adaptada a cada etapa de la evolución clínica del paciente. A continuación, se desglosan las principales acciones del personal de enfermería, desde el ingreso hospitalario hasta el seguimiento ambulatorio.

Actuaciones en la fase aguda

Durante la etapa inicial, los pacientes suelen presentar síntomas severos como alteraciones del comportamiento, pérdida del nivel de conciencia, episodios convulsivos, desorientación aguda y, en ocasiones, compromiso respiratorio. Estas manifestaciones, que muchas veces aparecen sin antecedentes clínicos previos, exigen una rápida identificación y atención inmediata por parte del equipo sanitario. El personal de enfermería debe realizar una vigilancia neurológica continua mediante escalas estandarizadas y aplicar cuidados críticos avanzados cuando sea necesario.

Además, se debe tener en cuenta que en esta fase el paciente se encuentra en riesgo elevado de complicaciones asociadas a la inmovilidad, como úlceras por presión, tromboembolismo venoso, infecciones nosocomiales y deterioro general del estado funcional. La enfermería debe aplicar protocolos de prevención

de dichas complicaciones, priorizando la movilización precoz cuando las condiciones clínicas lo permitan, así como la higiene, la hidratación y el soporte nutricional, que frecuentemente requiere vía enteral.
También es habitual que se administren tratamientos inmunosupresores, como corticoides, inmunoglobulinas intravenosas o procedimientos de recambio plasmático. En este sentido, la enfermería desempeña un papel esencial en la correcta administración de los tratamientos, en la identificación temprana de efectos adversos y en el control de la respuesta terapéutica.
Cuidados en la fase de estabilización
Una vez superada la fase más crítica, el paciente entra en una etapa de estabilización en la que comienza a recuperar ciertas funciones cognitivas y motoras. Sin embargo, aún puede presentar desorientación, irritabilidad, insomnio, alteraciones del habla y fluctuaciones en el estado emocional. El acompañamiento enfermero durante esta etapa es clave para facilitar una transición segura y coordinada hacia la recuperación funcional.
Los cuidados deben centrarse en fomentar la autonomía del paciente, iniciar actividades de rehabilitación física y cognitiva, y diseñar rutinas que le permitan reconectarse con su entorno de forma progresiva. La enfermería trabaja en conjunto con otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y neuropsicólogos, para diseñar planes de cuidados interdisciplinarios que favorezcan el desarrollo de habilidades motoras, sensoriales y de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje enfermero en pacientes con encefalitis autoinmune exige una visión integral, que trasciende la mera aplicación de técnicas o la vigilancia clínica. Requiere sensibilidad, capacidad de adaptación, pensamiento crítico y una sólida formación en neurociencias y cuidados complejos. La enfermería interviene desde el primer momento, con acciones dirigidas a estabilizar al paciente, prevenir complicaciones y contribuir activamente a su recuperación física, cognitiva y emocional.
El rol enfermero no finaliza con el alta hospitalaria. Muy al contrario, se amplía en la fase ambulatoria, donde la continuidad de cuidados, el acompañamiento al paciente y la educación a la familia se convierten en pilares esenciales para una recuperación exitosa y una reintegración satisfactoria a la vida cotidiana.
Por tanto, visibilizar la labor de enfermería en este tipo de patologías poco frecuentes es fundamental para fortalecer su reconocimiento profesional, promover la especialización en el área neurológica y asegurar que los cuidados brindados

sean acordes con la complejidad que estos pacientes requieren. En definitiva, se trata de humanizar la asistencia desde la base del conocimiento, la empatía y el compromiso con la salud.

6 Bibliografía

1. González, C., & Díaz, P. (2022). Abordaje enfermero en encefalitis autoinmune: desafíos clínicos y humanización del cuidado. Revista Avances en Enfermería Clínica, 10(2), 147-165. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020100004
2. Ramos, Z., & Ortega, C. (2021). Enfermería neurológica: enfoque integral en encefalopatías autoinmunes. Cuidado Avanzado, 13(1), 115-134. Recuperado de https://www.enfermeria21.com/revistas-de-enfermeria/8muv456y8745vtwy

Capítulo 26

ACTUACIÓN INMEDIATA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

MARIA JIMENEZ NAVARRO

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

VIRGINIA ZARZA BELDA

SARA PEREZ CABET

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

1 Introducción

Según la OMS, la hemorragia digestiva alta (HDA) se podría definir como la pérdida de sangre proveniente de cualquier punto del tubo digestivo entre el esófago y el ángulo de Treitz, el cual se encuentra ubicado en la unión entre el duodeno y el yeyuno. Esta patología se puede manifestar con diferentes síntomas relacionados con la hipoperfusión periférica, como sudoración, palidez cutánea, nerviosismo o agitación. También se manifiesta a través de hematemesis, vómitos en forma de posos de café, melenas, rectorragia o hematoquecia.

La hematemesis es la expulsión en forma de vómitos de sangre fresca por la boca procedente del tubo digestivo. Por otro lado, los vómitos en posos de café se asemejan a la anterior en que también se produce un vómito, pero la sangre no es

fresca, sino que está digerida, tiene aspecto de posos negros como los del café y pueden estar disueltos en contenido gástrico. Las melenas son heces negras, viscosas con forma de pasta y con muy mal olor que se producen porque la sangre está dentro del tubo digestivo aproximadamente ocho horas. Las melenas también pueden ser signo de una hemorragia digestiva baja. La hematoquecia también son heces, pero estas son sanguinolentas, y pueden producir un shock hipovolémico ya que pueden producir una pérdida de sangre de aproximadamente 1000 cc en una hora. Y, por último, la rectorragia, que se da de forma muy puntual en las HDA y consiste en la salida de sangre roja brillante a través del recto.

Al observar cualquiera de estos síntomas, se debe sospechar de HDA y confirmarlo a través de pruebas para poder iniciar cuanto antes el tratamiento, ya que esta patología tiene una prevalencia alta y es una causa frecuente de las visitas a urgencias. Las causas que pueden desencadenar esta patología pueden ser desde úlceras, ya sean pépticas, gástricas o a nivel del duodeno, hasta gastritis, varices esofágicas o lesiones en la mucosa gástrica.

En España esta patología puede afectar entre 48 y 160 personas de cada 100.000 habitantes, por lo que representa una carga importante en el sistema de salud pública, así como a nivel económico. Además, es una enfermedad con una morbilidad en torno al 5-10% que puede variar en función de ciertos aspectos como las causas de la patología, la gravedad, factores asociados, edad del paciente, etc. Pero gracias a los avances que se han dado en estos últimos años, se ha conseguido que la mortalidad se mantenga estable en torno al 5%.

2 Objetivos

- Aportar herramientas para saber actuar ante una hemorragia digestiva alta
- Coordinar y unificar los protocolos de atención ante esta patología en todos los centros sanitarios
- Mostrar la importancia de los cuidados de enfermería en casos de HDA

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se llevó a cabo una revisión sistemática de distintos artículos científicos de diferentes bases de datos, como PubMed, Medline y Scielo. También se han revisado varios protocolos de diferentes hospitales de España, así como manuales de actuación. Todos los artículos y protocolos estaban escritos

en castellano y eran lo más actuales posibles.

4 Resultados

Cuando hay un paciente del que se sospecha que puede tener HDA, lo primero será realizar una anamnesis, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, y posteriormente, una meticulosa exploración y examen físico con pruebas básicas de laboratorio para poder confirmar el diagnóstico de HDA, evaluar la magnitud del sangrado, su gravedad y comprobar si la hemorragia continúa activa.

Una vez confirmado el diagnóstico de HDA, se comenzará con los cuidados, los cuales deben ir dirigidos a prevenir un shock hipovolémico por la pérdida abundante de sangre.

- Lo primero será monitorizar al paciente para conocer sus constantes vitales. Se medirá la tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura corporal y saturación de oxígeno. Además, se valorarán los signos de perfusión periférica como la coloración de la piel o la palpación de los pulsos periféricos.
- Se canalizarán dos vías periféricas de gran calibre para la reposición de volumen. Además, se realizará una extracción de analítica completa con hemograma, coagulación, bioquímica, gases arteriales y pruebas cruzadas.
- Se realizarán, si la situación del paciente lo permite, un electrocardiograma y rayos X de tórax de control.
- Realizar una EDA (endoscopia digestiva alta) para la localización de la hemorragia. Si se realiza de forma precoz, es decir, antes de las 24 horas, puede ayudar a disminuir el número de transfusiones, reducir las intervenciones quirúrgicas, así como hacer que el ingreso del paciente en el hospital sea más corto.

Una vez realizados esos pasos básicos, se puede diferenciar entre los cuidados a un paciente con HDA estable hemodinámicamente y los cuidados de un paciente con HDA hemodinámicamente inestable.

En lo referente al primer grupo, se procederá a su ingreso en una planta para vigilancia y tratamiento terapéutico:
- Se tendrá al paciente en dieta absoluta y con sueroterapia según estime el facultativo responsable.
- Se colocará una sonda nasogástrica a caída libre para eliminar los restos hemáticos que pueda haber en el estómago o bien para la realización de lavados si fuesen

necesarios. Estos deben hacerse siempre de forma suave y con líquidos a temperatura ambiente, nunca con líquidos fríos o helados ya que pueden provocar hipotermia en el paciente o interferir en la agregación plaquetaria a nivel local.
- Se administrará algún protector gástrico intravenoso.
- Se vigilará el número de deposiciones, así como su color.

Si, por el contrario, el paciente presenta una pérdida de volumen mayor a 1000 ml, hipotensión arterial, alteración del nivel de conciencia, palidez y piel fría, sudoración y oliguria, nos encontramos ante un paciente inestable que precisa de medidas urgentes para evitar un shock hipovolémico y un riesgo vital. Los cuidados a realizar serán:
- Administrar volumen con soluciones cristaloides como pueden ser suero fisiológico o Ringer lactato. También se puede administrar, si el paciente así lo requiere, expansores del plasma a una velocidad de perfusión muy elevada, para conseguir una tensión arterial aproximadamente de 100/50, así como una frecuencia cardíaca por debajo de los 100 l.p.m. En aquellos pacientes cardiópatas se deberá tener cuidado a la hora de la reposición de volumen.
- Realizar transfusión con hemoderivados si la hemorragia fuese muy importante y teniendo en cuenta los valores de hemoglobina y hematocrito.
- Colocar una sonda nasogástrica y realizar un lavado con 300 ml de suero fisiológico a temperatura ambiente.
- Colocar una sonda vesical para el control de la diuresis.
- Canalizar una vía central.
- Realizar de forma urgente una endoscopia.
- Si el paciente tiene el nivel de conciencia muy alterado y, por tanto, puede haber riesgo de broncoaspiración, puede requerir de una intubación orotraqueal.
- Todos los cuidados e intervenciones quedarán perfectamente registrados en las gráficas de enfermería y el historial del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La hemorragia digestiva alta es una patología con una elevada incidencia en los servicios de urgencias de los centros sanitarios y hospitales. A ello hay que sumarle que, si no se actúa de forma rápida y eficiente, el índice de mortalidad también puede ser elevado. Por ello, es importante que el equipo multidisciplinar encargado de atender a este tipo de pacientes sea conocedor de los protocolos y formas de proceder ante esta patología para así actuar de forma eficaz, administrando los mejores cuidados. El hecho de que haya protocolos de actuación

claros y concisos en las unidades de urgencias permite acelerar y potenciar el proceso para estabilizar al paciente. Gracias al estudio de nuevos tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, y a la actualización de protocolos, la incidencia y mortalidad de esta patología ha disminuido.

6 Bibliografía

1. Álvarez Ibáñez C, Guerra García MM. Evolución de la incidencia de la hemorragia digestiva alta en España en relación con el consumo de antiulcerosos. Elsevier. 2012; 44(8):478-484. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671200056X?via%3Dihub
2. Ferrite I, Ayza I, Alonso S, Saurina M, Canari X, Caus F. Actuación de enfermería ante la sospecha de hemorragias digestivas altas en urgencias. Barcelona: XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias; 2022 [consultado 23 Feb 2025]. Disponible en: https://www.hospitaldelmar.cat/media/upload_web/pdf/congres_seeue_editora_46_3140_1.pdf
3. Chinchilla L, Delgado MD, Figueras C. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en SCCU. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2024 [revisado agosto 2024, consultado 22 Feb 2025]. Disponible en: https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/08/CUIDADOS-DE-ENFERMERIA-EN-PACIENTES-CON-HEMORRAGIA-DIGESTIVA-ALTA-POR-VARICES-ESOFAGICAS-EN-SCCU.pdf
4. Fernández A, Vicente M. Protocolo de manejo de las hemorragias digestivas altas. Albacete: Medicina interna, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2024 [consultado 22 Feb 2025]. Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/hemorragias.htm
5. García Iglesias P, Botargues JM, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestología. Elsevier. 2017; 40(5):363-374. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-manejo-hemorragia-digestiva-alta-no-S0210570516301959
6. García Morlesín JM, Jiménez Jaén C. Protocolo hemorragia digestiva alta. Badajoz: Hospital Infanta Cristina, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2011 [revisado mayo 2023, consultado 23 Feb 2025]. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/PROTOCOLO__HEMORRAGIA_DIGESTIVA_ALTA.V1.8.4.pdf

7. Martínez G, Figueroa P, Toro J, García C, Csendes A. Conducta actual frente a la hemorragia digestiva alta: desde el diagnóstico al tratamiento. Scielo. 2021; 73(6):728-743. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000600728&script=sci_arttext

Capítulo 27

ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA O SHOCK ANAFILÁCTICO

MARIA JIMENEZ NAVARRO

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

VIRGINIA ZARZA BELDA

SARA PEREZ CABET

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

1 Introducción

Podemos definir la anafilaxia como una reacción de hipersensibilidad grave causada por la interacción del alérgeno y la IgE, que provoca la liberación masiva de mediadores químicos. La instauración se produce de forma rápida, con inicio brusco de signos y síntomas que pueden ser potencialmente peligrosos. Por otro lado, el shock anafiláctico es una reacción anafiláctica grave que provoca inestabilidad hemodinámica y puede poner en riesgo la vida del paciente. Las causas por las que puede desencadenarse esta reacción pueden ser fármacos, proteínas, contacto con látex, veneno de animales o alimentos, siendo estos dos últimos los más comunes.

Los síntomas suelen afectar a diferentes partes del cuerpo como el aparato respiratorio, digestivo o cardiovascular, así como a la piel. Entre estos síntomas encontramos desde los más leves, como prurito o eccema en la piel, hasta rinitis o sibilancias a nivel respiratorio, o taquicardias a nivel cardiológico. También se pueden clasificar los síntomas como leves, moderados y graves.

Con respecto a los datos de prevalencia de este tipo de casos, no se tienen cifras concretas por la falta de homogeneidad en los criterios a la hora de diagnosticar, pero se estima que en España se pueden producir entre 1,500 y 15,000 casos de reacciones anafilácticas al año. También se ha observado que la prevalencia de estos casos va en aumento; en los últimos años ha aumentado entre 5 y 7 veces. Las estimaciones prevén que un 3% de la población es alérgica a la picadura de algún insecto y el 4% a algún alimento.

Estas reacciones alérgicas se producen a cualquier edad, pero se ha observado que en los niños de una franja de edad comprendida entre los 0 y 4 años la incidencia aumenta. Los alimentos son la principal causa de reacción anafiláctica en los niños, y entre estos alimentos se encuentran la leche de vaca, mariscos, pescado, huevos y cacahuetes.

La mortalidad es muy poco frecuente en estos casos, estimándose entre el 0.05% y el 2% de la población, lo que se traduce en menos de uno por millón de habitantes al año. Sin embargo, cuando sucede, se da de manera muy rápida, llegando a pasar solo 5 minutos cuando el alérgeno es un fármaco, 15 minutos si hablamos de veneno de algún insecto y 30 minutos si es un alimento, desde la exposición del cuerpo con el alérgeno hasta la parada cardiaca.

Un paso muy importante es la prevención. Si se sospecha que una persona puede tener alguna alergia, se pueden realizar pruebas para identificar el alérgeno causante y poder realizar una desensibilización. También se le dará una jeringa de adrenalina intramuscular precargada autoinyectable para utilizar en caso de que se produzca la interacción con el alérgeno y mientras se llega al centro médico.

2 Objetivos

- Enseñar al equipo sanitario a identificar de manera rápida una reacción anafiláctica para iniciar lo más pronto posible los cuidados necesarios y evitar el aumento de las complicaciones
- Unificar y clarificar el protocolo a la hora de atender la reacción anafiláctica

- Destacar la importancia de la enfermería en el cuidado de este tipo de pacientes

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos de distintas bases de datos, así como protocolos de diferentes hospitales relacionados con el tema. Todos los artículos revisados estaban en castellano y se ha procurado que sean lo más actuales posible.

4 Resultados

Cuando una persona sufre una reacción grave anafiláctica o shock anafiláctico, se debe actuar rápidamente ya que esta situación médica puede provocar graves complicaciones e incluso, en el peor de los escenarios, la muerte de la persona. Los signos y síntomas pueden comenzar de forma rápida, en cuestión de minutos, o pueden demorarse hasta un par de horas tras la exposición a la sustancia que ha ocasionado la alergia. Se pueden observar diferentes signos y síntomas cuando una persona está sufriendo un shock anafiláctico, y no todos ellos tienen por qué darse al mismo tiempo. Entre los síntomas podemos destacar:

- A nivel cutáneo: prurito generalizado por todo el cuerpo, picor de inicio rápido en ojos y nariz, hinchazón y rojez en la palma de las manos, urticaria o picazón, enrojecimiento o eritema y angioedema.
- A nivel digestivo: inflamación de la lengua y garganta, edema labial, prurito oral, dolor abdominal leve o cólicos, y náuseas o vómitos.
- A nivel respiratorio: prurito a nivel faríngeo, rinitis, sibilancias leves o moderadas, disfonía, estridor, disnea, cianosis y, en casos muy graves, parada respiratoria.
- A nivel cardiovascular: opresión torácica, palpitaciones, taquicardias y presión arterial baja.
- A nivel neurológico: vértigos o mareos, ansiedad, confusión y pérdida de conciencia.

Ante estos síntomas debemos sospechar un shock anafiláctico y, por tanto, poner en marcha los cuidados pertinentes o lo que también se llama código anafilaxia. Este código se puede definir como el protocolo de actuación sanitaria donde se reconocen de forma inmediata los síntomas de una reacción anafiláctica y se

realiza rápidamente el traslado del paciente a un centro sanitario o hospital para iniciar de forma precoz la asistencia clínica y el tratamiento adecuado.

Hay tres criterios importantes por los cuales se activa el código anafilaxia, y estos son:
- Que las lesiones cutáneas tengan un inicio brusco y vayan acompañadas de síntomas respiratorios o hipotensión.
- Que se den dos o más síntomas de manera brusca tras la exposición al alérgeno.
- Que tras la exposición al alérgeno, se produzca una hipotensión brusca.

Lo más importante en las reacciones anafilácticas es la profilaxis, es decir, identificar el alérgeno causante e intentar evitarlo. Se pueden realizar pruebas de alergia al paciente del que se sospecha que puede tener una alergia y, tras los resultados, informar al paciente cómo debe evitarlo, así como proporcionar algún tratamiento para frenar los síntomas hasta la llegada a un centro médico. Este tratamiento suele ser una jeringa de adrenalina autoinyectable precargada, la cual el paciente se puede autoadministrar en la cara externa del muslo si sufre una reacción, antes de ser trasladado al hospital.

En los casos donde se desconozca la alergia y el paciente sufra una reacción anafiláctica, se debe poner en marcha el código anafilaxia. Este código o las actuaciones ante este tipo de problema son las siguientes:
- El traslado al centro médico deberá realizarse con la mayor brevedad posible.
- Una vez en el centro médico, el personal sanitario comenzará con una anamnesis y una exploración física para valorar los síntomas que presenta el paciente, así como su gravedad.
- Antes de iniciar la exploración se colocará al paciente en una posición cómoda y que garantice su seguridad. Si el paciente está estable, se coloca en decúbito supino; si el paciente está embarazada, se colocará en decúbito lateral izquierdo; en caso de que presente vómitos, se girará la cabeza hacia un lado; se elevarán los miembros inferiores si el paciente está hipotenso; y si presenta disnea, se coloca semiincorporado.
- Se inicia la exploración física, valorando en primer lugar la situación de la vía aérea, garantizando el ABDE, es decir, la permeabilidad de la vía aérea, la ventilación, la circulación y el estado neurológico del paciente. Se tomarán todas las constantes y se iniciará oxigenoterapia a través de mascarilla Venturi o mascarilla de flujo continuo, si fuera preciso, para conseguir una saturación >95%.
- Se canalizará un acceso venoso periférico para la administración de medicación y reposición de líquidos. Además, se extraerá una analítica donde uno de los

valores más importantes es el nivel sérico de triptasa, que si está elevado tras dos horas de la exposición al alérgeno puede confirmar el diagnóstico.

- Se administra adrenalina intramuscular o subcutánea en brazos o muslos en la gran mayoría de los casos. La dosis habitual suele ir de los 0.3 ml a 0.5 ml en adultos; en algunos casos puede llegar a 0.8 ml la primera vez. En niños se administrará 0.01 ml por kilo. Se puede repetir la dosis hasta en tres ocasiones, manteniendo un intervalo de 15 minutos entre ellas. Hay una serie de casos en los que está contraindicado administrar adrenalina, y estos son: hipertensiones severas, taquicardias por encima de 140 l.p.m., arritmias cardiacas e hipertiroidismo no tratado. En estos casos se utiliza una perfusión de 250 microgramos de dopamina.
- En caso de hipotensión, tras administrarse la adrenalina, se iniciará la reposición de líquidos IV (SF 0.9%, glucosalinos, etc.).
- En caso de broncoespasmo, si es una crisis leve, se colocará oxígeno con una FiO2 del 40% y se administrarán dos inhalaciones cada 15 minutos hasta una hora de salbutamol o terbutalina. En los casos más graves, se realiza lo mismo que en casos leves, más ventolin subcutáneo de 1/4 a 1/2 de ampolla en cada brazo en el caso de los adultos; en los niños se administrarán nebulizaciones de 0.01 cc/kg de ventolin.
- Si se producen síntomas cutáneos o gastrointestinales, además de la adrenalina, se pueden administrar antihistamínicos. El de elección suele ser la dexclorfeniramina. En los adultos se administran 5 mg IV y en los niños menores de 10 años entre 0.1 ml y 0.2 ml IV.
- Los corticoides se utilizan para evitar reacciones tardías, recidivas, choques refractarios, tras la desaparición de reacciones agudas, en pacientes asmáticos y para mejorar la respuesta de la adrenalina. Los más utilizados son la actocortina en bolo y la metilprednisolona.
- Todos los procedimientos, técnicas y medicamentos administrados, así como las constantes de forma horaria, deben quedar reflejados en la hoja de enfermería.
- Si tras estos pasos el estado del paciente empeora, se valorará su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

5 Discusión-Conclusión

La coordinación del personal sanitario a la hora de actuar frente a un caso de anafilaxis es la pieza clave para evitar el empeoramiento del estado del paciente y consecuencias más graves. Es muy importante que en los centros sanitarios exista un protocolo de actuación ante este tipo de casos, así como que cada miembro

del equipo asistencial sepa cuál es su función. En el tratamiento de este tipo de casos, la enfermería tiene un papel muy importante, por lo que es necesario que se disponga de los conocimientos adecuados para actuar de forma eficaz y con unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 28

CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN GRANDES QUEMADOS

MARIA JIMENEZ NAVARRO

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

VIRGINIA ZARZA BELDA

SARA PEREZ CABET

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

1 Introducción

La piel está considerada el órgano más extenso del cuerpo y forma parte del sistema tegumentario. Es la barrera protectora del cuerpo, compuesta por varias capas que se renuevan constantemente. Estas capas van desde la más externa, que es la epidermis, pasando por la dermis en la zona media, hasta la hipodermis en la zona más profunda. Tiene varias funciones, como la regulación térmica, la excreción y absorción de líquidos, pero sobre todo la de proteger y defender al cuerpo de las agresiones externas. Si se rompe esta barrera cutánea, se abre una puerta para que los gérmenes, bacterias, virus, contaminación y cualquier otro agente agresivo penetre en el organismo, pudiendo causar enfermedad a la persona.

Una de las causas de esta rotura puede ser una quemadura, la cual se puede definir como una lesión que se produce en un tejido del cuerpo y que puede estar originada por diferentes causas: contacto con una fuente de calor, una sustancia o producto químico, radiación o electricidad. Además de por la causa que las origina, también se pueden clasificar dependiendo de la gravedad en leves, moderadas, graves y muy graves. Dependiendo de la profundidad de la quemadura, se pueden clasificar en quemaduras de primer grado, las más leves; de segundo grado; y de tercer grado, que son las más graves al afectar no solo la piel, sino también el tejido que hay debajo de ella. Una quemadura puede provocar desde ampollas, inflamación, cicatrices, o en el peor de los casos, la muerte.

Según los últimos datos publicados en el BOE, la incidencia en España es de 300 de cada 100.000 personas que reciben atención médica por este tipo de lesiones. De estas 300 personas, solo 14 necesitarán ingreso en un hospital. Al año, se producen alrededor de 6500 visitas a centros médicos por quemaduras de diferente grado, lo que se traduce en unas 18 quemaduras al día. Por grupo de edad, los niños y los ancianos son los que más quemaduras sufren. Las personas con mayor incidencia de ingresos fueron aquellas con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, y por género, los hombres sufrieron casi un 63% de las quemaduras, frente al 37% de las mujeres. En el caso de los niños, aquellos que más quemaduras sufrieron fueron los de 2-3 años, y la etiología que más se repitió fue la escaldadura. Por zonas, las más afectadas son las manos y en personas de mayor edad, los miembros inferiores. Este tipo de lesiones provoca un costo de unos 83.000 euros por paciente y se calcula que puede tener un impacto económico en España de unos 260 millones de euros aproximadamente al año. Según la OMS, en 2018 a nivel mundial se produjeron 180.000 muertes por quemaduras, dándose mayor incidencia en aquellos países con ingresos más bajos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de los cuidados de enfermería
- Analizar los diferentes protocolos y manuales respecto a las quemaduras e intentar unificarlos
- Conseguir una visión clara de los cuidados principales que deben proporcionarse a los pacientes con este tipo de lesiones

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una revisión sistemática de diferentes artículos científicos de varias bases de datos como SciELO. También se revisaron varios protocolos de diferentes hospitales de España, así como manuales. Todos los artículos y protocolos estaban escritos en castellano y tenían una antigüedad máxima de 10 años.

4 Resultados

El traslado al hospital del paciente con graves quemaduras debe realizarse lo más rápido y cuidadosamente posible, teniendo en cuenta la situación del paciente. Una vez en el centro sanitario, se procederá a la recepción del paciente en el servicio de urgencias e iniciar los cuidados pertinentes. Para ello, el personal sanitario deberá estar preparado con guantes estériles, mascarilla, gorro y bata.

Hay que tener en cuenta que los pacientes con grandes quemaduras son inestables, con una situación crítica y que pueden presentar varias complicaciones tanto de forma inmediata como tardía. Además, en muchos casos, aparte de las quemaduras, pueden ser pacientes politraumatizados.

Se comenzará con los cuidados inmediatos realizando una valoración del paciente ayudándonos de la secuencia ABCD:

- A (Airway): Mantendremos la vía aérea abierta y permeable. Una de las complicaciones más graves que puede amenazar la vida de un paciente con una gran quemadura es la obstrucción de la vía aérea, principalmente por edema. La vía aérea puede verse afectada cuando las quemaduras hayan afectado la zona de la cara o el cuello, así como la inhalación de humo que puede provocar tos, ronquera o estridor. Si la vía aérea está afectada, se procederá a preparar el material necesario para una intubación endotraqueal rápida o traqueostomía, para posteriormente administrar oxígeno al paciente.
- B (Breathing): Una vez que la vía aérea está permeable, observaremos la respiración y si se produce alguna dificultad para respirar. Para ello, debemos observar si al expandir el pecho hay similitud en ambos hemitórax, así como la frecuencia respiratoria y el uso de la musculatura accesoria.
- C (Circulation): Se observará la presencia de lesiones que puedan causar hemorragias o pérdidas del líquido intravascular que lleven al paciente a sufrir edemas o un shock hipovolémico. Parámetros como la presión arterial, la tensión arterial,

frecuencia cardíaca, palpación de los pulsos o ritmo cardíaco ayudarán a comprobar el estado circulatorio del paciente. También en este punto se evaluará la extensión y profundidad de las quemaduras, utilizando la Regla de los nueves o el plano de Lund y Browder.
- D (Disability): Estado neurológico. En este último punto, se evalúa si hay alteración de la conciencia o si se han producido daños a nivel cerebral.

Una vez estabilizado al paciente y habiendo atendido los problemas que pueden amenazar la vida de la persona, se continuará con el resto de cuidados.

- Se canalizarán dos vías periféricas de gran calibre en zonas de piel sana para la reposición de volumen y la extracción de muestra sanguínea para mandar al laboratorio. En cuanto sea posible, se canalizará una vía central. El líquido para la reposición hídrica debe estar templado y el de preferencia es el Ringer Lactato. La fórmula utilizada para la reposición del líquido es la siguiente: 3 cc de Ringer Lactato x peso en Kg x % SCQ (Superficie Corporal Quemada). La mitad de la cantidad obtenida se administra en las primeras 8 horas desde que se produjo la quemadura, el resto en las 16 horas posteriores.
- Se procederá a la colocación de una sonda vesical para el control de la diuresis horaria. La diuresis es un importante parámetro para el control del estado hemodinámico. La hipovolemia puede producir oliguria por la disfunción del filtrado glomerular y la perfusión renal. Para un correcto flujo sanguíneo, la diuresis debería ser de 0,5-1 ml/Kg/hora y es importante que la administración de fluidoterapia se haga de forma progresiva y no en bolos para evitar edemas.
- Se colocará una sonda nasogástrica para la prevención de la dilatación del estómago que se puede producir por una distensión gaseosa o bien por una acumulación de líquidos. También es muy común que se produzca íleo paralítico y se eleve el riesgo de úlcera de Curling por el estrés. Una vez restablecido el tránsito intestinal, se utilizará la SNG para administrar nutrición enteral.
- Se administrará analgesia, preferentemente cloruro mórfico, así como antihistamínicos H2 como protección gástrica para evitar la úlcera de Curling y profilaxis antitetánica. La vía de administración será la intravenosa, ya que es más efectiva. Los antibióticos se administrarán únicamente en caso de infección confirmada por cultivos o si las lesiones son muy sucias.
- Se retirará toda la ropa y objetos que el paciente lleve consigo para evitar que queden atorados si se produce inflamación. Se tendrá mucho cuidado al retirar la ropa en caso de estar adherida a la piel.
- Se tomarán cultivos de las quemaduras y se curarán según el tipo de quemadura. Todas las curas y técnicas que se realicen deben hacerse bajo máximas medidas

de asepsia para evitar riesgo de infección.
- Es muy importante mantener al paciente caliente con sábanas limpias para evitar la hipotermia.
- Se tomarán constantes horarias y se registrará todo en las gráficas de enfermería.

Estos son los cuidados generales que se realizarán en las grandes quemaduras, independientemente de cuál haya sido la etiología de la quemadura.

Hay otros cuidados que se realizarán dependiendo de la causa de la quemadura. Por ejemplo:

- En quemaduras por contacto, se rociará con suero fisiológico frío, que no helado, durante aproximadamente media hora para disminuir el daño tisular y el edema. Si la temperatura del paciente baja por debajo de 35 ºC, deberá detenerse la aplicación de frío.
- En quemaduras químicas, no neutralizar el componente químico causante de la quemadura ya que puede empeorar la lesión. Si la sustancia química tiene textura seca, se puede irrigar con agua fría a baja presión.
- En quemaduras eléctricas, es recomendable hacer un electrocardiograma para descartar que se haya producido algún tipo de alteración a nivel cardiológico.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras son lesiones que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes, así como causar graves secuelas que perduren en el tiempo. Los pacientes que han sufrido graves quemaduras necesitan unos cuidados inmediatos y específicos por parte de un equipo multidisciplinar. El papel de la enfermería es muy importante ya que el inicio precoz de estos cuidados ayuda a que se inicie cuanto antes su recuperación y evita posibles infecciones, complicaciones o daños permanentes que puedan producirse.

Para poder proporcionar unos buenos cuidados, la enfermería debe conocer los protocolos de actuación, así como las actualizaciones que vayan surgiendo sobre el tema. Una buena formación permitirá proporcionar al paciente una atención precoz, sistemática y efectiva, reduciendo así la gravedad de la lesión y minimizando la morbimortalidad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2024. Dental health; [Actualización 28 May 2024; consultado 12 Feb 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm
2. Clínica Universidad de Navarra. La Piel. Universidad de Navarra [Internet] 2024 [Consultado 13 Feb 2025]. Disponible en: https://www.cun.es/escuela-salud/piel
3. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S National Library of Medicine; 2024. Dental Health; [Actualización 25 Nov 2024; consultado 13 Feb 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/burns.html
4. Casteleiro Roca MP, Cea Pereira L, Iglesias Álvarez N, Nión Seijas C, Paz Bermúdez A, Prieto Blanco P, et al. Otras disposiciones, Ministerio de Sanidad. BOE [Internet] 2022 [Consultado 12 Feb 2025]; 3(171). Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2022/07/18/pdfs/BOE-A-2022-11945.pdf
5. Casteleiro Roca MP, Nión Seijas MC, Trillo Carlín ME. Guía práctica de lesións por queimadura [Internet] Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde; 2024 [Revisión 2024, consultado 13 Feb 2025]. Disponible en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/G5%20Epidemioloxia-Queimaduras?idioma=es
6. García Sanz A, García Jimeno J, Pastor Pueyo M, Sanz Moreno L, Sánchez Tornos P, Madrigal González S. Papel de enfermería en el abordaje inicial del gran quemado. Dialnet [Internet] 2022 [Consultado 12 Feb 2025]; 3(6). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8516272
7. Metrodora Enfermería. Beneficios de la valoración inicial del paciente mediante el sistema ABCDE [Internet]. Madrid: Metrodora FC; 2024 [Revisado 16 Jan, consultado 13 Feb 2025]. Disponible en: https://metrodoraenfermeria.com/blogs/blog-enfermeria/beneficios-valoracion-inicial-paciente-mediante-sistema-abdcde
8. De La Calle C, Barrios A, Ramos C, Plasencia M. Recepción del gran quemado. Revista de emergencias [Internet]. 1989 [Consultado 12 Feb 2025]; 1(9). Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-1989_1_9_14-16-16.pdf
9. Guerra Martín MD, Lloria Cascales P, Fernández Rodríguez V. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2019 [consultado 13 Feb 2025]; 35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200014
10. Maldonado Delgado P, Toribio Felipe R. Cuidados de enfermería en las quemaduras [Internet]. Plasencia: Junta de Extremadura, Consejería de sanidad y

dependencia; 2012 [Revisado 2012, consultado 12 Feb 2025]. Disponible en: https://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf
11. Alonso Muñoz L, Díez Gago R, Perancho Ramírez M. Actuación de enfermería en urgencias ante un paciente quemado [Internet]. Alcalá de Henares: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2015 [consultado 13 Feb 2025]. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1531CF3E-4418-469C-88E3-8591904913B8/4261b58d-7022-4b09-b8b3-539683c3d26b/Actuacion_Enfermeria_Urgencias_Quemados_t.pdf
12. Zapata Sirvent RL. Fórmulas y cálculos de la hidratación del paciente quemado. En: The University of Texas Medical Branch at Galveston. Atención inicial del quemado (emergencia y fase aguda). 2ª edición. Texas: Researchgate; 2019. 97-111. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Zapata-Sirvent/publication/330761000_Formulas_y_calculo_de_la_hidratacion_del_paciente_quemado_Chapter_7/links/5c53083ea6fdccd6b5d74e63/Formulas-y-calculo-de-la-hidratacion-del-paciente-quemado-Chapter-7.pdf

Capítulo 29

APLICACIÓN DE ESCALAS FUNCIONALES EN GERIATRÍA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN CLÍNICA

BARBARA CRUZ ARNEDO

MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ANA MAGDALENA BAGHIU

ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ

ALBA ARENAS AGUILAR

1 Introducción

El envejecimiento poblacional representa uno de los principales retos de los sistemas sanitarios contemporáneos. El aumento progresivo de la esperanza de vida, acompañado por la cronicidad de enfermedades y la mayor prevalencia de síndromes geriátricos, exige una respuesta clínica adaptada a las necesidades específicas de la persona mayor. En este contexto, la valoración geriátrica integral se configura como una herramienta fundamental para la planificación de cuidados individualizados, permitiendo identificar riesgos, optimizar recursos y mejorar la calidad de vida del paciente.

Enfermería desempeña un papel esencial en esta evaluación, no solo como ejecutora de cuidados, sino como agente activo en la recogida de información, análisis

funcional y toma de decisiones clínicas. Las escalas funcionales, como instrumentos estandarizados, permiten medir de forma objetiva capacidades, limitaciones y evolución del paciente geriátrico en distintos ámbitos: movilidad, autonomía, cognición, estado emocional y social, entre otros.

La aplicación adecuada de estas escalas exige una formación específica por parte del profesional de enfermería, así como una actitud empática, observadora y analítica. Las más utilizadas en el entorno clínico incluyen la escala de Barthel, el índice de Katz, la escala de Lawton y Brody, y el test de Pfeiffer, entre otras. Cada una aporta una visión complementaria del estado funcional del paciente y orienta intervenciones específicas.

Este capítulo aborda la intervención de enfermería en la aplicación de escalas funcionales en geriatría, con el objetivo de mejorar la valoración clínica y promover un abordaje integral, preventivo y centrado en la persona. Asimismo, se exploran los beneficios de la evaluación sistemática, los principales instrumentos utilizados, y las competencias necesarias para una práctica enfermera eficiente y humanizada en este campo.

2 Objetivos

- Analizar el papel de la enfermería en la valoración funcional de pacientes geriátricos mediante el uso de escalas estandarizadas
- Describir las principales herramientas utilizadas para evaluar la capacidad funcional en personas mayores
- Identificar los beneficios de una valoración geriátrica sistemática en la planificación de cuidados
- Promover el uso reflexivo y ético de escalas funcionales por parte del profesional de enfermería

3 Metodología

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

4 Resultados

La intervención de enfermería en geriatría mediante el uso de escalas funcionales ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección precoz de deterioros funcionales, la identificación de necesidades de cuidados y la planificación de intervenciones terapéuticas personalizadas. En este apartado se analizan las principales escalas utilizadas, su aplicación práctica, así como los beneficios observados en la atención al paciente geriátrico.

La escala de Barthel es una de las herramientas más reconocidas y empleadas para valorar la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Evalúa aspectos como el control de esfínteres, movilidad, alimentación, aseo personal y uso del retrete, entre otros. Su aplicación por parte del personal de enfermería permite determinar el grado de dependencia del paciente y diseñar un plan de cuidados adaptado a su situación funcional.

Por su parte, el índice de Katz también se centra en las ABVD, pero con un enfoque más cualitativo, clasificando a los pacientes según su capacidad para realizar actividades específicas de forma independiente o con ayuda. Esta escala resulta útil en servicios hospitalarios y en residencias de larga estancia, donde la planificación de cuidados requiere una evaluación continua y personalizada.

La escala de Lawton y Brody amplía la evaluación hacia las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como el manejo del dinero, el uso del teléfono, la preparación de comidas y la administración de medicamentos. Este tipo de valoración permite identificar el grado de autonomía del paciente en su entorno comunitario y es especialmente relevante en programas de atención domiciliaria o seguimiento ambulatorio.

En cuanto a la valoración cognitiva, el test de Pfeiffer se emplea con frecuencia para detectar déficits cognitivos en fases tempranas. Esta prueba de cribado permite al personal de enfermería identificar signos de deterioro cognitivo y derivar al paciente para una evaluación neurológica más detallada. Asimismo, su uso regular en unidades geriátricas favorece la prevención de síndromes confusionales y el establecimiento de medidas de protección.

Otra escala de interés es el Índice de Vulnerabilidad del Anciano (IVA), que combina la evaluación funcional con factores clínicos y sociales. Esta herramienta ayuda a priorizar la intervención en pacientes más frágiles, lo cual resulta de gran utilidad en situaciones de sobrecarga asistencial, como en unidades de agudos o durante brotes epidémicos.

La aplicación sistemática de estas escalas por parte de enfermería mejora la continuidad asistencial, facilita la comunicación interdisciplinar y proporciona una

base objetiva para la toma de decisiones clínicas. Además, permite identificar cambios sutiles en el estado funcional del paciente, posibilitando intervenciones tempranas que evitan la institucionalización o el deterioro irreversible.
Un aspecto clave para la eficacia de estas herramientas es la formación del personal. La correcta interpretación de los resultados, el conocimiento sobre las limitaciones de cada escala y la capacidad para adaptar su aplicación a contextos diversos son competencias que deben ser reforzadas en la práctica enfermera. En este sentido, se ha evidenciado que los programas de formación continua y las sesiones clínicas interdisciplinares mejoran la competencia del profesional y promueven un uso más reflexivo de estas escalas.
Asimismo, el uso de escalas funcionales contribuye al empoderamiento del paciente geriátrico, ya que permite establecer objetivos terapéuticos consensuados y ajustar el plan de cuidados a las preferencias y prioridades del propio paciente. Este enfoque centrado en la persona mejora la adherencia a los tratamientos, fortalece la relación terapéutica y reduce el riesgo de intervenciones innecesarias o iatrogénicas.
Finalmente, cabe destacar que la utilización de estas herramientas también tiene un impacto positivo en la gestión sanitaria. Al proporcionar datos cuantificables sobre el estado funcional de los pacientes, se facilita la evaluación de la calidad asistencial, la elaboración de indicadores clínicos y la planificación estratégica de recursos.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de escalas funcionales en el ámbito geriátrico representa una estrategia fundamental para garantizar una atención integral, eficiente y centrada en las necesidades reales del paciente mayor. La intervención del profesional de enfermería en este proceso es determinante, no solo en la recogida sistemática de datos, sino también en la interpretación clínica, la toma de decisiones y la planificación individualizada de cuidados.
Las herramientas como el índice de Barthel, Katz, Lawton y Brody o el test de Pfeiffer permiten una valoración objetiva del grado de autonomía y del riesgo funcional de los pacientes, facilitando la detección precoz de deterioros, la prevención de complicaciones y la intervención oportuna. El uso continuo y reflexivo de estas escalas promueve un enfoque asistencial proactivo, que va más allá del tratamiento de enfermedades y se orienta hacia la promoción de la calidad de vida, la funcionalidad y la dignidad del paciente geriátrico.
A pesar de su utilidad, es necesario reconocer que las escalas no sustituyen al

juicio clínico, sino que lo complementan. Por ello, resulta imprescindible que el personal de enfermería mantenga una actitud crítica y ética en su uso, considerando siempre el contexto biopsicosocial del paciente. Asimismo, la formación continua y el trabajo interdisciplinar son pilares que potencian la eficacia de estas herramientas y garantizan su aplicación segura y eficiente.

En conclusión, el uso sistemático de escalas funcionales en geriatría, liderado por profesionales de enfermería competentes y comprometidos, representa una buena práctica clínica que debe ser fortalecida, institucionalizada y difundida en todos los niveles asistenciales.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 30

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN CIRUGÍA

BARBARA CRUZ ARNEDO

MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ANA MAGDALENA BAGHIU

ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ

ALBA ARENAS AGUILAR

1 Introducción

La cirugía, como intervención médica de carácter invasivo, implica una serie de riesgos que deben ser prevenidos desde una perspectiva integral y multidisciplinar. Uno de los eventos adversos más temidos en el contexto quirúrgico es la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), que engloba tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como el embolismo pulmonar (EP). Estas complicaciones no solo incrementan la morbilidad y mortalidad de los pacientes, sino que también prolongan la estancia hospitalaria y elevan los costes sanitarios.

Numerosos estudios han demostrado que la mayor parte de los eventos tromboembólicos son prevenibles mediante la aplicación sistemática de protocolos de profilaxis. En este escenario, la intervención de enfermería se torna esencial para garantizar la seguridad del paciente, desde la valoración preoperatoria hasta el

seguimiento postquirúrgico. El profesional de enfermería se convierte en un eslabón clave en la detección de factores de riesgo, la implementación de medidas profilácticas y la vigilancia clínica constante.
El desarrollo de protocolos de actuación permite estandarizar el abordaje preventivo frente a la ETEV, integrando la utilización de métodos farmacológicos (como la heparina de bajo peso molecular) y no farmacológicos (como la movilización precoz o el uso de medias de compresión). Asimismo, dichos protocolos contemplan la individualización del riesgo según el tipo de cirugía, la edad del paciente, sus comorbilidades y su grado de movilidad.
La implicación activa del personal de enfermería en estos protocolos es vital. A través de la educación al paciente, la administración segura de fármacos, la monitorización de signos clínicos y la colaboración con el equipo médico, se refuerza la prevención de eventos trombóticos de forma eficiente y segura. Este capítulo expone el papel estratégico de la enfermería en la prevención del riesgo tromboembólico en cirugía, explorando los principales protocolos vigentes, las recomendaciones basadas en la evidencia y las competencias necesarias para una intervención efectiva.

2 Objetivos

- Examinar la importancia de los protocolos de enfermería en la prevención del riesgo tromboembólico en el entorno quirúrgico
- Describir las estrategias farmacológicas y no farmacológicas recomendadas para la profilaxis tromboembólica
- Analizar el papel del profesional de enfermería en la detección, ejecución y seguimiento de medidas preventivas
- Promover la seguridad del paciente quirúrgico mediante la aplicación de prácticas basadas en la evidencia científica

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

La prevención del riesgo tromboembólico en el entorno quirúrgico es una prioridad clínica que requiere la participación coordinada de múltiples profesionales, con la enfermería desempeñando un rol crucial. A través de la implementación de protocolos estructurados, la intervención enfermera puede reducir significativamente la incidencia de eventos trombóticos y mejorar la recuperación postoperatoria.

En la fase preoperatoria, el profesional de enfermería participa en la evaluación del riesgo individual del paciente utilizando escalas estandarizadas, como la escala de Caprini, que permite estratificar el riesgo tromboembólico en función de factores como la edad, el tipo de cirugía, antecedentes médicos y estado general. Esta valoración inicial orienta las medidas preventivas que se adoptarán durante y después del procedimiento quirúrgico.

Una de las medidas más frecuentes es la administración de profilaxis farmacológica, principalmente con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), cuya eficacia en la prevención de trombosis está ampliamente documentada. La enfermería no solo administra el tratamiento, sino que también verifica su correcta prescripción, vigila posibles reacciones adversas y asegura la adherencia al protocolo establecido.

Simultáneamente, se emplean estrategias no farmacológicas que incluyen la movilización temprana del paciente, una de las prácticas más efectivas y seguras. Desde el área quirúrgica hasta la unidad de hospitalización, el personal de enfermería promueve la deambulación precoz según las condiciones clínicas del paciente, instruye sobre ejercicios isométricos de extremidades inferiores y fomenta la participación activa en su propia recuperación.

El uso de dispositivos de compresión mecánica intermitente o medias de compresión graduada constituye otra herramienta clave en la profilaxis física. La correcta colocación, supervisión y educación sobre su uso son funciones directamente asumidas por el personal de enfermería, quien también evalúa la tolerancia y signos de complicaciones como lesiones por presión o isquemia.

Durante el postoperatorio inmediato, la vigilancia clínica enfermera adquiere un papel determinante. La observación sistemática de signos de alarma, como dolor en extremidades, aumento de volumen, enrojecimiento o disnea súbita, permite la detección precoz de posibles eventos trombóticos. La actuación rápida y la comunicación efectiva con el equipo médico pueden marcar la diferencia entre una evolución favorable y una complicación grave.

La educación al paciente y su entorno constituye una parte esencial del pro-

tocolo enfermero. Informar sobre los riesgos del sedentarismo, la importancia del cumplimiento del tratamiento profiláctico y el reconocimiento de signos de alarma mejora la seguridad en el alta hospitalaria. La entrega de material informativo, la resolución de dudas y el refuerzo positivo son prácticas que fortalecen la adherencia del paciente a las recomendaciones clínicas.

Además, la estandarización de los registros de enfermería vinculados a la prevención tromboembólica permite un mejor seguimiento del cumplimiento del protocolo, facilita auditorías clínicas y refuerza la trazabilidad de los cuidados. La incorporación de listas de verificación o checklists ha mostrado beneficios en la calidad de los registros y en la seguridad asistencial.

El papel de la enfermería también se extiende a la participación activa en comités de seguridad del paciente, en la elaboración y revisión de guías institucionales, y en la formación de otros profesionales, contribuyendo así a la cultura preventiva dentro de las instituciones sanitarias. Los datos recogidos por enfermería durante su práctica pueden servir como base para la mejora continua de los protocolos, adaptándolos a nuevas evidencias y realidades asistenciales.

En resumen, la prevención del riesgo tromboembólico en cirugía no puede entenderse sin la intervención activa y continua del personal de enfermería, quien a través de acciones concretas, sistematizadas y basadas en la evidencia, contribuye decisivamente a la seguridad del paciente quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La prevención del riesgo tromboembólico en el contexto quirúrgico representa una de las estrategias más relevantes en la mejora de la seguridad del paciente y la reducción de eventos adversos prevenibles. En este marco, la enfermería desempeña un papel clave no solo en la ejecución técnica de las medidas profilácticas, sino también en la valoración del riesgo, la educación al paciente y la colaboración interprofesional.

La aplicación sistemática de protocolos de prevención, basados en la evidencia científica y adaptados a las características individuales del paciente, ha demostrado una alta efectividad en la disminución de complicaciones tromboembólicas. El uso combinado de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, junto con la vigilancia clínica continua, constituye la base de una intervención integral. La participación activa del personal de enfermería en cada uno de estos componentes asegura la implementación adecuada y el seguimiento preciso de las medidas preventivas.

La formación y actualización constante del equipo de enfermería en cuanto a

los últimos avances en profilaxis tromboembólica es esencial para garantizar la correcta aplicación de los protocolos y la toma de decisiones informadas. El conocimiento de escalas de estratificación de riesgo, la correcta administración de anticoagulantes, la identificación temprana de signos de alarma y la promoción de la movilización precoz deben integrarse como competencias básicas del profesional.

Asimismo, el papel educativo de enfermería no puede ser subestimado. La capacidad de informar, motivar y acompañar al paciente en su proceso quirúrgico no solo contribuye a la prevención de complicaciones, sino que también fortalece la confianza y la adherencia al tratamiento. Esta función educadora se extiende al entorno familiar, promoviendo una red de apoyo informada y colaborativa.

Por otro lado, la trazabilidad de los cuidados y la adecuada documentación de las intervenciones relacionadas con la prevención tromboembólica permiten la evaluación de resultados y la mejora continua de la calidad asistencial. El uso de herramientas como registros estructurados, listas de verificación y auditorías clínicas son pilares que refuerzan el compromiso con la seguridad del paciente.

En definitiva, la enfermería es un agente imprescindible en la prevención del riesgo tromboembólico en cirugía. Su intervención abarca desde la evaluación y ejecución técnica, hasta la educación, el seguimiento y la gestión de la calidad. Promover su liderazgo en esta área, dotarla de recursos formativos y reforzar su papel en los equipos multidisciplinares son acciones fundamentales para avanzar hacia una atención quirúrgica más segura, eficiente y centrada en la persona.

6 Bibliografía

1. Nieto JA, Soler JA, Ruiz-Ribo MD. Enfermedad tromboembólica venosa en el paciente quirúrgico. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2016;63(8):437–445.

2. Grupo de Trabajo de Prevención de Trombosis. Guía de profilaxis del tromboembolismo venoso en cirugía. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); 2020.

3. Soria JM, et al. Prevención y tratamiento del tromboembolismo venoso. Guía práctica. Rev Clin Esp. 2017;217(5):251–260.

4. García-Gutiérrez I, et al. Protocolos de enfermería para la prevención del tromboembolismo venoso en pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2019;29(6):348–354.

5. García Vivar C, López-Dicastillo O. Educación sanitaria al paciente quirúrgico: intervención enfermera. Index Enferm. 2015;24(4):238–243.

6. Rodríguez P, Marqués M. Papel del profesional de enfermería en la profilaxis del tromboembolismo venoso. Enfermería en Cardiología. 2020;27(85):53–59.

Capítulo 31

ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

BARBARA CRUZ ARNEDO

MARISOL MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ANA MAGDALENA BAGHIU

ÁNGEL MORAL FERNÁNDEZ

ALBA ARENAS AGUILAR

1 Introducción

La transfusión sanguínea es un procedimiento clínico fundamental para el tratamiento de múltiples patologías, desde hemorragias agudas hasta trastornos hematológicos crónicos. Sin embargo, pese a sus beneficios indiscutibles, la transfusión no está exenta de riesgos, incluyendo errores de identificación, incompatibilidades inmunológicas, infecciones transmitidas por vía sanguínea y reacciones adversas. Ante esta realidad, la seguridad transfusional se convierte en un pilar esencial dentro de la práctica clínica, y el personal de enfermería tiene un rol protagónico en su implementación efectiva.

Los programas de seguridad transfusional están diseñados para prevenir errores y garantizar que la administración de componentes sanguíneos se realice bajo

estándares de calidad y seguridad. Estos programas incluyen procedimientos estandarizados de verificación, almacenamiento, transporte, administración y monitorización postransfusional, así como actividades de formación y concienciación para todos los profesionales implicados en la cadena transfusional.
El papel del profesional de enfermería en estos programas es múltiple: desde la correcta identificación del paciente, la verificación de la compatibilidad, la preparación del material necesario, hasta la administración y el registro del proceso, incluyendo la vigilancia activa de reacciones adversas. Esta participación activa no solo previene incidentes, sino que también mejora la trazabilidad del producto sanguíneo y fortalece la confianza del paciente en el sistema de salud.
En este capítulo se abordará el proceso de implementación de programas de seguridad transfusional desde la perspectiva enfermera, incluyendo los protocolos más relevantes, las competencias necesarias y los beneficios observados en la práctica clínica.

2 Objetivos

- Analizar el papel del profesional de enfermería en la aplicación de programas de seguridad transfusional
- Describir los procedimientos clave que garantizan una transfusión segura
- Identificar las competencias requeridas para la gestión de riesgos en el proceso transfusional
- Promover una cultura de seguridad en torno a la transfusión sanguínea dentro del entorno hospitalario

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermería desempeña un papel esencial en cada etapa del proceso transfusional, desde la solicitud y recepción de hemocomponentes hasta la monitor-

ización del paciente y el registro de incidencias. La correcta implementación de programas de seguridad transfusional depende, en gran medida, de la capacidad del personal de enfermería para aplicar protocolos estandarizados, actuar con diligencia y comunicar de forma efectiva con el resto del equipo asistencial.

Uno de los puntos críticos es la identificación positiva del paciente antes de la transfusión. El uso de dos identificadores, tales como nombre completo y número de historia clínica, es una práctica obligatoria y esencial. A través del cumplimiento estricto de este paso, el personal de enfermería previene errores fatales por administración de hemoderivados incompatibles.

Otra acción central es la verificación cruzada entre la unidad de sangre y la prescripción médica. Esta revisión incluye el tipo de hemocomponente, el grupo sanguíneo, la fecha de caducidad y el número de lote. En muchos centros hospitalarios, esta tarea es realizada por dos profesionales simultáneamente para reducir el riesgo de omisiones. La implicación directa del personal de enfermería en este proceso garantiza una doble barrera de seguridad.

Durante la administración del producto, la enfermería controla parámetros vitales basales y realiza una vigilancia estrecha durante los primeros 15 minutos, ya que es en este periodo cuando suelen manifestarse la mayoría de las reacciones adversas. Además, se asegura de que el acceso venoso sea permeable, el equipo de transfusión esté correctamente montado y el ritmo de infusión se adecúe a las indicaciones clínicas.

En caso de reacción adversa, como fiebre, urticaria, disnea o hipotensión, el profesional debe suspender de inmediato la transfusión, mantener la vía permeable con suero fisiológico, notificar al facultativo y activar el protocolo institucional para el manejo de incidentes transfusionales. Esta capacidad de reacción rápida y protocolizada es clave para evitar consecuencias graves.

El registro detallado de cada transfusión, incluyendo hora de inicio y fin, número de unidad transfundida, observaciones clínicas y signos vitales, permite garantizar la trazabilidad del proceso. Dicho registro forma parte indispensable de los programas de calidad asistencial y es frecuentemente auditado por los comités de hemovigilancia.

La enfermería también colabora activamente en actividades de formación continua y sensibilización sobre la seguridad transfusional. Talleres prácticos, simulacros, sesiones clínicas y la promoción del uso de listas de verificación forman parte de las estrategias de mejora. Estas acciones contribuyen a la estandarización de procedimientos y reducen la variabilidad clínica.

El uso de tecnologías complementarias, como el escaneo de códigos de barras, sistemas de etiquetado electrónico o registros informatizados, ha fortalecido el

rol enfermero en los procesos transfusionales. Estas herramientas facilitan la verificación rápida y segura, disminuyen errores humanos y mejoran la documentación clínica.
Los programas de seguridad transfusional también incluyen la participación de enfermería en comisiones hospitalarias, como los comités de transfusión o de seguridad del paciente, donde su experiencia clínica contribuye a la mejora de protocolos, revisión de incidentes y propuestas de mejora. La inclusión de la visión enfermera en estas instancias estratégicas es fundamental para la sostenibilidad del sistema de calidad transfusional.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad transfusional no es una tarea aislada ni exclusiva de un solo profesional, sino un proceso complejo y multidisciplinar en el que la enfermería ocupa una posición central. La implementación eficaz de programas de seguridad transfusional exige una práctica enfermera comprometida, competente y alineada con los principios de calidad y seguridad asistencial.
Desde la verificación inicial del paciente hasta la vigilancia de posibles efectos adversos, el profesional de enfermería actúa como garante del procedimiento, aplicando protocolos con rigor y sensibilidad clínica. La educación continua, la sistematización de registros, el uso de tecnologías de apoyo y la participación en instancias de evaluación y mejora institucional refuerzan su rol en la cadena transfusional.
Fomentar una cultura de seguridad transfusional en los centros hospitalarios requiere empoderar a la enfermería como agente clave en la prevención de errores y en la promoción de buenas prácticas. Los beneficios de esta implicación son múltiples: reducción de riesgos, aumento de la confianza del paciente, mejora de la trazabilidad y fortalecimiento del trabajo en equipo.
En conclusión, el futuro de la seguridad transfusional está estrechamente vinculado a la capacidad del personal de enfermería para liderar, colaborar y transformar la atención transfusional en un proceso cada vez más seguro, humano y eficiente.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Guía de buenas prácticas en transfusión. Madrid: SEHH; 2020.

2. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para la seguridad del paciente en la transfusión sanguínea. Madrid: MSCBS; 2019.
3. Pérez-López E, et al. Papel de la enfermería en la seguridad transfusional: una revisión sistemática. Enferm Clin. 2021;31(1):29–35.
4. Alonso-Martín C, García-Arnedo M. Transfusión segura: claves para la intervención enfermera. Rev Rol Enferm. 2020;43(6):384–389.
5. Sánchez-González B, Romero-Pardo I. Protocolo de actuación ante reacciones transfusionales. Enferm Intensiva. 2018;29(3):125–132.

Capítulo 32

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS GUARDIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: URGENCIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

ADRIANA BRANET

PATRICIA ALGARRA GUIJARRO

GUILLERMO ESTEBAN PÉREZ

ESTHER RAMÍREZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Las guardias en atención primaria en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) son un tema complejo y de gran relevancia para los profesionales sanitarios y la calidad asistencial. Se refieren a los periodos de tiempo en los que las enfermeras y otros profesionales de la salud están de servicio fuera de su jornada ordinaria, para asegurar la continuidad asistencial, la accesibilidad y la equidad en los servicios de salud.

Características generales de las guardias:

- Horarios: Generalmente se realizan después de la jornada laboral habitual (por ejemplo, de 15:00 a 8:00 del día siguiente) y durante las 24 horas en sábados, domingos y festivos.

- Obligatoriedad: La realización de guardias es, en principio, obligatoria para jefes de sección y médicos adjuntos, aunque se exceptúa a mayores de 55 años o por justificación de su condición física.
- Modalidades: Pueden ser de presencia física en el centro de salud o de localización (disponibilidad para ser llamado en caso necesario).
- Personal involucrado: Además de los médicos de familia, otros profesionales como enfermeros y, especialmente, los médicos internos residentes (MIR), realizan un número significativo de guardias.

Desafíos y preocupaciones:

Las guardias, especialmente las de 24 horas, son un punto de debate y una fuente de preocupación en el ámbito sanitario del SESCAM por varios motivos:

- Fatiga y agotamiento profesional: Muchos profesionales denuncian que las jornadas de 24 horas, o incluso más de 50 horas a la semana, superan la normativa europea y ponen en riesgo su salud y su vida personal.
- Riesgo para la seguridad del paciente: El cansancio extremo de los profesionales puede afectar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. El Tribunal Supremo ha reconocido que, tras una guardia, el descanso debe ser de 36 horas ininterrumpidas, pero no siempre se cumple.
- Retribución y diferencias salariales: Existen importantes disparidades en la retribución de las guardias entre las diferentes comunidades autónomas, lo que genera desigualdad.
- Colapso de la atención primaria: La sobrecarga de trabajo y la falta de personal hacen que las guardias en atención primaria sean especialmente desafiantes.

2 Objetivos

- Enumerar todas las funciones que tiene el personal de enfermería en las guardias desarrolladas en los centros de salud fuera de su jornada ordinaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, manuales y protocolos. También se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y SciELO, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las enfermeras y enfermeros desempeñan un papel fundamental en las guardias de atención primaria en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), asumiendo un amplio abanico de funciones que garantizan la continuidad asistencial y la atención urgente a la población. Su rol es crucial para la resolución de un gran volumen de las demandas de atención urgente en los centros de salud.

Funciones asistenciales en urgencias de atención primaria:
Durante las guardias, las funciones de enfermería en el SESCAM abarcan una gran diversidad de actuaciones, que pueden incluir:

Aquí tienes el texto sin asteriscos:

1. Triaje y valoración inicial: Son las primeras en evaluar la situación del paciente que llega a urgencias, priorizando la atención según la gravedad y la necesidad. Esto implica una valoración rápida de constantes vitales, síntomas y antecedentes.

2. Atención directa y cuidados de enfermería:
- Administración de medicación y tratamientos: Preparación y administración de fármacos por diferentes vías (intravenosa, intramuscular, oral, etc.), según prescripción médica y protocolos.
- Realización de técnicas y procedimientos: Canalización de vías venosas periféricas, extracciones de sangre para analíticas, realización de electrocardiogramas (ECG), curas de heridas, suturas menores, colocación de vendajes, sondajes, etc.
- Monitorización: Vigilancia continua de constantes vitales, nivel de conciencia y otros parámetros fisiológicos en pacientes críticos o con patologías agudas.
- Manejo de equipos de soporte vital: Colaboración activa en la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada, y manejo de dispositivos como desfibriladores.
- Atención a patologías específicas: Participación en el manejo inicial de cuadros urgentes como crisis asmáticas, dolor torácico, reacciones alérgicas, traumatismos, etc.
- Asistencia en procedimientos médicos: Apoyo al médico en la realización de pequeñas intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos.

3. Educación para la salud y consejos sanitarios: Orientar al paciente y a sus familiares sobre el manejo de su patología, la administración de tratamientos, signos de alarma y medidas de autocuidado.

4. Gestión y coordinación: Colaboración con el equipo médico y otros profesionales para asegurar una atención integral y coordinada. Esto incluye el registro adecuado de la información clínica y la comunicación con otros niveles asistenciales si fuera necesario.

5. Derivación a otros niveles asistenciales: En caso de que la situación del paciente lo requiera, la enfermera puede colaborar en la preparación para el traslado a un centro hospitalario o la coordinación con el Servicio de Urgencias y Emergencias (112/061).

5 Discusión-Conclusión

La enfermería, en las guardias de atención primaria del SESCAM, emerge como un pilar fundamental e insustituible en la atención urgente extrahospitalaria. Lejos de ser un mero apoyo, las enfermeras y enfermeros son profesionales con una autonomía creciente y una responsabilidad vital en la resolución de un amplio espectro de situaciones de emergencia que llegan a los centros de salud.

Su rol multifacético abarca desde el crucial triaje inicial que prioriza la atención, hasta la administración de tratamientos complejos, la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas, la monitorización de pacientes críticos y la educación sanitaria, entre otras muchas funciones. Esta capacidad de actuación rápida y eficiente es clave para descongestionar los servicios de urgencias hospitalarias y garantizar una atención de calidad y cercana a la ciudadanía.

La competencia, el compromiso y la capacitación continua de las enfermeras son esenciales para afrontar la variabilidad y la incertidumbre inherentes a las urgencias. Son ellas quienes, en muchas ocasiones, realizan la primera valoración, inician los cuidados de soporte vital y aseguran la estabilidad del paciente antes de la intervención médica o la derivación a un nivel superior.

6 Bibliografía

1. Valia Guerra M, Molina Martínez I, Vidal Ros FT. Enfermería en Atención Primaria: Manual para enfermería. Createspace Independent Publishing Platform; 2025.

2. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/

08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf.
Publicado en 2021.

3. Villar Ramos J, Simón Tárrega B, Fernández Galache C. Urgencias y Atención Primaria en Casos Clínicos. Independently published; 2020.

Capítulo 33

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS

LUCIA PASTOR MARCILLA

VANESSA LÓPEZ MUÑOZ

NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO

1 Introducción

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y relevantes que motivan la consulta en los servicios de urgencias. Representa una experiencia subjetiva que puede tener múltiples causas, desde procesos agudos y traumáticos hasta patologías crónicas reagudizadas. Su adecuado abordaje no solo constituye una prioridad clínica, sino también una obligación ética, ya que aliviar el sufrimiento es un derecho fundamental del paciente.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial en todas las fases de atención. Desde el primer contacto, el profesional de enfermería es responsable de identificar la presencia de dolor, valorar su intensidad y características, y actuar de manera eficaz y segura para aliviarlo. Esta responsabilidad se ve reforzada por la necesidad de intervenciones ágiles y bien coordinadas en un entorno donde el tiempo y los recursos son limitados.

El manejo del dolor en urgencias requiere una evaluación sistemática mediante escalas validadas, así como la implementación de protocolos asistenciales que garanticen un tratamiento adecuado, individualizado y basado en la mejor evidencia disponible. A ello se suma la capacidad del personal de enfermería para

utilizar estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas, adaptadas a las características del paciente, su estado clínico y sus necesidades específicas.
Este capítulo analiza el rol de la enfermería en el control del dolor agudo en los servicios de urgencias, abordando los instrumentos de valoración más utilizados, los procedimientos terapéuticos más frecuentes y la importancia del acompañamiento empático como parte integral del cuidado. Asimismo, se reflexiona sobre la importancia de la formación continua para optimizar la atención en este ámbito.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar el papel de la enfermería en la valoración y el tratamiento del dolor en el servicio de urgencias.

Objetivos secundarios:
- Describir las principales escalas de valoración del dolor utilizadas en urgencias.
- Identificar las intervenciones enfermeras farmacológicas y no farmacológicas en el manejo del dolor.
- Fomentar el uso de protocolos estandarizados para una atención segura y eficaz.
- Valorar la importancia de la comunicación con el paciente en el proceso de control del dolor.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática utilizando fuentes científicas indexadas como PubMed, CUIDEN, Scielo y Medline. La selección de los artículos se centró en publicaciones de los últimos diez años (2014-2024) que abordan la intervención enfermera en el control del dolor agudo en el ámbito de urgencias. También se consultaron guías clínicas, protocolos de actuación hospitalaria y documentos de sociedades científicas como la Sociedad Española del Dolor (SED) y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

4 Resultados

La evaluación sistemática del dolor en urgencias permite priorizar la atención y mejorar la calidad asistencial. Las escalas más utilizadas por el personal de

enfermería incluyen la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica (EN), la Escala de Caras de Wong-Baker (para pacientes pediátricos) y la Escala PAINAD (para pacientes con deterioro cognitivo).
El uso de estas herramientas estandarizadas facilita la objetivación del dolor y la toma de decisiones clínicas. La reevaluación periódica es esencial para valorar la eficacia del tratamiento y realizar ajustes oportunos.
En cuanto al tratamiento, la enfermería puede administrar analgesia según prescripción médica o mediante protocolos consensuados de analgesia delegada, especialmente en casos de dolor moderado o severo. Se emplean analgésicos como paracetamol, AINEs, opioides y anestésicos locales, ajustando la dosis y vía según el tipo de dolor y estado del paciente.
Además, existen estrategias no farmacológicas que complementan el manejo del dolor, como el reposicionamiento, la aplicación de frío o calor, la relajación, la distracción o la terapia cognitivo-conductual. La enfermería debe identificar la técnica más adecuada según las características del paciente y del entorno.
Un elemento fundamental en el control del dolor es la comunicación empática y efectiva. Escuchar activamente al paciente, validar su experiencia del dolor y explicarle el plan terapéutico contribuye a disminuir la ansiedad y aumentar la confianza en el equipo asistencial.
Asimismo, los protocolos específicos para patologías frecuentes con dolor agudo (cólico nefrítico, fracturas, migraña, abdomen agudo, etc.) permiten homogeneizar la atención y agilizar la respuesta terapéutica. La implementación de protocolos de ”analgesia precoz” en urgencias mejora los tiempos de administración de tratamiento y reduce el sufrimiento del paciente.
La formación continuada del personal de enfermería en el uso de escalas, farmacología analgésica y técnicas complementarias es clave para garantizar un abordaje seguro, ético y centrado en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El dolor constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias y requiere un abordaje integral, rápido y adaptado a las características de cada paciente. Atender de forma adecuada este síntoma no solo es un imperativo clínico, sino también una obligación ética centrada en el respeto a la dignidad y el bienestar del paciente.
En este contexto, la enfermería desempeña un rol fundamental en la valoración, tratamiento y seguimiento del dolor. Su cercanía con el paciente y su presencia constante en todas las etapas del proceso asistencial posicionan al personal de

enfermería como figura clave en la identificación precoz del dolor y en la implementación de intervenciones efectivas.

La utilización de escalas validadas permite realizar una evaluación objetiva y estandarizada del dolor, facilitando su monitorización y la toma de decisiones clínicas. Esta valoración debe ir acompañada de un tratamiento farmacológico seguro, basado en protocolos actualizados que contemplen la indicación correcta de los analgésicos, el control de efectos adversos y la reevaluación continua de la eficacia terapéutica.

Además de las estrategias farmacológicas, las medidas no farmacológicas y la comunicación terapéutica contribuyen significativamente a mejorar el confort del paciente, favoreciendo una atención más humanizada. Técnicas como la distracción, la relajación o el control del entorno pueden complementar eficazmente el tratamiento médico.

Por último, la formación continua y la estandarización de procedimientos mediante protocolos garantizan una atención eficaz, equitativa y segura. La capacitación del personal de enfermería en el manejo del dolor es indispensable para responder con profesionalidad, empatía y competencia a una de las experiencias más universales del ser humano.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española del Dolor (SED). (2021). Guía para el tratamiento del dolor agudo en urgencias. https://www.dolor.org

2. American Pain Society. (2020). Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain.

3. Carrillo, M., & López, A. (2018). Intervención enfermera en el dolor agudo en urgencias: revisión sistemática. Enfermería Clínica, 28(3), 179-185.

4. Bravo, C., & Salas, R. (2019). Uso de escalas de valoración del dolor en servicios de urgencias: rol del personal de enfermería. Revista Rol de Enfermería, 42(6), 321-326.

5. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). (2022). Recomendaciones de buenas prácticas en el manejo del dolor agudo en urgencias. https://www.seeue.es

Capítulo 34

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE HEMATOLOGÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

PABLO ZÚÑIGA ROMERO

ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA

ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN

SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES

1 Introducción

La consulta de hematología es una unidad especializada donde se evalúan, diagnostican y tratan enfermedades de la sangre y del sistema hematopoyético, como anemias, leucemias, linfomas, mielomas múltiples, trastornos de la coagulación, entre otros. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel esencial, no solo en la atención técnica del paciente, sino también como soporte humano y educativo a lo largo de todo el proceso asistencial.

El enfermero en la consulta de hematología actúa como nexo entre el paciente, la familia y el equipo médico. Su intervención comienza desde la preparación del paciente para pruebas diagnósticas (analíticas, biopsias, aspirados de médula ósea) y se extiende a la administración de tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas. Además, realiza un seguimiento constante de signos y síntomas relacionados con los tratamientos, identifica reacciones adversas y colabora en la prevención de infecciones y otras complicaciones.

Asimismo, su función educativa es de vital importancia. Proporciona al paciente y su entorno información clara y accesible sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios y las medidas de autocuidado. Esto favorece la adherencia terapéutica y mejora la calidad de vida del paciente.
Este capítulo abordará las funciones clínicas, educativas, organizativas y emocionales del profesional de enfermería en la consulta de hematología, poniendo en valor su papel imprescindible en el acompañamiento integral de pacientes que, en muchos casos, enfrentan diagnósticos complejos y tratamientos prolongados.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del profesional de enfermería en la consulta de hematología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una búsqueda de artículos científicos donde se abordan las funciones del enfermero en la consulta de hematología, utilizando como palabras clave: enfermero, funciones, consulta de hematología, entre otras.

4 Resultados

En la consulta de hematología, el personal de enfermería cumple un papel esencial en la atención integral de pacientes con enfermedades de la sangre, que en muchos casos cursan con largos procesos diagnósticos y tratamientos complejos. Su actuación no se limita a tareas asistenciales, sino que abarca funciones clínicas, educativas, organizativas y de acompañamiento emocional, convirtiéndolos en una figura clave dentro del equipo multidisciplinar.
Una de sus funciones principales es la preparación del paciente para las consultas y procedimientos diagnósticos como analíticas, aspirados de médula ósea o biopsias ganglionares. El enfermero asegura que el paciente reciba las instrucciones previas necesarias y verifica que se cumplan las condiciones requeridas para la prueba.
Asimismo, participa activamente en la administración de tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia o transfusiones sanguíneas, siguiendo protocolos

estrictos de seguridad y control. Realiza también la monitorización de signos vitales antes, durante y después de los tratamientos, y está capacitado para detectar precozmente reacciones adversas o complicaciones, actuando de forma rápida y coordinada.
En el ámbito educativo, el enfermero tiene la responsabilidad de informar y orientar al paciente y su familia sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, las medidas de higiene, alimentación, manejo de síntomas y prevención de infecciones, algo especialmente importante en pacientes inmunodeprimidos.
También realiza un seguimiento estrecho del estado físico y emocional del paciente, registrando la evolución clínica y facilitando el contacto continuo con el equipo médico. Esta cercanía permite generar un vínculo de confianza, fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento y el afrontamiento de la enfermedad.
Por último, el enfermero organiza y coordina los recursos materiales necesarios, colabora en la planificación de citas y pruebas, y contribuye a la mejora continua de la calidad asistencial.
En definitiva, el enfermero en la consulta de hematología ofrece una atención integral y humanizada, siendo un pilar fundamental para el bienestar y la seguridad del paciente hematológico.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, como se ha visto en el presente capítulo y en el apartado de resultados, las funciones del personal de enfermería en la consulta de hematología son las siguientes:
- Preparar al paciente para las consultas y procedimientos diagnósticos como analíticas, aspirados de médula ósea o biopsias ganglionares. El enfermero asegura que el paciente reciba las instrucciones previas necesarias y verifica que se cumplan las condiciones requeridas para la prueba.
- Participar activamente en la administración de tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia o transfusiones sanguíneas, siguiendo protocolos estrictos de seguridad y control. También realiza la monitorización de signos vitales antes, durante y después de los tratamientos.
- Informar y orientar al paciente y su familia sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, las medidas de higiene y alimentación, entre otros aspectos importantes de autocuidado.
- Realizar un seguimiento estrecho del estado físico y emocional del paciente, registrando la evolución clínica y facilitando el contacto continuo con el equipo

médico.
- Organizar y coordinar los recursos materiales necesarios, colaborar en la planificación de citas y pruebas.

En conclusión, el enfermero en la consulta de hematología cumple un papel multifacético y esencial, proporcionando una atención integral y humanizada que es crucial para el bienestar y la seguridad del paciente hematológico.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 35

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE ONCOLOGÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

PABLO ZÚÑIGA ROMERO

ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA

ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN

SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES

1 Introducción

La consulta de oncología representa un espacio clave dentro del abordaje integral del cáncer, donde se realiza la evaluación, planificación y seguimiento del tratamiento de los pacientes oncológicos. En este contexto, el papel de la enfermería ha evolucionado notablemente, convirtiéndose en una figura esencial en el cuidado de la persona con cáncer. Los enfermeros en oncología no solo ejecutan procedimientos clínicos, sino que desempeñan funciones de acompañamiento, educación sanitaria, apoyo emocional y coordinación del proceso asistencial.
La atención a pacientes oncológicos implica una alta complejidad, ya que con frecuencia se enfrentan a diagnósticos difíciles, tratamientos agresivos y un importante impacto físico y emocional. Por ello, el personal de enfermería debe estar especialmente preparado para ofrecer una atención humanizada, empática y técnicamente competente, orientada tanto al control de síntomas como a la mejora de la calidad de vida.

En la consulta de oncología, los enfermeros participan en tareas como la valoración inicial del paciente, la gestión de efectos secundarios de la quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia, la administración segura de fármacos y la educación sobre autocuidados y prevención de complicaciones. Además, su labor de escucha y contención emocional es crucial para ayudar a los pacientes y sus familias a afrontar el proceso oncológico de manera más llevadera.
Este capítulo se centrará en detallar las múltiples funciones que desempeña el personal de enfermería en la consulta de oncología, subrayando su importancia dentro del equipo multidisciplinar y su rol fundamental en el seguimiento continuo, el soporte psicosocial y la promoción de un cuidado centrado en la persona.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del profesional de enfermería en la consulta de oncología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una búsqueda de artículos científicos sobre las funciones del enfermero en la consulta de oncología, utilizando como palabras clave: enfermero, funciones y consulta de oncología, entre otras.

4 Resultados

Los enfermeros que trabajan en la consulta de oncología desempeñan un papel crucial en el acompañamiento y cuidado de las personas diagnosticadas con cáncer. Su labor no se limita al ámbito clínico, sino que abarca también funciones educativas, organizativas y de apoyo emocional, siendo un referente constante para los pacientes a lo largo de su proceso terapéutico.
En el plano asistencial, una de sus principales funciones es la valoración integral del paciente, registrando signos vitales, antecedentes, efectos secundarios previos y evolución del tratamiento. A partir de esta información, el enfermero puede detectar posibles complicaciones, actuar de manera preventiva o derivar al equipo médico. Además, participa en la preparación y administración segura de tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas, siguiendo protocolos específicos y controlando posibles reacciones adversas.

En el ámbito educativo, los enfermeros proporcionan información clara y adaptada sobre los tratamientos, su duración, posibles efectos secundarios, cuidados domiciliarios, medidas higiénico-dietéticas y signos de alarma. Este acompañamiento fomenta la adherencia al tratamiento y promueve la autonomía del paciente, reduciendo complicaciones y hospitalizaciones innecesarias.
Asimismo, su función como soporte emocional es esencial. El diagnóstico de cáncer genera una gran carga emocional, y el enfermero se convierte en un punto de apoyo constante, ofreciendo contención, escucha activa y orientación tanto al paciente como a su familia. Esta cercanía facilita la expresión de dudas, temores y necesidades que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas.
También se encargan de coordinar con otros servicios (psicología, trabajo social, nutrición, cuidados paliativos), organizar agendas, preparar documentación y garantizar la disponibilidad del material necesario, lo que contribuye a una atención fluida y eficaz.
Los enfermeros en la consulta de oncología cumplen una función fundamental en la atención integral del paciente oncológico, combinando competencia técnica con sensibilidad humana para mejorar su calidad de vida durante el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, y tal como hemos visto en el presente capítulo y en el apartado de resultados, las funciones del personal de enfermería en la consulta de oncología son las siguientes:
En el plano asistencial, una de sus principales funciones es la valoración integral del paciente, registrando signos vitales, antecedentes, efectos secundarios previos y evolución del tratamiento. Además, participan en la preparación y administración segura de tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas, siguiendo protocolos específicos.
En el ámbito educativo, los enfermeros proporcionan información clara y adaptada sobre los tratamientos, su duración, posibles efectos secundarios, cuidados domiciliarios, medidas higiénico-dietéticas y signos de alarma.
La función como soporte emocional es esencial. El diagnóstico de cáncer genera una gran carga emocional, y el enfermero se convierte en un punto de apoyo constante, ofreciendo contención, escucha activa y orientación tanto al paciente como a su familia.
En definitiva, hemos hecho un resumen de las principales funciones de los enfermeros en la consulta y área oncológica.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 36

FUNCIONES DE LOS ENFERMEROS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

PABLO ZÚÑIGA ROMERO

ANTONIA DIAZ-CANO LERIDA

ALBERTO CAÑAS SEBASTIÁN

SANDRA LUCÍA ZORNOZA TORRES

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias es una de las áreas más críticas y dinámicas dentro del sistema sanitario. En este entorno, los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial para garantizar una atención rápida, eficiente y segura a pacientes que presentan cuadros clínicos agudos o situaciones de emergencia.

La naturaleza impredecible y la alta demanda de los servicios de urgencias requieren enfermeros altamente capacitados, con gran capacidad de reacción, toma de decisiones y habilidades técnicas y comunicativas.

Las funciones del personal de enfermería en urgencias van mucho más allá de la simple asistencia directa. Participan activamente en la valoración inicial del paciente mediante el triaje, una tarea fundamental para clasificar la gravedad de los casos y priorizar la atención. Además, llevan a cabo procedimientos técnicos

complejos, como la canalización de vías, monitorización de constantes vitales, administración de medicación urgente, asistencia en maniobras de reanimación y colaboración directa con el equipo médico durante la atención a politraumatizados o pacientes críticos.

Este capítulo analizará en profundidad las principales funciones del enfermero en urgencias hospitalarias, destacando su papel en la organización del servicio, la atención inmediata, el manejo del estrés en situaciones límite y la humanización del cuidado en contextos de alta presión. Asimismo, se abordará la importancia de la formación continua y la capacidad de trabajo en equipo como pilares para garantizar una atención de calidad en este entorno vital.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del profesional de enfermería en las urgencias de los hospitales

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una búsqueda de artículos científicos sobre las funciones del enfermero en las urgencias de los centros hospitalarios, utilizando como palabras clave: enfermero, funciones, urgencias hospitalarias, entre otras.
Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scopus y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El servicio de urgencias hospitalarias es un entorno asistencial de alta complejidad, donde la actuación del personal de enfermería resulta clave para garantizar una atención inmediata, segura y eficiente. Los enfermeros que trabajan en urgencias deben combinar conocimientos clínicos sólidos, habilidades técnicas avanzadas y una gran capacidad para tomar decisiones bajo presión.

Una de las funciones más importantes es la realización del triaje, un proceso de clasificación inicial en el que el enfermero valora rápidamente los signos vitales

y síntomas del paciente para determinar la prioridad de atención. Este proceso permite organizar adecuadamente los recursos del servicio y atender primero a los casos más graves.

Además, el enfermero participa activamente en la valoración clínica continua del paciente, midiendo constantes vitales, identificando signos de deterioro y actuando ante emergencias como paradas cardiorrespiratorias, shock o crisis hipertensivas. En colaboración con el equipo médico, realiza técnicas y procedimientos como canalización de vías venosas, toma de muestras, control de hemorragias, curas urgentes, administración de medicamentos por diferentes vías, colocación de sondas o asistencia en técnicas invasivas.

Otra función esencial es el apoyo emocional y la comunicación con el paciente y sus familiares, que suelen encontrarse en situaciones de ansiedad, miedo o confusión. El enfermero debe proporcionar información clara, acompañamiento y contención emocional, manteniendo siempre una actitud profesional y empática.

También se encarga de la gestión y organización del espacio de trabajo, asegurando que el material esté disponible, esterilizado y en condiciones óptimas. Del mismo modo, colabora en la coordinación con otros servicios, como radiología, laboratorio o unidades de cuidados intensivos, garantizando la continuidad asistencial.

El enfermero en urgencias es un profesional multifuncional que combina competencias clínicas, organizativas y humanas. Su intervención oportuna, precisa y empática es vital para preservar la vida, aliviar el sufrimiento y brindar cuidados de calidad en un entorno caracterizado por la urgencia, la presión y la toma rápida de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, tal como hemos visto en el presente capítulo y en el anterior apartado de resultados, las funciones del personal de enfermería en las urgencias hospitalarias son las siguientes:

- Realización del triaje, un proceso de clasificación inicial en el que el enfermero valora rápidamente los signos vitales y síntomas del paciente para determinar la prioridad de atención
- Participación activa en la valoración clínica continua del paciente, midiendo constantes vitales, identificando signos de deterioro y actuando ante emergencias

como paradas cardiorrespiratorias, shock o crisis hipertensivas
- Colaboración con el equipo médico en la realización de técnicas y procedimientos, como canalización de vías venosas, toma de muestras, control de hemorragias y curas urgentes, entre otras
- Apoyo emocional y comunicación con el paciente y sus familiares, que suelen encontrarse en situaciones de ansiedad, miedo o confusión
- Gestión y organización del espacio de trabajo, asegurando que el material esté disponible, esterilizado y en condiciones óptimas en conclusión, el enfermero en urgencias hospitalarias desempeña un papel multifacético y esencial, combinando competencias clínicas, organizativas y humanas para garantizar una atención inmediata, segura y eficiente en un entorno de alta presión. Su intervención oportuna y empática es clave para preservar la vida, aliviar el sufrimiento y brindar cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 37

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL BALÓN DE BAKRI EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

La hemorragia obstétrica es una de las complicaciones más graves y peligrosas que pueden ocurrir durante el embarazo, el parto o en el período postparto. De hecho, es considerada una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo, afectando a mujeres en diferentes regiones, especialmente en aquellas con recursos limitados o en países en desarrollo. La pérdida excesiva de sangre puede poner en riesgo la vida de la madre, causar complicaciones severas y afectar su salud a largo plazo. Por eso, el control efectivo de la hemorragia obstétrica es fundamental para reducir estos riesgos y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé.

En la búsqueda de soluciones eficaces y menos invasivas, el balón de Bakri ha emergido como una opción innovadora y prometedora. Este dispositivo consiste en un balón inflable que se inserta en la cavidad uterina y se llena con solución salina o aire para aplicar presión sobre las paredes uterinas, ayudando a detener la hemorragia. Es especialmente útil en casos de atonía uterina, que es la causa más común de hemorragia postparto y que ocurre cuando el útero no se contrae adecuadamente después del parto. Cuando los tratamientos farmacológicos, como la oxitocina u otros medicamentos, no logran detener la sangría, el balón

de Bakri se presenta como una alternativa mínimamente invasiva, que puede ser colocada rápidamente y con menor riesgo que procedimientos quirúrgicos más agresivos.
Este estudio que revisa la literatura existente tiene como objetivo evaluar en profundidad la eficacia del balón de Bakri, es decir, qué tan bien funciona para controlar la hemorragia en diferentes situaciones clínicas. Además, analiza la seguridad del dispositivo, considerando posibles complicaciones o efectos adversos, y también explora sus aplicaciones clínicas, en qué contextos y cómo se puede utilizar de manera óptima en la práctica médica. La revisión de la evidencia científica ayuda a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas, a entender cuándo y cómo emplear esta herramienta y a identificar las mejores prácticas para mejorar la atención a las mujeres que enfrentan hemorragias obstétricas severas.
El balón de Bakri representa un avance importante en el manejo de emergencias obstétricas, ofreciendo una opción efectiva, segura y menos invasiva para salvar vidas y reducir complicaciones en situaciones críticas. La revisión de la literatura existente es esencial para seguir perfeccionando su uso y ampliar su aplicación en diferentes entornos clínicos, con el objetivo final de proteger la salud y la vida de las madres en todo el mundo.

2 Objetivos

Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la utilización del balón de Bakri en el control de la hemorragia obstétrica, con énfasis en evaluar su eficacia, determinar su seguridad y establecer recomendaciones clínicas.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión exhaustiva, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, un método riguroso y estructurado que permite recopilar, evaluar y sintetizar toda la evidencia disponible sobre un tema específico. En este caso, se centró en el uso del balón de Bakri en el manejo de hemorragia obstétrica. La búsqueda de artículos se realizó en varias bases de datos reconocidas y confiables en el ámbito de la salud y la medicina, como PubMed, Scopus y Google Scholar. Estas plataformas contienen una amplia variedad de publicaciones científicas, incluyendo artículos revisados por pares, estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de casos y otros tipos de literatura académica.

La selección de estas bases de datos garantiza que la revisión tenga un alcance amplio e incluya la mayor cantidad posible de evidencia relevante y actualizada. La búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos años, con el fin de recopilar información reciente y reflejar las prácticas clínicas más actuales y las innovaciones en el uso del balón de Bakri. Esto también ayuda a identificar tendencias, avances tecnológicos y cambios en las recomendaciones clínicas que hayan ocurrido en el período reciente.

Para la inclusión de los estudios, se establecieron criterios específicos: solo se consideraron aquellos que reportaran resultados relacionados con el uso del balón de Bakri en casos de hemorragia obstétrica. Esto incluyó estudios clínicos que evaluaron la eficacia y seguridad del dispositivo, revisiones que analizaron múltiples investigaciones y metaanálisis que combinaron datos de diferentes estudios para obtener conclusiones más robustas.

La selección de los artículos se realizó mediante un proceso cuidadoso y sistemático, en el que se evaluaron aspectos como la relevancia del contenido, la calidad metodológica y la actualidad de la información. La relevancia se determinó en función de si el estudio abordaba directamente el uso del balón de Bakri en hemorragia obstétrica, mientras que la calidad metodológica se evaluó considerando aspectos como el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, la claridad en la descripción de los métodos y la validez de los resultados. La actualidad se priorizó para asegurar que la evidencia reflejara las prácticas clínicas y tecnologías más recientes.

Una vez seleccionados los artículos, la información relevante fue extraída de cada uno de ellos de manera sistemática. Esto incluyó datos sobre la eficacia del balón, tasas de éxito, complicaciones reportadas, condiciones clínicas en las que se utilizó, protocolos de inserción y manejo, así como recomendaciones clínicas. Posteriormente, toda esta información fue sintetizada mediante técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo, con el objetivo de identificar patrones, tendencias y diferencias entre los estudios.

Este proceso permitió destacar los beneficios del uso del balón de Bakri, como su alta tasa de éxito en detener hemorragias severas, su perfil de seguridad y su utilidad en diferentes contextos clínicos. También ayudó a identificar limitaciones, como posibles complicaciones, condiciones en las que su uso puede ser menos efectivo o áreas donde se requiere mayor investigación.

Esta revisión sistemática proporciona una visión integral y fundamentada en la evidencia sobre el estado actual del uso del balón de Bakri en hemorragia obstétrica, sirviendo como base para futuras investigaciones, mejoras en las prácticas clínicas y formulación de protocolos estandarizados.

4 Resultados

La mayoría de los estudios científicos y clínicos revisados indican que el balón de Bakri es una herramienta altamente efectiva en el control de hemorragias uterinas severas, una complicación obstétrica que puede poner en riesgo la vida de la madre. Los datos recopilados muestran que las tasas de éxito en detener la hemorragia con este dispositivo oscilan entre aproximadamente el 85% y el 95%, lo que significa que en la gran mayoría de los casos, el balón logra controlar la pérdida de sangre de manera efectiva. Este alto porcentaje de éxito lo convierte en una opción confiable y preferida en muchas situaciones clínicas, especialmente cuando otros tratamientos farmacológicos no logran detener la hemorragia o cuando la situación requiere una intervención rápida y efectiva.

Además, uno de los beneficios más destacados del balón de Bakri es su capacidad para reducir significativamente la necesidad de procedimientos más invasivos y radicales, como la histerectomía, que implica la extirpación del útero. La histerectomía, aunque a veces necesaria, conlleva riesgos mayores, pérdida de fertilidad y un impacto emocional considerable para la mujer. La utilización del balón de Bakri en estos casos ha demostrado disminuir la incidencia de este procedimiento, preservando la anatomía y función uterina en muchas pacientes, además de reducir la morbilidad asociada a cirugías mayores.

En cuanto a la seguridad del dispositivo, la literatura científica reporta que su perfil de riesgo es favorable. La mayoría de las complicaciones relacionadas con su uso son menores y transitorias, como molestias o dolor en la zona pélvica, sensación de incomodidad o leves lesiones en la mucosa uterina, que generalmente se resuelven sin mayores intervenciones. Las complicaciones mayores, como perforación uterina, infecciones severas o hemorragias adicionales, son extremadamente raras, lo que refuerza la percepción de que el balón de Bakri es un método seguro cuando se emplea correctamente y en las condiciones adecuadas.

Por otro lado, la literatura también destaca la utilidad del balón de Bakri en diferentes entornos clínicos y de recursos. En hospitales con recursos limitados, donde las opciones quirúrgicas o farmacológicas pueden ser escasas o demoradas, este dispositivo se presenta como una medida de emergencia efectiva y fácil de implementar. Su uso puede ser crucial en situaciones donde se requiere una intervención rápida para salvar la vida de la madre, especialmente en regiones rurales o en países en desarrollo, donde el acceso a cirugías complejas o a unidades de cuidados intensivos puede ser limitado.

Asimismo, el balón de Bakri se ha consolidado como una herramienta valiosa en hospitales y centros de salud, permitiendo a los profesionales de la salud manejar

emergencias obstétricas con mayor confianza y eficacia. Su facilidad de inserción, rapidez en su colocación y la posibilidad de mantenerlo en su lugar durante varias horas o incluso días facilitan un control efectivo de la hemorragia, brindando tiempo para estabilizar a la paciente y planificar intervenciones adicionales si son necesarias.

La evidencia científica respalda que el balón de Bakri es una opción altamente efectiva y segura para el control de hemorragias uterinas severas, con tasas de éxito elevadas y un perfil de complicaciones bajo. Además, su utilidad en diferentes contextos, especialmente en entornos con recursos limitados o en situaciones de emergencia, lo convierten en una herramienta fundamental en la práctica obstétrica moderna, contribuyendo a reducir la mortalidad materna y mejorar los resultados clínicos.

5 Discusión-Conclusión

El balón de Bakri se ha consolidado en la práctica clínica como una herramienta altamente eficaz y segura para el manejo de la hemorragia obstétrica, especialmente en casos de hemorragias uterinas severas que amenazan la vida de la madre. Su uso representa una alternativa menos invasiva en comparación con procedimientos quirúrgicos mayores, como la histerectomía, que implican la extirpación del útero y conllevan mayores riesgos, pérdida de fertilidad y un impacto emocional y físico significativo para la paciente.

La capacidad del balón de Bakri para controlar rápidamente la hemorragia sin necesidad de cirugía abierta lo convierte en una opción preferida en muchas situaciones de emergencia, permitiendo a los profesionales de la salud estabilizar a la paciente de manera efectiva y reducir la mortalidad materna.

Este dispositivo funciona mediante la inserción en la cavidad uterina, donde se infla con solución salina o agua estéril, ejerciendo presión sobre las paredes uterinas y deteniendo la pérdida de sangre. La facilidad de inserción, la rapidez en su colocación y la posibilidad de mantenerlo en su lugar durante varias horas o incluso días facilitan un control efectivo de la hemorragia, brindando tiempo para realizar otras intervenciones o estabilizar a la paciente.

Se recomienda que el uso del balón de Bakri se integre en protocolos de atención de hemorragias uterinas severas, en conjunto con otras medidas de soporte vital, como la administración de líquidos y medicamentos hemostáticos, monitoreo constante y, en algunos casos, transfusiones sanguíneas. La implementación de estos protocolos estandarizados ayuda a garantizar una respuesta rápida, coordinada y efectiva ante emergencias obstétricas, optimizando los resultados clínicos

y minimizando riesgos.

No obstante, aunque la evidencia respalda la eficacia y seguridad del balón de Bakri, aún existe la necesidad de realizar mayor investigación para definir protocolos estandarizados de uso, incluyendo indicaciones precisas, criterios de selección de pacientes, tiempos de mantenimiento y manejo de posibles complicaciones. La variabilidad en las prácticas clínicas y en los recursos disponibles en diferentes entornos hace que sea fundamental contar con guías claras y basadas en evidencia para maximizar los beneficios del dispositivo.

Además, es importante evaluar su uso en diferentes contextos clínicos, como en hospitales de alta complejidad, centros rurales, países en desarrollo o en situaciones de recursos limitados, para entender mejor su impacto, adaptabilidad y posibles limitaciones en cada escenario. La investigación futura debería centrarse en estudios multicéntricos, ensayos controlados y análisis de costo-efectividad, con el fin de fortalecer la evidencia y promover su integración en las guías internacionales de manejo de hemorragias obstétricas.

En resumen, el balón de Bakri representa una herramienta valiosa en el arsenal de intervenciones para el control de hemorragias obstétricas, ofreciendo una opción menos invasiva y efectiva. Sin embargo, para aprovechar al máximo su potencial, es imprescindible seguir investigando, desarrollando protocolos estandarizados y adaptando su uso a las diferentes realidades clínicas y de recursos en todo el mundo. Solo así se podrá garantizar que más mujeres tengan acceso a un manejo seguro, efectivo y oportuno en situaciones de emergencia obstétrica.

6 Bibliografía

1. Villegas-Arias MA, Toro-Ortiz JC, Hernández-Rodríguez HG, Fernández-Lara JA. Balón de Bakri en el control de la hemorragia obstétrica. Experiencia de cinco años. Ginecol Obstet Méx [revista en Internet]. 2022 [citado 2025 mayo 18];90(10):809-818.

2. Cruz-Cruz D, Peña-Dehesa H, Cérbulo-Vázquez A, Guzmán-López M. Tratamiento activo de la hemorragia posparto y colocación del balón de Bakri en primigestas y multigestas. Ginecol Obstet Méx. 2016 mayo;84(5):279-286.

3. Tindell K, Garfinkel R, Abu-Haydar E, Ahn R, Burke T, Conn K, Eckardt M. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. BJOG. 2012;120:5-14. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03454.x.

4. Revert M, Rozenberg P, Cottenet J, Quantin C. Intrauterine balloon tamponade for severe postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2018;131(1):143-149.

5. Einerson BD, Son M, Schneider P, Fields I, Miller ES. The association between intrauterine balloon tamponade duration and postpartum hemorrhage outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(3):300.e1-300.e5.
6. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia: evidencias y recomendaciones. Catálogo Maest Guías Práctica Clínica IMSS-162-09. 2017;2(2):183-189.
7. Lombaard H, Pattinson RC. Common errors and remedies in managing postpartum haemorrhage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(3):317-326.

Capítulo 38

TAREAS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL DE DÍA

PATRICIA ALGARRA GUIJARRO

ADRIANA BRANET

ESTHER RAMÍREZ DOMÍNGUEZ

GUILLERMO ESTEBAN PÉREZ

1 Introducción

Los hospitales de día han revolucionado la atención médica al ofrecer procedimientos quirúrgicos que no requieren una estancia hospitalaria prolongada. En el corazón de estos centros se encuentran los quirófanos de día, espacios diseñados específicamente para intervenciones de baja y mediana complejidad, permitiendo a los pacientes regresar a casa el mismo día de la cirugía.

Esta modalidad de atención no solo optimiza los recursos hospitalarios, sino que también mejora la comodidad del paciente, reduce el riesgo de infecciones nosocomiales y acelera la recuperación en un entorno familiar.

El diseño de un quirófano de día se centra en un flujo de trabajo optimizado que minimice los tiempos de espera y maximice la productividad. Esto incluye áreas claramente delimitadas para:

- Recepción y preparación del paciente: donde se realiza la admisión, cambio de ropa y monitorización inicial.

- Quirófano propiamente dicho: el espacio estéril donde se lleva a cabo la intervención.
- Área de recuperación postanestésica (URPA o Reanimación): donde el paciente es vigilado de cerca mientras se recupera de la anestesia.
- Área de recuperación de segunda fase o "sillones de recuperación": para pacientes que ya están estables y esperan el alta.
- Áreas de soporte: incluyendo salas de esterilización, almacenes de material, vestuarios para el personal y despachos médicos.

2 Objetivos

- Redactar las funciones que desarrolla el equipo de enfermería en las cirugías de un hospital de día
- Dividir en tres fases las tareas que realiza enfermería en el quirófano del hospital de día

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, manuales y páginas web. También se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las tareas de enfermería en el quirófano de un hospital de día son cruciales para garantizar la seguridad del paciente, la eficacia del procedimiento y una recuperación rápida. Aunque las cirugías son ambulatorias, la complejidad de los cuidados de enfermería es elevada y requiere una gran capacidad.
Las principales tareas de enfermería, divididas en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria:
1. Fase preoperatoria (preparación para la cirugía): en esta fase, la enfermera se encarga de la preparación física y emocional del paciente, así como del ambiente quirúrgico.
- Verificación de la identidad y el procedimiento:
- Confirmar la identidad del paciente (al menos dos identificadores)

- Verificar el sitio quirúrgico, el procedimiento a realizar y el consentimiento informado
- Asegurarse de que toda la documentación esté completa y correcta (historia clínica, resultados de pruebas, etc.)
- Preparación del paciente:
- Monitorización de signos vitales
- Verificación del estado de ayuno
- Administración de medicación preoperatoria según indicación médica (ansiolíticos, profilaxis antibiótica)
- Preparación del campo quirúrgico (rasurado si es necesario, limpieza)
- Valoración del estado emocional del paciente y brindar apoyo, resolver dudas y reducir la ansiedad
- Explicación del proceso y lo que el paciente puede esperar
- Preparación del quirófano y material:
- Asegurar la limpieza y desinfección de la sala
- Verificar el funcionamiento de todo el equipo (máquina de anestesia, monitores, luces, electrobisturí, etc.)
- Preparar el material quirúrgico estéril necesario para la intervención (instrumental, compresas, suturas, material de curas)
- Organizar la mesa de instrumental y la mesa auxiliar de forma estéril y funcional
- Disponer de los equipos de reanimación y medicación de emergencia
- Comprobación de la disponibilidad de sangre o derivados, si fuese necesario

2. Fase intraoperatoria (durante la cirugía): durante la cirugía, la enfermera asume roles clave, principalmente como enfermera instrumentista o enfermera circulante.

- Enfermera instrumentista (estéril):
- Ayuda al equipo quirúrgico a vestirse con bata y guantes estériles
- Prepara y mantiene la mesa de instrumental estéril, anticipando las necesidades del cirujano
- Entrega el instrumental, las suturas y demás material estéril al cirujano y ayudantes
- Controla meticulosamente el recuento de compresas, gasas, agujas e instrumental para evitar la retención accidental de cuerpos extraños en el paciente. Este recuento se realiza antes de iniciar la cirugía, en momentos clave durante la misma y al finalizar
- Maneja las muestras quirúrgicas de forma adecuada y las prepara para el envío a patología
- Colabora en la hemostasia y aspiración

- Enfermera circulante (no estéril):
- Mantiene la asepsia del quirófano, asegurando que nadie contamine el campo estéril
- Prepara y proporciona material no estéril al equipo quirúrgico (ej. material de sutura extra, soluciones)
- Documenta el procedimiento (hora de inicio/fin, medicación administrada, incidentes, recuentos)
- Vigila los monitores y el estado del paciente, comunicando cualquier cambio al anestesiólogo
- Asiste al anestesiólogo en la inducción y mantenimiento de la anestesia, y en la monitorización del paciente
- Coordina la entrada y salida de personal y equipos del quirófano
- Gestiona los desechos sanitarios y la limpieza de la sala una vez finalizada la intervención
- Asegura una temperatura y humedad adecuadas en la sala
- En algunos casos, realiza la ”pausa quirúrgica” o ”time out” junto con el equipo para verificar por última vez la identidad del paciente, el sitio y el procedimiento
3. Fase postoperatoria (recuperación y alta): esta fase se centra en la recuperación del paciente y su preparación para el alta.
- Recepción en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) o reanimación:
- Recepción del informe del anestesiólogo sobre el estado del paciente
- Monitorización continua y estrecha de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura)
- Valoración del nivel de conciencia y la recuperación de la anestesia
- Manejo del dolor postoperatorio según escalas de valoración y administración de analgesia
- Control de náuseas y vómitos
- Vigilancia de la herida quirúrgica (sangrado, drenajes)
- Control de la diuresis y la micción
- Prevención de complicaciones (hipotermia, complicaciones respiratorias)
- Ofrecer confort y seguridad al paciente
- Recuperación de segunda fase / preparación para el alta:
- Una vez estable, el paciente pasa a un área de recuperación menos intensiva (sillones de recuperación)
- Evaluación de la capacidad para deambular, tolerar líquidos y controlar el dolor
- Educación al paciente y acompañante sobre los cuidados postoperatorios en casa (medicación, signos de alarma, cuidado de la herida, restricciones de actividad, dieta)

- Entrega de informes de alta, recetas y citas de seguimiento
- Confirmación de que el paciente tiene un acompañante para el traslado a casa
- Registro completo de todo el proceso de recuperación y alta

5 Discusión-Conclusión

La enfermería es, sin lugar a dudas, la piedra angular del éxito en el quirófano de un hospital de día. Su presencia y pericia son esenciales en cada etapa del proceso quirúrgico ambulatorio, garantizando no solo la seguridad del paciente, sino también una experiencia fluida y eficiente que culmina en una recuperación óptima en el propio hogar.

Desde la preparación minuciosa del paciente y el entorno estéril antes de la cirugía, hasta la ejecución experta de sus funciones como enfermera instrumentista o circulante durante la intervención, y finalmente, la atención vigilante y la educación exhaustiva durante la recuperación y el alta; cada tarea que desempeñan las enfermeras es vital. Son ellas quienes aseguran la correcta identificación del paciente y del procedimiento, la preparación adecuada de la piel, la administración de medicación, el control riguroso de todo el material quirúrgico, la monitorización constante de los signos vitales y, de suma importancia, la provisión de confort y apoyo emocional en un momento de vulnerabilidad para el paciente.

El compromiso de la enfermería en el quirófano de día se traduce directamente en beneficios tangibles: reducción de riesgos, prevención de complicaciones, gestión efectiva del dolor y una mejor experiencia global para el paciente. Su profesionalismo, conocimiento técnico y capacidad para trabajar en equipo son el corazón que late en estos centros, haciendo posible que la cirugía ambulatoria sea una opción segura, eficaz y preferida tanto por profesionales como por pacientes.

6 Bibliografía

1. Gil Ruiz FJ, Segovia Galera B, Segovia Galera MI, Pérez Cámara O, Martínez Villescas MJ, Martínez Serrano FA. El rol de enfermería en el quirófano. Revista Ocronos. 2023.

2. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015.

3. Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real MA. Manual de Enfermería Quirúrgica. Hospital de Galdakao. 2003.

4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 39

ABORDAJE ENFERMERO EN LA RETIRADA PROGRESIVA DEL SOPORTE VENTILATORIO

ALEJANDRA RAMOS CARBALLO

BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO

PATRICIA PÉREZ ELIPE

MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ

MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ

1 Introducción

La retirada del soporte ventilatorio constituye una fase crítica dentro del proceso de recuperación de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Se trata de un momento clínico que exige una planificación individualizada, una monitorización exhaustiva y una intervención interdisciplinar precisa para garantizar una transición segura hacia la respiración espontánea. En este contexto, el personal de enfermería asume un papel fundamental no solo en la vigilancia clínica, sino también en la ejecución de maniobras, el control de parámetros ventilatorios y el acompañamiento emocional del paciente durante el proceso de desconexión.

El destete ventilatorio o weaning es el proceso mediante el cual se reduce de forma progresiva la asistencia respiratoria mecánica, evaluando la capacidad del

paciente para mantener una oxigenación y ventilación adecuadas por sí mismo. Este proceso no solo depende de la mejoría de la patología causal, sino también de factores como la fuerza muscular respiratoria, el estado neurológico, el equilibrio ácido-base y la estabilidad hemodinámica. La enfermería participa activamente en esta evaluación, controlando variables clínicas clave, observando signos de fatiga respiratoria y colaborando estrechamente con el equipo médico en la toma de decisiones.

Durante esta fase, la responsabilidad enfermera se extiende a la preparación del paciente para tolerar cada prueba de respiración espontánea, al registro riguroso de los parámetros ventilatorios y a la detección precoz de signos de intolerancia al destete. Asimismo, la enfermera gestiona los cuidados respiratorios complementarios, como la aspiración de secreciones, la higiene traqueal, la humidificación adecuada y la fisioterapia respiratoria básica, lo cual permite optimizar las condiciones para una desconexión segura y eficaz.

El componente emocional del proceso tampoco puede ser ignorado. Muchos pacientes experimentan ansiedad, miedo o sensación de inseguridad ante la retirada del soporte ventilatorio, especialmente si han permanecido largos periodos intubados o presentan antecedentes de fracaso previo. En estos casos, la enfermera actúa como figura de referencia, brindando información comprensible, apoyo constante y medidas de confort que favorecen la adaptación psicológica del paciente a esta nueva etapa del tratamiento.

2 Objetivos

– Describir el rol del personal de enfermería en la monitorización clínica durante el proceso de retirada del soporte ventilatorio
– Establecer intervenciones enfermeras que favorezcan la desconexión progresiva y segura del respirador
– Identificar signos de intolerancia al destete ventilatorio y su manejo por parte de la enfermería
– Analizar el acompañamiento emocional y educativo que brinda la enfermera al paciente en este proceso

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se consultaron fuentes científicas y guías clínicas actualizadas sobre cuidados intensivos, ventilación mecánica y práctica

enfermera en unidades de cuidados críticos. Se seleccionaron publicaciones revisadas por pares, protocolos hospitalarios y documentos técnicos de sociedades científicas.

4 Resultados

La participación enfermera en la retirada progresiva del soporte ventilatorio comienza con la identificación de criterios clínicos que indican la posible aptitud del paciente para iniciar el destete. Entre ellos se encuentran la estabilidad hemodinámica sin drogas vasoactivas, un adecuado intercambio gaseoso (PaO_2/FiO_2 > 150-200), el nivel de conciencia suficiente para proteger la vía aérea y la resolución o mejora significativa del proceso patológico de base. La enfermera colabora en la recopilación y análisis de estos datos, validando la seguridad del inicio del proceso.

Una vez autorizado el inicio del destete, se aplican pruebas de respiración espontánea (SBT) bajo modalidades como tubo en T, CPAP o presión de soporte mínima. Durante la realización de estas pruebas, la enfermera vigila parámetros clínicos en tiempo real: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial, uso de musculatura accesoria, presencia de diaforesis o alteraciones del nivel de conciencia. Ante la aparición de signos de intolerancia, como taquipnea progresiva, desaturación, hipotensión o agitación, se interrumpe el intento y se comunica inmediatamente al equipo médico.

Además de esta monitorización, la enfermera gestiona los cuidados respiratorios complementarios esenciales para optimizar la tolerancia al destete. Esto incluye la aspiración de secreciones de forma no rutinaria pero efectiva, la humidificación adecuada de la vía aérea, la posición semifowler para facilitar la mecánica respiratoria y el control del equilibrio hídrico para evitar congestión pulmonar. En algunos casos, también se colabora con el personal de fisioterapia en ejercicios de expansión torácica y movilización precoz.

El registro enfermero durante el proceso de weaning es fundamental para el análisis de tendencias y la toma de decisiones. Se documentan los parámetros respiratorios, los signos clínicos, la respuesta del paciente a cada ensayo, las acciones realizadas y cualquier incidente relevante. Esta información forma parte de la trazabilidad del cuidado y permite evaluar la evolución del paciente durante la desconexión progresiva.

En pacientes traqueostomizados, la enfermera también interviene en la retirada progresiva del soporte mediante el uso de válvulas fonatorias, progresiva oclusión del traqueostomo y aumento paulatino del tiempo de ventilación espon-

tánea. Todo esto requiere un entrenamiento clínico específico por parte del personal de enfermería, que debe conocer los pasos, reconocer signos de complicación (como estridor, fatiga o secreciones espesas) y actuar en consecuencia.
El aspecto emocional del destete es especialmente importante. Muchos pacientes desarrollan temor a "no poder respirar" por sí mismos. La enfermera reduce esta ansiedad mediante una comunicación eficaz, transmitiendo confianza, anticipando los pasos del proceso y ofreciendo apoyo continuo. La presencia activa junto al paciente durante las pruebas y el acompañamiento verbal contribuyen significativamente a mejorar la experiencia del destete y aumentar la probabilidad de éxito.
Tras la extubación o desconexión definitiva del ventilador, el seguimiento por parte de enfermería incluye la vigilancia estrecha de las primeras horas, control del esfuerzo respiratorio, prevención de aspiraciones, mantenimiento de una vía aérea permeable, hidratación adecuada y control del estado neurológico. La observación de signos precoces de fallo respiratorio es determinante para evitar complicaciones mayores o la necesidad de una nueva intubación.

5 Discusión-Conclusión

La retirada del soporte ventilatorio es un proceso clínico complejo que exige una intervención enfermera continua, precisa y protocolizada. La enfermera cumple funciones clave desde la evaluación inicial hasta el seguimiento posterior a la desconexión, aplicando cuidados técnicos, vigilancia activa y soporte emocional adaptado a cada paciente.
El control riguroso de parámetros clínicos, la ejecución adecuada de las pruebas de respiración espontánea y la identificación precoz de signos de fallo permiten reducir complicaciones y aumentan la tasa de éxito del destete. Además, la enfermera actúa como enlace entre el paciente, el equipo médico y la familia, asegurando una comunicación fluida y una atención centrada en la persona.
La planificación cuidadosa, el trabajo interdisciplinar y el compromiso con la seguridad del paciente refuerzan el papel de la enfermería como protagonista en este proceso. La calidad del registro clínico, la aplicación de protocolos basados en evidencia y la capacidad de respuesta inmediata son elementos indispensables para lograr una transición segura a la respiración espontánea.
El abordaje enfermero durante la retirada del soporte ventilatorio es una muestra del alto nivel técnico y humano de la profesión, reflejando un cuidado integral que no solo facilita la recuperación respiratoria, sino que protege al paciente en una de las fases más sensibles de su proceso crítico.

6 Bibliografía

1. Martín V, Rodríguez E. Cuidados enfermeros en el destete de la ventilación mecánica: revisión clínica. Rev Enf Crítica. 2021;9(2):88-95.
2. Romero J, Sánchez L. Monitorización respiratoria en el proceso de retirada del soporte ventilatorio. Enfermería Intensiva Avanzada. 2020;13(1):102-108.
3. López M, Bravo C. Intervenciones de enfermería en el destete y extubación: aplicación de protocolos basados en evidencia. Cuidados Respiratorios Clínicos. 2022;7(3):56-62.
4. Herrera N, Delgado A. Rol de enfermería en el acompañamiento del paciente durante el weaning ventilatorio. Humanización y Cuidados Críticos. 2019;11(4):147-153.
5. Tello F, Rivas P. Estrategias de seguridad en el destete de pacientes críticos: implicación del personal de enfermería. Seguridad en Cuidados Intensivos. 2023;8(1):33-40.
6. Pérez S, Iglesias L. Destete en traqueostomía: cuidados específicos de enfermería. Rev Cuidados Avanzados UCI. 2020;5(2):71-77.

Capítulo 40

APLICACIÓN DE ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL POR ENFERMERÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

ALEJANDRA RAMOS CARBALLO

BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO

PATRICIA PÉREZ ELIPE

MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ

MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ

1 Introducción

La hospitalización del paciente geriátrico representa una situación de alta vulnerabilidad clínica, en la que la valoración funcional adquiere una relevancia crítica para establecer un plan de cuidados adaptado a su nivel de autonomía y deterioro físico o cognitivo. La enfermería, como disciplina centrada en la atención integral, asume la responsabilidad de aplicar herramientas validadas que permitan identificar con precisión el grado de dependencia funcional, anticipar riesgos asociados a la inmovilidad y planificar intervenciones orientadas a mantener o recuperar la funcionalidad del adulto mayor.

En el contexto hospitalario, los adultos mayores presentan frecuentemente síndromes geriátricos como caídas, deterioro funcional agudo, desnutrición o delirio,

que no siempre son consecuencia directa de la patología de ingreso. Por ello, la evaluación funcional no debe limitarse a la observación espontánea del comportamiento, sino que debe estructurarse mediante escalas clínicas estandarizadas, aplicadas de forma sistemática por el personal de enfermería en las primeras 24-48 horas desde el ingreso. Estas herramientas permiten objetivar el estado basal del paciente, guiar decisiones clínicas y servir de punto de referencia para detectar cambios durante la estancia hospitalaria.

Entre las escalas más empleadas por enfermería se encuentran el Índice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody, la Escala de Norton y la Escala de Tinetti, cada una enfocada en diferentes áreas de la funcionalidad: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales, riesgo de úlceras por presión o riesgo de caídas, respectivamente. La correcta aplicación e interpretación de estas escalas requiere formación específica, capacidad de observación y habilidades comunicativas para adaptar las preguntas al nivel cognitivo del paciente o recabar información a través de familiares o cuidadores.

El uso de estas herramientas también permite integrar los resultados en los registros de enfermería y en la historia clínica, facilitando la continuidad asistencial entre turnos y profesionales, y aportando datos objetivos para la toma de decisiones por parte del equipo multidisciplinar. Así, la valoración funcional deja de ser una mera formalidad y se convierte en un eje estructural del cuidado enfermero centrado en la persona.

2 Objetivos

- Identificar las principales escalas de valoración funcional utilizadas por enfermería en pacientes geriátricos hospitalizados
- Describir la utilidad clínica de estas herramientas en la planificación de cuidados individualizados
- Analizar la intervención enfermera en la recogida, interpretación y registro de resultados funcionales
- Determinar el impacto de la valoración funcional en la prevención de complicaciones durante la hospitalización

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de literatura en bases de datos especializadas como CINAHL, Scielo y PubMed, centrándose en artículos publicados entre 2019 y

2024. Se seleccionaron estudios clínicos, guías de práctica enfermera y protocolos hospitalarios relacionados con valoración geriátrica y aplicación de escalas funcionales por parte de enfermería.

4 Resultados

La evaluación funcional inicial se realiza generalmente en el momento del ingreso o en las primeras horas, como parte del plan de cuidados individualizado. El Índice de Barthel es una de las escalas más utilizadas por enfermería para medir la capacidad del paciente geriátrico para realizar actividades básicas como el baño, la alimentación, el uso del retrete o la movilidad en silla y cama. Esta herramienta, con puntuaciones entre 0 y 100, clasifica el nivel de dependencia en grados (leve, moderado, severo), y su aplicación permite orientar la intensidad de los cuidados requeridos.

Otra escala frecuente es la de Lawton y Brody, enfocada en actividades instrumentales de la vida diaria como el uso del teléfono, la gestión del dinero o la preparación de comidas. Aunque se aplica con menor frecuencia en pacientes hospitalizados agudos, su uso permite estimar el grado de autonomía previo al ingreso, facilitando la planificación del alta hospitalaria y las recomendaciones al equipo de trabajo social o rehabilitación.

En relación con los riesgos asociados a la hospitalización, la enfermera aplica también escalas preventivas como la Escala de Norton, que permite identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Esta escala contempla parámetros como movilidad, estado mental, incontinencia o condición física general, y sus resultados permiten activar protocolos de prevención específicos, como el uso de superficies especiales de apoyo o cambios posturales cada dos horas.

La Escala de Tinetti, por su parte, valora el equilibrio y la marcha, proporcionando un puntaje que predice el riesgo de caídas. Su aplicación por parte de enfermería se traduce en medidas de seguridad individualizadas como el uso de barandillas, ayudas técnicas o supervisión en las transferencias. Esta herramienta resulta de gran utilidad en unidades de medicina interna o geriatría, donde los pacientes presentan un alto grado de fragilidad.

La correcta aplicación de estas escalas implica una combinación de observación directa, entrevista estructurada y revisión del historial médico. La enfermera debe adaptar la entrevista al nivel cognitivo del paciente, empleando un lenguaje comprensible o recurriendo al apoyo de familiares cuando existe deterioro mental. Asimismo, debe interpretar los resultados considerando factores contextuales,

evitando decisiones basadas únicamente en el puntaje sin análisis clínico complementario.
El registro sistemático de los resultados obtenidos en las escalas forma parte de la documentación enfermera y constituye una herramienta de comunicación entre profesionales. Además, permite realizar comparaciones durante la evolución del paciente, detectar deterioros funcionales precoces y justificar decisiones como derivaciones a fisioterapia, activación de cuidados domiciliarios o retraso en el alta hospitalaria.
El uso de escalas de valoración funcional también impacta en la calidad asistencial. Diversos estudios han evidenciado que su aplicación sistemática por parte de enfermería permite reducir la incidencia de caídas, úlceras por presión y síndromes de inmovilidad, mejorando la recuperación funcional del paciente geriátrico y reduciendo los reingresos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

La valoración funcional es una competencia esencial del profesional de enfermería en la atención al paciente geriátrico hospitalizado. A través de la aplicación sistemática de escalas validadas, la enfermera puede objetivar el nivel de dependencia del paciente, anticipar riesgos y diseñar un plan de cuidados adaptado a sus necesidades reales.
La utilización de herramientas como el Índice de Barthel, la Escala de Norton o la Escala de Tinetti no solo proporciona información clínica útil, sino que también permite mejorar la planificación asistencial, garantizar la seguridad del paciente y coordinar adecuadamente la atención multidisciplinar.
El profesional de enfermería, con su capacidad de observación, juicio clínico y habilidades comunicativas, es clave para obtener datos fiables, interpretar los resultados y traducirlos en acciones concretas de cuidado. Este proceso no debe limitarse a una evaluación inicial, sino integrarse en el seguimiento continuo del estado funcional a lo largo de toda la hospitalización.
La aplicación de escalas de valoración funcional por parte de enfermería no solo mejora la calidad de la atención, sino que representa una herramienta imprescindible para ofrecer cuidados centrados en la persona, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación del adulto mayor hospitalizado.

6 Bibliografía

1. Alonso G, Pérez S. Valoración funcional en geriatría: herramientas enfermeras en el entorno hospitalario. Cuidados Avanzados en Salud. 2020;11(2):55-62.
2. Díaz A, Márquez L. Aplicación del Índice de Barthel en pacientes mayores ingresados: experiencia enfermera. Rev Enf Clínica y Geriatría. 2021;7(3):88-94.
3. Romero C, Delgado F. Prevención de caídas en el anciano hospitalizado: utilidad clínica de la Escala de Tinetti. Boletín de Práctica Enfermera. 2023;10(1):27-34.
4. Navarro P, García J. Evaluación del riesgo de UPP en adultos mayores: eficacia de la Escala de Norton en unidades de medicina interna. Enfermería Preventiva. 2019;6(2):66-72.
5. Fernández T, Ibáñez R. Integración de escalas funcionales en el plan de cuidados enfermero del paciente geriátrico. Cuidados Clínicos del Adulto Mayor. 2022;14(4):101-107.
6. Lozano D, Herrera M. Análisis de la evolución funcional en adultos mayores hospitalizados: papel del registro enfermero sistematizado. Gestión y Práctica en Enfermería Geriátrica. 2020;8(1):49-56.

Capítulo 41

ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA CANALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES

ALEJANDRA RAMOS CARBALLO

BEATRIZ SÁNCHEZ CARRASCO

PATRICIA PÉREZ ELIPE

MARIA DEL SAGRARIO ALONSO GÓMEZ

MARIA DE GRACIA ALONSO GÓMEZ

1 Introducción

La gestión de accesos venosos centrales representa una de las competencias técnicas más relevantes de la enfermería hospitalaria, especialmente en unidades críticas, oncológicas o quirúrgicas. Estos dispositivos permiten la administración de tratamientos intravenosos de larga duración, nutrición parenteral, hemoderivados o fármacos con potencial lesivo para las venas periféricas, además del monitoreo de parámetros hemodinámicos. Su correcta canalización, así como el adecuado mantenimiento, son fundamentales para prevenir complicaciones como infecciones, trombosis, extravasaciones o mal funcionamiento del catéter.
El acceso venoso central (AVC) puede implantarse por vía subclavia, yugular interna, femoral o mediante catéteres centrales de inserción periférica (PICC).

Aunque su colocación es habitualmente realizada por personal médico bajo control ecoguiado o radiológico, la enfermera desempeña un rol fundamental en la preparación del procedimiento, el control del entorno estéril, la vigilancia de signos vitales y la asistencia inmediata durante y después de la intervención. Además, en ciertos servicios y contextos, enfermería especializada está capacitada para realizar la inserción de algunos tipos de accesos centrales.

Una vez canalizado, el mantenimiento del acceso central es responsabilidad casi exclusiva del personal de enfermería, quien debe garantizar la permeabilidad, evitar infecciones relacionadas con el dispositivo intravascular (CRI) y promover su funcionalidad. Las acciones incluyen el lavado periódico con suero salino o soluciones anticoagulantes, el cambio de apósitos y sistemas de infusión, la evaluación del punto de inserción y el control del correcto etiquetado y trazabilidad del catéter. Todo ello requiere dominio técnico, conocimiento actualizado de los protocolos y una actitud proactiva en la prevención de eventos adversos.

Las guías clínicas nacionales e internacionales enfatizan que el cuidado de los accesos venosos centrales debe estar fundamentado en prácticas basadas en la evidencia. La intervención enfermera no se limita a la ejecución de procedimientos, sino que implica una evaluación continua del riesgo-beneficio del uso del catéter, la formación del paciente o cuidador en el autocuidado cuando procede y una documentación rigurosa que garantice la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Describir el rol de la enfermería en la preparación y asistencia a la canalización de accesos venosos centrales.
- Detallar las técnicas de mantenimiento y prevención de complicaciones asociadas a estos dispositivos.
- Establecer pautas de actuación enfermera ante incidencias en accesos venosos centrales.
- Analizar la importancia del registro clínico y la educación al paciente en el manejo de AVC.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva bibliográfica de literatura científica reciente en bases de datos como Scielo, CUIDEN y PubMed. Se seleccionaron y revisaron di-

versos artículos, guías de práctica clínica y protocolos institucionales, enfocados en cuidados de enfermería en accesos venosos centrales.

4 Resultados

Durante el proceso de canalización, la enfermera participa activamente desde la verificación de la prescripción hasta la preparación del material estéril, solución antiséptica, dispositivos de fijación y apósito transparente. Se encarga de preparar al paciente física y emocionalmente, identificar alergias, colocar al usuario en posición adecuada (habitualmente Trendelenburg en el acceso subclavio), monitorizar constantes vitales y asistir durante la técnica garantizando la asepsia.

Posteriormente, se confirma la colocación del catéter mediante control radiológico o ecográfico. Una vez verificada la posición, la enfermera debe etiquetar el dispositivo con la fecha de inserción y el tipo de catéter, e iniciar los cuidados protocolizados para mantener su funcionalidad y prevenir complicaciones. Entre ellos, destaca el uso de sistemas de conexión sin aguja con técnica sin retorno, lavado con técnica pulsátil, mantenimiento con solución salina o heparinizada según el tipo de catéter y política institucional, y cambio de sistemas de infusión cada 96 horas o antes si está indicado.

El apósito debe cambiarse cada 7 días si es transparente, o cada 48 si es de gasa, siempre que no presente signos de humedad, sangre, despegue o secreción. En cada cambio, la enfermera evalúa el punto de inserción, inspeccionando signos de inflamación, eritema, secreción purulenta, desplazamiento del catéter o mal fijación. Además, comprueba la permeabilidad mediante aspiración suave y lavado posterior, registrando la funcionalidad del sistema en la hoja de enfermería.

Las infecciones asociadas al acceso central representan una de las complicaciones más graves. Para evitarlas, se aplican medidas como la higiene de manos antes de cualquier manipulación, el uso de guantes estériles, limpieza con clorhexidina al 2% alcohólica durante más de 30 segundos y respeto estricto a las técnicas de barrera estéril. Además, debe evaluarse de forma periódica la necesidad de mantener el acceso, promoviendo su retirada precoz cuando ya no esté clínicamente justificado.

En caso de oclusión, la enfermera realiza maniobras de comprobación, como cambio de posición, aspiración alterna o irrigación suave con suero salino. Si persiste el bloqueo, se informa al médico para valorar la administración de trombolíticos. Ante la sospecha de infección local o sistémica, se procede a la extracción de cultivos, retirada del dispositivo si está indicado y administración de antibioterapia.

El rol educativo también es clave cuando el paciente geriátrico o crónico mantiene un catéter central de forma ambulatoria. La enfermera instruye sobre los signos de alerta, la importancia del aseo adecuado del punto de inserción, el cuidado del apósito y las medidas de higiene personal. Esta intervención, junto al registro continuo en la historia clínica, forma parte de los estándares de calidad en la atención enfermera en accesos venosos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación enfermera en el manejo de accesos venosos centrales abarca desde la preparación y asistencia en su inserción hasta la vigilancia activa de su mantenimiento, lo cual constituye una actividad de alta responsabilidad clínica. Su intervención garantiza no solo la funcionalidad del dispositivo, sino también la prevención de infecciones, complicaciones mecánicas y eventos adversos que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

El dominio técnico, el seguimiento de protocolos basados en la evidencia y una actitud preventiva son pilares esenciales en esta labor. La formación continua, el conocimiento de nuevas tecnologías de conexión y sellado, y la integración de buenas prácticas en la rutina clínica son necesarios para mantener estándares de seguridad elevados.

Además de su papel técnico, la enfermera aporta valor añadido mediante la educación al paciente y su entorno, especialmente en contextos ambulatorios, contribuyendo así a la autonomía del usuario y a la reducción de reingresos por complicaciones evitables. El trabajo enfermero, centrado en la atención integral, se consolida en este procedimiento como una muestra de competencia profesional y de compromiso con la calidad asistencial.

En suma, el correcto manejo enfermero de los accesos venosos centrales es un elemento clave en la seguridad del paciente hospitalizado, reflejo del nivel avanzado de cuidado que aporta la profesión enfermera en todos los niveles de atención.

6 Bibliografía

1. Ruiz N, Gálvez J. Cuidados enfermeros en el mantenimiento de catéteres venosos centrales: una revisión sistemática. Rev Enf Clínica Avanzada. 2021;13(2):77-84.

2. Romero P, Sánchez L. Prevención de infecciones en accesos centrales: buenas prácticas enfermeras. Práctica Profesional Enfermera. 2020;8(3):115-121.

3. Muñoz F, Hidalgo R. Aplicación del protocolo de canalización de PICC en enfermería hospitalaria. Cuidados Especializados. 2022;14(1):38-45.
4. Gutiérrez A, López D. Evaluación del punto de inserción en catéteres venosos centrales: técnica enfermera estandarizada. Monitorización y Seguridad en Cuidados. 2023;6(4):90-96.
5. Iglesias M, Vera C. Lavado y sellado de accesos centrales: revisión de prácticas actuales en unidades críticas. Enfermería Crítica Hospitalaria. 2021;10(1):28-34.
6. Cano E, Barrera V. Papel de la enfermera en el seguimiento de pacientes con catéter central de larga duración. Gestión de Cuidados Ambulatorios. 2019;7(2):61-67.

Capítulo 42

ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS

SARA SÁNCHEZ PRIETO

DIEGO GONZALEZ ARROYO

IRENE JUÁREZ MUÑOZ

TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO

ELENA ORTIZ LÓPEZ

1 Introducción

La enfermería endoscópica se ha consolidado como una especialidad vital dentro del amplio campo de la atención gastrointestinal, desempeñando un papel crucial en el diagnóstico, tratamiento y manejo de diversos trastornos gastrointestinales mediante procedimientos mínimamente invasivos. A medida que los avances en la tecnología endoscópica continúan evolucionando, el alcance y la complejidad de la enfermería endoscópica se han expandido, requiriendo habilidades especializadas, conocimientos integrales y el cumplimiento de estrictos protocolos de seguridad para garantizar resultados óptimos para los pacientes.
A pesar de su importancia crucial, la enfermería endoscópica se enfrenta a numerosos desafíos, como el manejo de la ansiedad del paciente, el mantenimiento de técnicas asépticas estrictas y la atención de las complejidades de la atención pre, intra y postoperatoria en un panorama tecnológico en constante evolución. Estos desafíos subrayan la necesidad de buenas prácticas estandarizadas, formación continua y un profundo conocimiento del rol del personal de enfermería para mejorar el éxito de los procedimientos y la seguridad del paciente.

Este artículo busca proporcionar un análisis exhaustivo de la enfermería endoscópica, explorando sus múltiples funciones, identificando los desafíos comunes que enfrentan los profesionales y examinando las mejores prácticas que optimizan la atención al paciente gastrointestinal. A través de este examen, el estudio subraya la importancia de la capacitación especializada, la colaboración multidisciplinaria y la mejora continua de la calidad para avanzar en los estándares de enfermería en endoscopia, contribuyendo en última instancia a mejores resultados clínicos y mejores experiencias de los pacientes en el manejo de la salud gastrointestinal.

2 Objetivos

Realizar un análisis exhaustivo de la enfermería endoscópica: roles, desafíos y mejores prácticas en el cuidado gastrointestinal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y SciELO, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermería de endoscopia en el cuidado gastrointestinal se caracteriza por una interacción dinámica de roles, desafíos y mejores prácticas que abarcan los ámbitos clínico, ético y colaborativo. Una de las responsabilidades centrales del enfermero de endoscopia es la provisión de cuidados perioperatorios, lo que garantiza tanto la seguridad del paciente como la eficacia del procedimiento en todas las fases de la intervención endoscópica. Esta función se complica aún más por la necesidad de abordar la ansiedad del paciente, que puede afectar significativamente los resultados del procedimiento; el enfermero de endoscopia está en una posición única para educar y apoyar emocionalmente a los pacientes, aliviando así sus miedos y mejorando la experiencia general. La importancia del control de infecciones en este entorno es fundamental, ya que el estricto cumplimiento de

los protocolos establecidos es esencial para prevenir las infecciones asociadas a la atención médica, protegiendo tanto a los pacientes como al personal.

Además, la sala de endoscopia en sí misma es un entorno multidisciplinario donde la colaboración entre diversos proveedores, incluidos médicos, equipos de anestesia y técnicos, es esencial para una prestación de atención fluida. Esta colaboración es especialmente vital en el manejo de poblaciones vulnerables, como pacientes pediátricos y geriátricos, que requieren enfoques personalizados para satisfacer sus necesidades fisiológicas y psicológicas específicas. Para mantener altos estándares de calidad en la práctica, el personal de enfermería de endoscopia debe actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades mediante formación continua y evaluaciones periódicas, garantizando así la implementación sistemática de las mejores prácticas y la optimización de los resultados para los pacientes. Ante estos desafíos y responsabilidades interconectados, la inversión sostenida en formación, la cooperación interprofesional y el desarrollo de programas sólidos de control de infecciones y educación del paciente son fundamentales para mejorar la calidad y la seguridad de la atención en endoscopia gastrointestinal.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel multifacético de la enfermería endoscópica para garantizar una atención gastrointestinal de alta calidad, destacando las responsabilidades clínicas y no clínicas cruciales para la seguridad del paciente y el éxito del procedimiento. El énfasis en la atención perioperatoria, la educación del paciente y el apoyo emocional concuerda con la literatura existente que reconoce la importancia de los enfoques holísticos de enfermería en los procedimientos endoscópicos. Los protocolos eficaces de control de infecciones siguen siendo fundamentales, especialmente ante los desafíos constantes que plantean las infecciones asociadas a la atención médica, y este estudio refuerza la necesidad de un cumplimiento continuo de estándares rigurosos para mitigar los riesgos.

La colaboración entre equipos multidisciplinarios se convierte en un componente vital, especialmente en la atención de poblaciones vulnerables, como pacientes pediátricos y geriátricos, que pueden requerir estrategias de comunicación y apoyo personalizadas. Sin embargo, el estudio también destaca ciertas limitaciones, como la posible variabilidad en los estándares de capacitación y los protocolos institucionales que podrían afectar la consistencia de la práctica.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían explorar los módulos de capacitación estandarizados y evaluar su impacto en los resultados de los pacientes en diversos entornos de atención médica. Además, investigar la integración de tecnologías emergentes, como la capacitación basada en simulación o las herramientas de salud digital, podría mejorar aún más el desarrollo de habilidades y la colaboración interprofesional. Abordar estas deficiencias fortalecerá la base de evidencia y respaldará el desarrollo de mejores prácticas que optimicen la seguridad, la eficiencia y la atención centrada en el paciente en la enfermería endoscópica.
En general, este estudio contribuye al debate actual sobre la mejora de la atención endoscópica y subraya la necesidad de desarrollo profesional continuo y esfuerzos colaborativos para satisfacer las cambiantes demandas de la atención gastrointestinal.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos

Capítulo 43

ENFERMERÍA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

SARA SÁNCHEZ PRIETO

DIEGO GONZALEZ ARROYO

IRENE JUÁREZ MUÑOZ

TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO

ELENA ORTIZ LÓPEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias pediátricas (SPE) funciona como un entorno crítico de primera línea donde se evalúa y gestiona rápidamente la salud y el bienestar de los niños durante enfermedades o lesiones agudas. Dadas las características fisiológicas, psicológicas y de desarrollo únicas de los pacientes pediátricos, la atención de enfermería en este entorno especializado exige un conjunto específico de habilidades, conocimientos y estrategias de adaptación para garantizar resultados óptimos.

El personal de enfermería del SPE tiene la tarea no solo de brindar intervenciones inmediatas que salvan vidas, sino también de abordar las necesidades emocionales e informativas de los pacientes jóvenes y sus familias, a menudo en circunstancias de alta presión y recursos limitados. A pesar de su papel vital, la enfermería de urgencias pediátricas se enfrenta a numerosos desafíos, como la

rápida evolución de los protocolos clínicos, la necesidad de formación especializada y la necesidad de equilibrar la competencia técnica con la atención compasiva.

La complejidad de las presentaciones pediátricas, que abarcan desde lesiones leves hasta emergencias críticas, subraya la importancia de estrategias eficaces de atención de enfermería que promuevan la seguridad del paciente, reduzcan la ansiedad y promuevan resultados positivos para la salud. Este artículo tiene como objetivo explorar las principales estrategias de atención de enfermería empleadas en urgencias pediátricas, examinar los principales desafíos que enfrentan las enfermeras en este contexto e identificar las mejores prácticas que optimizan la atención al paciente y la eficiencia clínica. Mediante el análisis de las prácticas y los resultados actuales, el estudio busca aportar información valiosa para optimizar las intervenciones de enfermería y apoyar el desarrollo profesional en urgencias pediátricas, mejorando así la calidad y la seguridad de la atención médica para esta población vulnerable.

2 Objetivos

- Explorar las principales estrategias de atención de enfermería empleadas en urgencias pediátricas.
- Examinar los principales desafíos que enfrentan las enfermeras en el servicio de urgencias pediátricas.
- Identificar las mejores prácticas que optimizan la atención al paciente y la eficiencia clínica.
- Analizar las prácticas actuales y los resultados en la atención de urgencias pediátricas.
- Aportar información valiosa para optimizar las intervenciones de enfermería en urgencias pediátricas.
- Apoyar el desarrollo profesional en el ámbito de las urgencias pediátricas.
- Mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica para la población pediátrica vulnerable.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed,

Medline y SciELO, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el dinámico entorno de los servicios de urgencias pediátricas, la integración de estrategias optimizadas de atención de enfermería se reconoce cada vez más como esencial para satisfacer las complejas necesidades de los pacientes jóvenes y sus familias. Las características fisiológicas y psicológicas únicas de los pacientes pediátricos requieren un enfoque de atención más personalizado y refinado que el que ofrecen los modelos de urgencias tradicionales, ya que estos modelos a menudo carecen de la flexibilidad y la especificidad necesarias para abordar eficazmente las afecciones pediátricas específicas.

Los avances en la tecnología médica y la creciente gravedad de las presentaciones de los pacientes han puesto de relieve las limitaciones de las vías de atención convencionales, lo que ha impulsado una transición hacia intervenciones basadas en la evidencia que priorizan la estabilización rápida, la reducción de eventos adversos y la mejora continua de la calidad. Las intervenciones de enfermería optimizadas han demostrado mejoras significativas en la estabilización de los signos vitales, las tasas de reanimación exitosa y las estancias hospitalarias más cortas, lo que influye directamente tanto en los resultados clínicos inmediatos como en la calidad de vida a largo plazo de los niños.

El éxito de estas intervenciones está estrechamente ligado a la implementación sistemática de protocolos estandarizados y estrategias educativas integrales para el personal de enfermería, ya que las disparidades en la capacitación y la adherencia inconsistente a las pautas establecidas continúan desafiando la confiabilidad y la eficacia de las respuestas de emergencia. Además, el desarrollo de vías de triaje específicas para pediatría, como el sistema de triaje de 5 niveles, ha mejorado la precisión de la priorización, reducido los tiempos de espera y mejorado la satisfacción de los padres al garantizar la asignación oportuna y adecuada de la atención.

A pesar de estos avances, persisten desafíos persistentes, incluida la variabilidad en la disponibilidad de equipos, el riesgo de fallas de los mismos, el triaje inadecuado y las cargas de trabajo excesivas, que en conjunto resaltan la necesidad de una inversión continua en la capacitación de enfermeras, la adherencia al protocolo y la asignación de recursos para garantizar una atención equitativa y de alta

calidad en diversos entornos. Abordar estos dominios interconectados mediante intervenciones específicas, desarrollo profesional continuo y la adopción generalizada de las mejores prácticas es crucial para lograr mejoras sostenidas en los resultados de la atención de emergencia pediátrica.

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia crucial de implementar y perfeccionar continuamente las estrategias de atención de enfermería en los servicios de urgencias pediátricas para mejorar los resultados de los pacientes. La integración de tecnologías médicas avanzadas, protocolos basados en la evidencia y sistemas de triaje específicos para pediatría ha demostrado beneficios tangibles, incluyendo una estabilización más efectiva de los signos vitales y una reducción de la estancia hospitalaria. Estos resultados coinciden con la literatura existente que enfatiza el papel de las intervenciones de enfermería especializadas y tecnológicas para mejorar la atención de urgencias pediátricas.

Sin embargo, el estudio también destaca los desafíos persistentes que deben abordarse para garantizar una atención equitativa y de alta calidad en diversos entornos clínicos. Las limitaciones de equipo, la variabilidad en la capacitación del personal y las altas cargas de trabajo siguen siendo barreras importantes que pueden comprometer la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Estos problemas apuntan a la necesidad de una inversión sostenida en desarrollo profesional, programas de capacitación estandarizados y asignación de recursos para apoyar al personal de enfermería en la prestación de una atención óptima.

5 Discusión-Conclusión

Las limitaciones de este estudio incluyen la posible variabilidad en los métodos de recopilación de datos y la generalización de los hallazgos entre diferentes sistemas de salud. Abordar estas deficiencias mediante estudios multicéntricos más amplios podría proporcionar una comprensión más completa de las mejores prácticas en enfermería de urgencias pediátricas.

En definitiva, el avance de la atención de enfermería en este contexto requiere un enfoque multifacético que combine la innovación tecnológica, la formación y el apoyo sistémico para garantizar que todos los pacientes jóvenes reciban una atención oportuna, eficaz y compasiva. Además, la investigación futura debería explorar estrategias para superar estas barreras, como modelos de capacitación innovadores o enfoques de gestión de recursos, y examinar su impacto en los resultados clínicos.

Al finalizar, este estudio destaca la importancia de continuar desarrollando y perfeccionando estrategias de atención de enfermería en urgencias pediátricas para mejorar la calidad y seguridad de la atención prestada. Es crucial fomentar iniciativas que integren avances tecnológicos, educación continua y recursos adecuadamente distribuidos para abordar las necesidades específicas de los pacientes pediátricos y sus familias, allanando el camino hacia mejores resultados en salud y una atención más humana y eficiente.

6 Bibliografía

1. Optimized pediatric emergency nursing and its effects on successful resuscitation and adverse reactions in children. (n.d.). Recuperado el 7 de junio de 2025, de www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2025.1578177
2. Best practices for improving flow and care of pediatric patients in the emergency department. Pediatrics. American Academy of Pediatrics. (n.d.). Recuperado el 7 de junio de 2025, de publications.aap.org

Capítulo 44

ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON QUEMADURAS GRAVES

SARA SÁNCHEZ PRIETO

DIEGO GONZALEZ ARROYO

IRENE JUÁREZ MUÑOZ

TRINIDAD GÓMEZ-HIDALGO PALOMO

ELENA ORTIZ LÓPEZ

1 Introducción

Las quemaduras graves representan una de las afecciones más complejas y desafiantes que se encuentran en la práctica clínica de enfermería, lo que requiere una comprensión integral de los múltiples requisitos de atención para optimizar los resultados del paciente. Estas lesiones, a menudo causadas por fuentes térmicas, químicas, eléctricas o de radiación, no solo causan daño tisular extenso, sino que también desencadenan una serie de trastornos fisiológicos, como desequilibrio hídrico, riesgo de infección, manejo del dolor y trauma psicológico.

Como componente crítico de la atención traumatológica y de emergencia, el manejo de enfermería de pacientes con quemaduras graves exige un alto nivel de experiencia clínica, adaptabilidad y un enfoque holístico que abarca tanto la estabilización inmediata como la rehabilitación continua. Las complejidades del

cuidado de pacientes con quemaduras se ven agravadas por la necesidad de abordar complicaciones como el cuidado de heridas, el control de infecciones, el apoyo nutricional y el apoyo psicosocial, todo lo cual influye en las trayectorias de recuperación y la calidad de vida a largo plazo.

Además, el personal de enfermería está a la vanguardia en la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, a la vez que aborda los desafíos que plantean la limitación de recursos, las consideraciones éticas y la carga emocional asociada con el cuidado de personas con lesiones graves. Este artículo busca ofrecer una perspectiva clínica integral sobre la atención de enfermería y los desafíos únicos que enfrenta el manejo de pacientes con quemaduras graves, enfatizando la importancia del conocimiento especializado, la colaboración multidisciplinaria y las prácticas innovadoras para mejorar los resultados de los pacientes.

Al explorar las mejores prácticas actuales, los obstáculos comunes y las estrategias emergentes en el cuidado de las quemaduras, esta investigación busca destacar el papel vital de la enfermería para abordar las complejidades inherentes al manejo de las quemaduras graves y contribuir al desarrollo continuo de intervenciones de enfermería eficaces y centradas en el paciente.

2 Objetivos

- Ofrecer una perspectiva clínica integral sobre la atención de enfermería en pacientes con quemaduras graves.
- Identificar y abordar los desafíos únicos en el manejo de pacientes con quemaduras graves.
- Explorar las mejores prácticas actuales en el cuidado de las quemaduras.
- Resaltar la importancia del conocimiento especializado en el manejo de quemaduras.
- Fomentar la colaboración multidisciplinaria en la atención de pacientes con quemaduras.
- Evaluar estrategias emergentes e innovadoras para mejorar los resultados de los pacientes.
- Contribuir al desarrollo continuo de intervenciones de enfermería eficaces y centradas en el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El manejo de pacientes con quemaduras graves presenta desafíos multifacéticos que requieren un enfoque coordinado y multidisciplinario, donde el personal de enfermería desempeña un papel central tanto en la atención directa como en la facilitación de la colaboración entre los profesionales de la salud. La complejidad de las lesiones por quemaduras se extiende más allá del trauma físico inmediato y exige una atención minuciosa al manejo del dolor, el apoyo nutricional, el cuidado meticuloso de las heridas y el control riguroso de las infecciones, todos los cuales son aspectos fundamentales de la atención de enfermería que influyen significativamente en los resultados del paciente. Además de abordar estas necesidades fisiológicas críticas, el personal de enfermería también tiene la tarea de reconocer y manejar el profundo sufrimiento psicológico y emocional que experimentan los pacientes con quemaduras, ya que estos factores pueden afectar profundamente la reintegración social y la recuperación general.

La interdependencia de estos dominios (físico, psicológico y social) subraya la necesidad de un enfoque de enfermería integral y multidimensional, ya que no abordar un solo aspecto puede comprometer la seguridad, la rehabilitación y la calidad de vida del paciente. Por consiguiente, la educación continua y la capacitación especializada del personal de enfermería son fundamentales para mantenerse al día con las mejores prácticas en constante evolución y dotar al personal de enfermería de las habilidades necesarias para abordar las complejidades de la atención a las quemaduras graves. En conjunto, estas consideraciones resaltan la urgente necesidad de un mayor apoyo institucional, desarrollo profesional continuo y el fomento de un entorno de atención multidisciplinario para garantizar una recuperación óptima y el bienestar integral de los pacientes con quemaduras graves.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel crucial que desempeñan los profesionales de enfermería en el manejo integral de pacientes con quemaduras graves.

La naturaleza multifacética de la atención a las quemaduras requiere un enfoque multidisciplinario, donde las enfermeras son figuras centrales en la atención directa al paciente y la coordinación de esfuerzos entre los miembros del equipo de atención médica. El énfasis en el manejo del dolor, el apoyo nutricional, el cuidado meticuloso de las heridas y el control de infecciones coincide con la literatura existente, reafirmando que estos componentes son determinantes vitales de los resultados del paciente y las trayectorias de recuperación.

Además, el estudio destaca la importancia de abordar el malestar psicológico y emocional que experimentan los pacientes con quemaduras, reconociendo que la atención holística se extiende más allá del tratamiento físico e incluye el apoyo a la salud mental, esencial para mejorar la calidad de vida y fomentar la resiliencia durante la recuperación. A pesar de estos hallazgos, se evidencian algunas limitaciones, como la posible variabilidad en la capacitación de enfermeras y los recursos institucionales, que puede afectar la consistencia de la atención en diferentes entornos.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deben explorar la eficacia de los programas de formación específicos y las innovaciones tecnológicas para mejorar las competencias de enfermería y los resultados de los pacientes. En general, esta investigación aporta valiosos conocimientos al campo de la enfermería especializada en quemaduras, enfatizando la necesidad del desarrollo profesional continuo y el apoyo institucional para optimizar la recuperación del paciente en este contexto clínico complejo y exigente. Asimismo, si bien el estudio aboga por la educación continua y la capacitación especializada, no especifica protocolos estandarizados ni evalúa el impacto de intervenciones específicas, lo que indica la necesidad de mayor investigación en estas áreas.

6 Bibliografía

1. Challenges in Caring for a Burn Survivor. (n.d.). Recuperado el 7 de junio de 2025, de journals.lww.com

2. Nursing care directed to burned patients: a scoping review. (n.d.). Recuperado el 7 de junio de 2025, de pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10292619/

Capítulo 45

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SHOCK HEMORRÁGICO

VANESSA LÓPEZ MUÑOZ

LUCIA PASTOR MARCILLA

NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO

1 Introducción

El shock hemorrágico representa una de las situaciones clínicas más graves a las que puede enfrentarse un equipo sanitario, ya que implica una pérdida aguda y significativa de volumen sanguíneo que compromete la perfusión tisular y la oxigenación celular. Esta condición, si no se detecta y trata a tiempo, puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica, hipoxia generalizada, fallo multiorgánico e incluso la muerte del paciente. Las causas pueden ser diversas: desde traumatismos severos y hemorragias internas hasta complicaciones obstétricas o quirúrgicas. En todos los casos, la rapidez en la actuación y la correcta implementación de protocolos son factores determinantes en la supervivencia.

En este escenario, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental, no solo por su cercanía con el paciente y capacidad para detectar signos clínicos de deterioro, sino también por su participación activa en todas las fases del proceso de atención. Desde la identificación precoz del shock y la activación inmediata del equipo de emergencias, hasta el control de la hemorragia externa, la canalización de accesos venosos, la preparación de hemoderivados y la monitorización

hemodinámica constante, la enfermería se convierte en un pilar esencial dentro del equipo multidisciplinar.
El objetivo de este capítulo es analizar en profundidad los protocolos de actuación enfermera ante un paciente con shock hemorrágico, detallando las intervenciones desde la valoración inicial hasta la estabilización hemodinámica, todo ello basado en las guías clínicas más actuales y en la evidencia científica. Asimismo, se abordará la importancia del trabajo en equipo, la coordinación interprofesional y la formación continua como elementos clave para garantizar una atención segura, rápida y eficaz en este tipo de urgencias vitales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Establecer los pasos que debe seguir el personal de enfermería ante un paciente con shock hemorrágico

Objetivos secundarios:
- Identificar los signos clínicos precoces del shock hemorrágico
- Describir las intervenciones enfermeras dirigidas al control de la hemorragia
- Valorar la importancia de la monitorización hemodinámica y del trabajo en equipo
- Aplicar protocolos normalizados de actuación para mejorar la supervivencia del paciente

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, CUIDEN y Cochrane. Se seleccionaron artículos, guías de práctica clínica y protocolos institucionales publicados entre 2015 y 2024 relacionados con el abordaje del shock hemorrágico desde el ámbito de la enfermería.
También se revisaron manuales de emergencias y documentos de referencia de organismos internacionales como la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el European Resuscitation Council (ERC).

4 Resultados

El shock hemorrágico se clasifica como una forma grave de shock hipovolémico, caracterizado por una pérdida significativa de volumen sanguíneo. Puede ser provocado por múltiples causas como traumatismos severos, intervenciones quirúrgicas mayores, rotura de aneurismas, hemorragias digestivas altas o bajas, complicaciones ginecológicas o emergencias obstétricas. La rapidez en su diagnóstico y el inicio de un tratamiento agresivo son esenciales para prevenir desenlaces fatales como el fallo multiorgánico o la muerte.

En los primeros momentos, los signos clínicos que pueden alertar sobre un posible shock hemorrágico incluyen taquicardia, palidez cutánea, sudoración profusa, hipotensión arterial, disminución de la diuresis y alteraciones en el estado de conciencia. Ante estos signos, el personal de enfermería debe actuar con inmediatez, iniciando una valoración rápida siguiendo el esquema ABCDE, garantizando una vía aérea permeable, oxigenación adecuada, control de hemorragias visibles y una correcta valoración neurológica mediante la escala de Glasgow.

El protocolo enfermero ante un paciente con sospecha de shock hemorrágico implica la activación inmediata del equipo de emergencias, también conocido como "código rojo". Se deben canalizar dos vías venosas periféricas de gran calibre (14G-16G), extraer analíticas urgentes como hemograma, gasometría, pruebas cruzadas y coagulación, así como iniciar la fluidoterapia con cristaloides isotónicos bajo prescripción médica. Es fundamental preparar la administración de hemoderivados y aplicar medidas eficaces para el control de la hemorragia externa, como vendajes compresivos o torniquetes si está indicado.

La monitorización continua de los signos vitales, la documentación precisa en la historia clínica y el acompañamiento emocional al paciente y su familia completan la intervención. En casos especiales, como el shock obstétrico o en el paciente politraumatizado, la enfermería debe actuar con celeridad y colaborar en el traslado inmediato a quirófano, reanimación o unidad de cuidados intensivos. La correcta aplicación de protocolos estandarizados y el entrenamiento periódico mediante simulaciones clínicas incrementan notablemente la eficacia del equipo sanitario y la supervivencia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El shock hemorrágico constituye una emergencia médica de alta complejidad que exige una respuesta inmediata, organizada y eficaz por parte del equipo sanitario. La pérdida masiva de sangre compromete de forma crítica la perfusión tisular y

la oxigenación celular, por lo que la rapidez en la identificación del cuadro clínico y el inicio precoz del tratamiento son determinantes para evitar consecuencias fatales como el fallo multiorgánico o la muerte.

En este contexto, el personal de enfermería asume un rol esencial. Su capacidad para detectar signos precoces de hipoperfusión, controlar la hemorragia inicial, monitorizar constantes vitales y colaborar en la estabilización hemodinámica convierte su actuación en una pieza clave del proceso asistencial. Además, la ejecución sistemática de protocolos estandarizados, basados en la evidencia científica, mejora los tiempos de respuesta, optimiza los recursos disponibles y aumenta las probabilidades de supervivencia del paciente.

La formación continua es otro pilar indispensable en el abordaje del shock hemorrágico. El entrenamiento en canalización venosa de gran calibre, administración de fluidos y hemoderivados, así como en el uso de dispositivos para control de sangrado, dota al personal de las competencias necesarias para intervenir con seguridad y eficacia en estas situaciones de alta presión.

Asimismo, la comunicación clara entre los miembros del equipo multidisciplinar, el registro riguroso de cada intervención y la atención a los aspectos emocionales del paciente son elementos fundamentales de un cuidado integral y humanizado. Todo ello contribuye no solo a mejorar los resultados clínicos, sino también a reforzar la calidad y la seguridad en la atención en urgencias.

6 Bibliografía

1. American College of Surgeons. (2022). ATLS: Advanced Trauma Life Support. 10ª edición.

2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). (2021). Guía de actuación en shock hemorrágico. https://www.semes.org

3. European Resuscitation Council. (2021). ERC Guidelines for Resuscitation 2021. https://www.erc.edu

4. Ramírez, J. & González, A. (2018). Protocolo enfermero en el manejo del shock hipovolémico. Enfermería Clínica, 28(4), 240–246.

5. Martínez, L., & Carrasco, E. (2019). Cuidados críticos de enfermería en pacientes con shock hemorrágico. Revista de Enfermería Intensiva y Urgencias, 32(3), 171–178.

Capítulo 46

ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ACTUACIÓN Y PROTOCOLOS

NOELIA FERNÁNDEZ ROMERO

LUCIA PASTOR MARCILLA

VANESSA LÓPEZ MUÑOZ

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una de las emergencias médicas más graves y de mayor impacto en la supervivencia del paciente. Se define como el cese súbito de la actividad mecánica del corazón y la respiración, lo que produce una interrupción del flujo sanguíneo hacia órganos vitales, especialmente el cerebro. En esta situación, el tiempo de respuesta es determinante; cada minuto que pasa sin una intervención efectiva reduce significativamente las probabilidades de recuperación sin secuelas.

El personal de enfermería ocupa un lugar esencial en la atención inmediata ante una PCR. Su actuación comienza con la identificación precoz de los signos clínicos, la activación del sistema de emergencias y el inicio de maniobras de soporte vital básico (SVB). En entornos hospitalarios o extrahospitalarios, la enfermería también colabora estrechamente con el equipo médico durante el soporte vital avanzado (SVA), participando en la administración de fármacos, manejo de la vía aérea y monitorización del paciente.

La correcta aplicación de los protocolos de reanimación cardiopulmonar (RCP), como los establecidos por el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) o la American Heart Association (AHA), resulta fundamental para estandarizar las intervenciones y aumentar las probabilidades de éxito. La formación continua y las simulaciones clínicas permiten mantener actualizadas las habilidades del personal de enfermería en este ámbito, mejorando su capacidad de respuesta ante situaciones críticas.

Este capítulo aborda la actuación del personal de enfermería ante una PCR, los pasos clave a seguir según los protocolos internacionales y la importancia de la capacitación permanente para actuar con rapidez, seguridad y eficacia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el protocolo de actuación de enfermería ante un paciente con parada cardiorrespiratoria

Objetivos secundarios:

- Identificar los pasos del soporte vital básico y avanzado según guías internacionales
- Valorar la importancia del trabajo en equipo y la comunicación durante la RCP
- Reconocer la necesidad de formación continua en maniobras de reanimación
- Analizar la actuación post-RCP y el papel de enfermería en la estabilización del paciente

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, SciELO, CUIDEN y Cochrane Library. Se seleccionaron artículos científicos, guías clínicas, manuales de formación y protocolos hospitalarios vigentes entre los años 2016 y 2024.

La búsqueda se centró en publicaciones que abordaran la actuación enfermera ante una PCR, los procedimientos de SVB y SVA, y las recomendaciones oficiales actualizadas por organismos como la ERC y la AHA.

4 Resultados

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción súbita de la actividad mecánica cardíaca, lo que se confirma mediante la ausencia de signos de circulación: pulso central, respiración efectiva y conciencia. Ante esta situación crítica, la intervención inmediata del personal de enfermería puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, así como en la minimización de las secuelas neurológicas del paciente.

El primer paso es el reconocimiento precoz de la PCR. Si el paciente está inconsciente, no respira o presenta una respiración agónica, y no se detecta pulso carotídeo palpable en 10 segundos, debe activarse inmediatamente el "Código PCR" o sistema de emergencias del centro. Esta activación permite la llegada rápida de un equipo multidisciplinar con los recursos necesarios para iniciar la reanimación.

A continuación, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad: compresiones torácicas efectivas a una frecuencia de 100 a 120 por minuto, con una profundidad de 5 a 6 cm en adultos, asegurando un buen retroceso torácico y minimizando las interrupciones. Si se dispone de un desfibrilador externo automático (DEA), este debe ser conectado sin demora para analizar el ritmo cardíaco e indicar la desfibrilación si se trata de una arritmia susceptible (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso).

Durante la PCR en un entorno hospitalario, el personal de enfermería asume funciones críticas: canalización de accesos venosos, administración de medicamentos como adrenalina o amiodarona, manejo de la vía aérea mediante bolsa-válvula-mascarilla o intubación, y monitorización del ritmo y la respuesta del paciente. La coordinación del equipo es esencial para mantener un ritmo adecuado de maniobras, distribuir responsabilidades y garantizar una comunicación fluida.

Una vez conseguida la recuperación de la circulación espontánea (RCE), el personal de enfermería continúa con el soporte vital posparo: monitorización hemodinámica, control neurológico, estabilización respiratoria y preparación del paciente para traslado a la UCI. Además, se debe realizar el registro detallado de la intervención, incluyendo hora de inicio, maniobras realizadas, medicamentos administrados, tiempos y evolución.

La formación continua y la realización de simulacros clínicos son fundamentales para mantener las competencias en soporte vital. La práctica regular mejora la precisión técnica, la toma de decisiones y la seguridad en situaciones de alta presión como la PCR.

5 Discusión-Conclusión

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una de las emergencias médicas más críticas y exige una respuesta inmediata, estructurada y eficaz por parte del personal de enfermería. La rapidez en la actuación y la correcta aplicación de los protocolos establecidos son fundamentales para aumentar las posibilidades de recuperación del paciente y minimizar las secuelas neurológicas a largo plazo.
El personal de enfermería desempeña un papel esencial en todas las fases de la atención ante una PCR. Desde la identificación precoz de los signos clínicos que indican un paro, hasta la activación del sistema de emergencias y el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), su intervención resulta determinante. Asimismo, su participación en el soporte vital avanzado (SVA), incluyendo la administración de fármacos, manejo de la vía aérea y monitorización continua, contribuye significativamente al éxito de la reanimación.
Durante la RCP, la coordinación y la comunicación eficaz entre los miembros del equipo son factores clave que permiten una actuación ordenada y eficiente. La asignación clara de roles, el uso de lenguaje preciso y la evaluación continua de la calidad de las maniobras realizadas son elementos que incrementan la eficacia del proceso.
Por último, la formación continua en soporte vital básico (SVB) y avanzado, a través de cursos certificados y simulacros clínicos, es imprescindible para mantener la competencia profesional. La práctica regular no solo mejora la destreza técnica, sino también la confianza y la capacidad de actuar con precisión bajo presión, factores fundamentales en contextos de alta urgencia como la PCR.

6 Bibliografía

1. European Resuscitation Council. (2021). ERC Guidelines for Resuscitation 2021. https://www.erc.edu
2. American Heart Association. (2020). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 142(16_suppl_2), S337–S357.
3. López-Herce, J., et al. (2018). Soporte vital básico y avanzado: protocolo de actuación. Medicina Intensiva, 42(4), 220–230.
4. Pérez, C., & Morales, R. (2017). El rol de la enfermería ante una PCR intrahospitalaria: revisión de la literatura. Enfermería Global, 16(2), 244–256.
5. Díaz, M. J., & Fernández, M. (2019). Formación en soporte vital básico: impacto de la simulación clínica en personal de enfermería. Revista de Enfermería Inten-

siva, 29(1), 45–52.

Capítulo 47

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS Y CENTRALES

ALEJANDRA DEL CAMINO PÉREZ ROBERT

SARA DÍAZ ÁNGEL

RAQUEL ELVIRA MARTÍN MUÑOZ

CATALINA ARDELEAN

1 Introducción

El acceso venoso es una práctica clínica fundamental en la atención sanitaria moderna. Permite la administración de fluidos, medicamentos, nutrición parenteral, transfusiones, así como la extracción de muestras sanguíneas. Tanto los accesos venosos periféricos como los centrales son procedimientos invasivos que, aunque habituales, no están exentos de riesgos y complicaciones si no se siguen estrictos criterios de seguridad y cuidado. En este sentido, la enfermería desempeña un papel esencial no solo en la técnica de colocación, sino también en el mantenimiento, vigilancia y retirada segura de estos dispositivos.

Los accesos venosos periféricos (AVP), por su menor complejidad, son los más utilizados en el ámbito hospitalario, especialmente para tratamientos de corta duración. Por otro lado, los accesos venosos centrales (AVC), como los catéteres

centrales insertados periféricamente (PICC), los catéteres de inserción central no tunelizados o tunelizados, y los reservorios subcutáneos, se emplean en pacientes que requieren tratamientos prolongados, administración de sustancias vesicantes o monitorización hemodinámica.

La enfermería debe actuar con competencias avanzadas en todos los niveles del proceso, desde la elección del dispositivo más adecuado hasta la educación al paciente y a la familia sobre los cuidados del mismo. Las intervenciones enfermeras deben estar basadas en la evidencia, orientadas a la prevención de infecciones relacionadas con el catéter (IRC), la detección precoz de signos de complicación y el uso racional del acceso venoso.

En este capítulo se abordan en profundidad los cuidados enfermeros específicos para cada etapa del manejo de los accesos venosos periféricos y centrales. Se desarrollan aspectos técnicos, normativos y ético-legales, destacando la importancia de la observación continua, el uso de guías clínicas actualizadas y la correcta documentación de cada procedimiento, como componentes clave de una práctica segura y centrada en el paciente.

2 Objetivos

- Describir los tipos de accesos venosos periféricos y centrales utilizados en la práctica clínica.
- Analizar los cuidados enfermeros esenciales en la colocación, mantenimiento y retirada de accesos venosos.
- Identificar signos de complicación y criterios de alerta precoz en el uso de dispositivos venosos.
- Promover una práctica basada en protocolos estandarizados para la prevención de infecciones y eventos adversos.
- Reforzar la responsabilidad del profesional de enfermería en la vigilancia y registro de accesos venosos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El manejo de los accesos venosos, tanto periféricos como centrales, implica una serie de cuidados que deben ser realizados por el personal de enfermería con precisión técnica, juicio clínico y conciencia del riesgo que supone cualquier intervención invasiva. La elección del tipo de acceso depende de la duración del tratamiento, las características del fármaco a administrar, las condiciones vasculares del paciente y la situación clínica en general. En el caso de los accesos periféricos, su uso es más común para terapias de corta duración o para la administración de soluciones no vesicantes. La enfermería debe valorar adecuadamente el sitio de punción, evitando zonas de flexión, edemas o lesiones, y aplicar técnica aséptica rigurosa desde la preparación hasta la fijación del catéter.

En la colocación de accesos venosos centrales, el rol enfermero se centra en asistir al profesional médico, preparar todo el material necesario, asegurar el cumplimiento del protocolo de asepsia quirúrgica y monitorizar al paciente durante la inserción. Posteriormente, el mantenimiento de estos dispositivos se convierte en una responsabilidad crítica para enfermería. La observación diaria del punto de inserción, el cambio del apósito según los tiempos establecidos, la desinfección de las conexiones y la comprobación de la permeabilidad del catéter son acciones fundamentales. Además, la enfermera debe realizar una vigilancia activa de posibles signos de complicación, como enrojecimiento, edema, dolor, fiebre, extravasación, flebitis o secreción, y actuar de inmediato ante la sospecha de infección o trombosis.

Una parte crucial del proceso es la educación del paciente y su entorno, especialmente en los casos de catéteres centrales de larga duración o port-a-cath. El paciente debe ser informado sobre signos de alarma, normas de higiene y manipulación segura en su entorno doméstico. Asimismo, la retirada del acceso venoso debe realizarse bajo condiciones de seguridad estrictas, con técnica limpia, vigilancia de reacciones adversas y verificación de la integridad del dispositivo extraído. En catéteres centrales, se recomienda la posición de Trendelenburg y maniobras específicas para evitar embolismos. Finalmente, todo procedimiento debe quedar documentado en la historia clínica, especificando la fecha de inserción y retirada, el tipo de dispositivo, el lugar anatómico, el estado del punto de punción y la respuesta del paciente. Esta trazabilidad es clave para asegurar la continuidad asistencial, detectar patrones de complicaciones y favorecer la mejora continua de los cuidados.

Los resultados de múltiples estudios muestran que una correcta técnica en la inserción, mantenimiento y retirada de accesos venosos, sumada a la vigilan-

cia enfermera constante, reduce de forma significativa el riesgo de complicaciones como flebitis, infecciones asociadas al catéter, trombosis y fallos en la terapia intravenosa. La práctica enfermera basada en protocolos y guías clínicas estandarizadas no solo incrementa la seguridad del paciente, sino que también mejora la eficiencia del uso de estos dispositivos, disminuyendo reingresos, estancias prolongadas y costes derivados de eventos adversos.

5 Discusión-Conclusión

La gestión segura y eficaz de los accesos venosos constituye una de las competencias más relevantes y sensibles dentro del rol enfermero. Desde la selección del dispositivo hasta su retirada, cada paso requiere precisión técnica, rigor ético y un conocimiento profundo de los protocolos clínicos.

La enfermería es garante del mantenimiento óptimo de los accesos, siendo responsable de evitar complicaciones que pueden derivar en eventos adversos graves. La vigilancia continua, el uso correcto de técnicas asépticas, la evaluación sistemática del punto de inserción y la educación al paciente son herramientas clave para asegurar una práctica segura.

Además, el trabajo colaborativo con el equipo multidisciplinar, la documentación precisa y la actualización constante del conocimiento aseguran una atención basada en la evidencia, que se traduce en mejores resultados clínicos y mayor calidad asistencial.

En un contexto donde los accesos venosos son cada vez más frecuentes y sofisticados, la enfermería debe liderar su cuidado con responsabilidad, competencia y una visión integral que coloque al paciente en el centro del proceso asistencial.

6 Bibliografía

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Terapia Intravenosa (GNEAUPP). Guía práctica sobre el cuidado de accesos venosos. Madrid: GNEAUPP; 2022.

2. Ministerio de Sanidad. Prevención de infecciones relacionadas con el uso de catéteres venosos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

3. García Fernández FP, López Tello J. Cuidado de los accesos venosos en enfermería: colocación, mantenimiento y complicaciones. Enferm Clin. 2023;33(2):101–108.

4. Pérez C, Ruiz MA. Protocolos de enfermería en terapia intravenosa: revisión práctica. Rev ROL Enferm. 2021;44(5):287–294.

5. INS (Infusion Nurses Society). Standards of practice for infusion therapy. Boston: INS; 2021.
6. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manual de buenas prácticas para el uso seguro de accesos venosos centrales. Sevilla: ACSA; 2020.

Capítulo 48

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS: APLICACIÓN DEL TRIAGE SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD CLÍNICA

ALEJANDRA DEL CAMINO PÉREZ ROBERT

SARA DÍAZ ÁNGEL

RAQUEL ELVIRA MARTÍN MUÑOZ

CATALINA ARDELEAN

1 Introducción

La valoración inicial en los servicios de urgencias es una de las intervenciones más críticas y determinantes en el circuito asistencial del paciente. En este escenario, donde el tiempo es un factor esencial y los recursos suelen ser limitados frente a una elevada demanda, la labor de enfermería cobra un protagonismo especial al convertirse en el primer punto de contacto clínico con el usuario. Este primer contacto tiene como objetivo clasificar a los pacientes en función de la gravedad de su estado y el nivel de atención inmediata que requieren, garantizando una atención equitativa, eficiente y centrada en la seguridad del paciente. El triage es el sistema estructurado que permite organizar el acceso de los pacientes a la atención sanitaria según criterios clínicos, priorizando aquellos que presentan mayor riesgo vital o deterioro potencial. Enfermería, como profesional

entrenado en la identificación rápida de signos y síntomas de alarma, desempeña esta función con criterios objetivos y en base a escalas estandarizadas. Lejos de ser una simple "asignación de turno", el triage constituye un proceso complejo de evaluación clínica que exige conocimientos sólidos, experiencia, capacidad de decisión y habilidades de comunicación.

En los últimos años, la implementación de modelos de triage estructurados como el Sistema Español de Triage (SET), el Manchester Triage System (MTS) o el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ha contribuido a reducir tiempos de espera, evitar colapsos y mejorar los resultados en salud. Estos modelos clasifican a los pacientes en niveles de prioridad que determinan el tiempo máximo admisible de espera para recibir atención médica. Así, un error en esta etapa puede suponer retrasos fatales en el diagnóstico y tratamiento, afectando de forma directa la seguridad del paciente.

Este capítulo profundiza en los fundamentos, herramientas y criterios clínicos utilizados por enfermería en la valoración inicial en urgencias, haciendo especial énfasis en el proceso de triage y su impacto sobre la calidad asistencial, la gestión del flujo de pacientes y la toma de decisiones clínicas.

2 Objetivos

- Analizar el papel del profesional de enfermería en la valoración inicial en los servicios de urgencias
- Describir los niveles de prioridad del triage y sus criterios de aplicación clínica
- Conocer las principales herramientas de triage utilizadas a nivel hospitalario y extrahospitalario
- Identificar signos de alerta precoz y su influencia en la toma de decisiones en triage
- Evaluar el impacto del triage en la gestión del tiempo, recursos y seguridad del paciente

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración inicial en urgencias realizada por el profesional de enfermería es una intervención clínica estratégica que determina, en muchos casos, el curso de la atención y los resultados del paciente. Se trata de una actividad que debe realizarse en los primeros minutos tras el ingreso del usuario en el servicio de urgencias, en un espacio habilitado para ello, conocido como área de triage. La enfermera, tras un saludo empático, recoge datos subjetivos y objetivos en un tiempo reducido, mediante preguntas dirigidas, observación activa y valoración de parámetros fisiológicos. Esta valoración debe centrarse en identificar signos de gravedad inmediata o riesgo potencial de deterioro, independientemente de la edad, sexo o apariencia general del paciente.

El sistema de triage clasifica a los pacientes en cinco niveles de prioridad. El nivel 1 corresponde a situaciones de emergencia vital que requieren atención inmediata, como paro cardiorrespiratorio, disnea severa o shock evidente. El nivel 2 agrupa a pacientes con riesgo inminente, como dolor torácico con sospecha de infarto, crisis epiléptica en curso o alteración grave del estado de conciencia. En el nivel 3 se encuentran pacientes urgentes, con necesidad de atención rápida pero sin compromiso vital inmediato, como dolor abdominal severo, fiebre en paciente inmunodeprimido o sangrado activo. El nivel 4 recoge urgencias menores, como heridas sin sangrado profuso o dolor osteoarticular moderado. Finalmente, el nivel 5 corresponde a procesos no urgentes, como consultas administrativas o molestias leves que podrían ser atendidas en otro nivel asistencial.

La herramienta empleada para esta clasificación puede variar según el centro. El Sistema Español de Triage (SET) ha sido ampliamente adoptado por su adaptación al entorno nacional, mientras que otros centros utilizan el Manchester Triage System, basado en algoritmos de decisión según el motivo de consulta. El uso de estos sistemas estandarizados permite reducir la variabilidad en la valoración y asegurar una distribución equitativa de la atención, además de facilitar la auditoría clínica y la evaluación de calidad. En todos los casos, la decisión enfermera debe quedar registrada junto con el motivo de consulta, los signos vitales recogidos, el nivel asignado y la hora exacta del triage, con el fin de garantizar trazabilidad y transparencia en el proceso asistencial.

La calidad del triage enfermero depende de varios factores: formación específica, experiencia clínica, conocimiento de las escalas y protocolos, así como capacidad para mantener la calma y el juicio clínico en situaciones de alta presión. Además, la comunicación efectiva es clave, tanto con el paciente como con el resto del equipo, para asegurar que la información recogida sea clara, veraz y útil para

el diagnóstico médico posterior. La entrevista inicial debe realizarse de forma respetuosa, sin prejuicios y con sensibilidad ante el dolor o la angustia del paciente. La expresión no verbal, la postura, el tono de voz y la atención prestada impactan directamente en la percepción de calidad por parte del usuario.

Estudios recientes demuestran que una adecuada aplicación del triage disminuye los tiempos de atención en los niveles más críticos, mejora el pronóstico en patologías tiempo-dependientes como el ictus o el infarto agudo de miocardio, y reduce la saturación del servicio al derivar correctamente los casos no urgentes. Asimismo, permite priorizar recursos de forma eficiente, asignar personal y boxes de forma racional y mejorar la planificación asistencial en situaciones de alta demanda o eventos con múltiples víctimas.

El seguimiento del paciente tras el triage, especialmente en niveles 3 a 5, es otro aspecto que enfermería debe garantizar. Es necesario revalorar la situación clínica si el tiempo de espera se prolonga, actualizando los signos vitales y reubicando el nivel de prioridad si se detectan signos de deterioro. Esto refuerza el carácter dinámico del triage, que no es una acción puntual, sino un proceso continuo de observación y evaluación.

5 Discusión-Conclusión

La valoración inicial enfermera en el área de urgencias es un acto clínico de gran trascendencia que exige una combinación de conocimientos técnicos, habilidades de comunicación y capacidad de toma de decisiones rápidas. El triage no solo clasifica pacientes, sino que organiza la atención, protege la seguridad del usuario y optimiza los recursos sanitarios en entornos frecuentemente colapsados. El uso de sistemas estructurados como el SET o el MTS ha supuesto un avance significativo en la estandarización del proceso, permitiendo que enfermería actúe con mayor autonomía, coherencia y respaldo científico.

La correcta identificación de signos de alarma, la recogida precisa de información y la aplicación rigurosa de los criterios clínicos permiten atender primero a quien más lo necesita, garantizando un principio ético fundamental en la atención sanitaria: la equidad. El rol de la enfermera en esta etapa inicial no solo define el nivel de prioridad del paciente, sino que puede marcar la diferencia entre una evolución favorable o un desenlace grave. Por ello, resulta imprescindible invertir en formación continua, simulación clínica y actualización de protocolos, así como en recursos humanos y tecnológicos que permitan realizar esta tarea en condiciones adecuadas.

En un sistema de urgencias que demanda respuestas rápidas y decisiones seguras,

el triage enfermero representa una herramienta esencial para mantener el equilibrio entre necesidad y respuesta, entre urgencia clínica y capacidad operativa. Su correcta aplicación refuerza el valor del juicio enfermero como pieza clave en la calidad y eficacia de la atención sanitaria urgente.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 49

ROL DE ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN PRECOZ ANTE LA SEPSIS EN SERVICIOS DE URGENCIAS RURALES

JESSICA FERNÁNDEZ PACIO

MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ

JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La sepsis es un tipo de infección grave y prevenible, que constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y que requiere de atención inmediata ya que se considera una emergencia médica. Esta situación, en muchos casos, si no se trata a tiempo, puede desencadenar fallos multiorgánicos en el paciente, manifestándose a través de alteraciones en las constantes vitales, y puede derivar en la muerte del paciente si no se diagnostica a tiempo y se aplica el tratamiento adecuado rápidamente.

En los servicios de urgencias rurales, donde los recursos pueden ser limitados y el acceso a tecnología avanzada o personal médico especializado no siempre está garantizado, el papel de la enfermería adquiere un protagonismo crucial. Identificar signos precoces, aplicar escalas clínicas e iniciar intervenciones de forma oportuna son responsabilidades fundamentales que recaen en estos profesionales.

El reconocimiento clínico temprano de la sepsis puede reducir significativamente la morbimortalidad asociada, especialmente en pacientes atendidos en zonas rurales, donde los tiempos de derivación a centros hospitalarios pueden ser más largos. En este sentido, el personal de enfermería no solo debe contar con habilidades clínicas, sino también con capacidad para tomar decisiones en entornos de alta presión, donde incluso pueden verse solos enfrentando estas situaciones, por lo que deben tener la capacidad suficiente para actuar con independencia y criterio profesional.

2 Objetivos

- Analizar el rol de la enfermería en la detección precoz y la intervención inmediata ante casos de sepsis en servicios de urgencias rurales
- Valorar la importancia de las herramientas de valoración, las competencias necesarias y los condicionantes del entorno para el desempeño de la labor enfermera en estas situaciones

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre 2020 y 2025. La búsqueda se realizó en bases de datos como PubMed, Scopus, CINAHL y Dialnet, utilizando los descriptores: ”sepsis”, ”urgencias rurales”, ”enfermería”, ”detección precoz”, ”protocolos” y ”actuación temprana”. Se incluyeron estudios observacionales, revisiones sistemáticas y guías clínicas. Se seleccionaron 28 artículos relevantes, priorizando aquellos que abordaban específicamente el contexto rural.
Los resultados se organizaron en las siguientes categorías:
1. Reconocimiento clínico precoz de la sepsis
2. Competencias enfermeras en entornos rurales
3. Aplicación de herramientas clínicas
4. Condicionantes específicos del medio rural

4 Resultados

1. Reconocimiento clínico precoz de la sepsis por enfermería
Los profesionales de enfermería en urgencias rurales utilizan escalas clínicas como la escala de qSOFA, además de la escala NEWS2 para detectar signos tem-

pranos de sepsis. Se destacan parámetros como presión arterial baja (hipotensión arterial), frecuencia respiratoria elevada (taquipnea), estado mental alterado o bajo nivel de conciencia, fiebre o hipotermia y la presencia de taquicardia. La observación sistemática de estos signos permite activar rutas asistenciales sin demoras, incluso en ausencia de un diagnóstico médico definitivo, pues la enfermería bien entrenada ha demostrado tener facultades suficientes para poder identificar estas situaciones potencialmente mortales.

2. Competencias enfermeras en entornos rurales

El abordaje precoz de la sepsis exige una enfermería altamente cualificada. En entornos rurales, las competencias clave incluyen:

- Valoración rápida y precisa del estado clínico del paciente
- Toma de decisiones autónomas ante la sospecha de sepsis
- Aplicación inicial de medidas terapéuticas bajo protocolo: oxigenoterapia, canalización de vía venosa, administración de sueros, monitorización constante de constantes vitales
- Comunicación eficaz con servicios de emergencias y equipos de referencia hospitalaria

3. Aplicación de herramientas clínicas

Las herramientas más utilizadas son:

- qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment): sencilla, útil para identificar riesgo elevado
- NEWS2 (National Early Warning Score 2): una escala de fácil aplicación, que en algunos casos es automática mediante la introducción de los datos en los sistemas informáticos, y permite estratificar la gravedad y priorizar la atención del paciente

Estas escalas se aplican con facilidad en centros rurales y son clave para tomar decisiones rápidas sin necesidad de equipamiento complejo.

4. Condicionantes específicos del medio rural

Los principales retos identificados fueron:

- Falta de recursos diagnósticos avanzados (analítica inmediata, imagen)
- Escasa dotación de personal sanitario, lo que genera alta carga asistencial
- Dificultades de traslado urgente a hospitales de referencia
- Necesidad de actualización formativa continua en patologías tiempo-dependientes

5 Discusión-Conclusión

La actuación de enfermería ante la sospecha de sepsis en servicios de urgencias rurales es un elemento determinante para la supervivencia del paciente. En estos entornos tan complejos, donde la disponibilidad de recursos es limitada y los traslados a centros de referencia pueden demorarse, la enfermería se convierte en la primera línea de respuesta clínica, siendo necesaria su adecuada formación e intervención.

El uso y difusión del conocimiento sobre la utilización sistemática de escalas como qSOFA o NEWS2 ha demostrado ser muy efectivo en la identificación temprana del deterioro clínico de los pacientes. La formación en el conocimiento y uso adecuado de estas herramientas, en conjunto con el desarrollo de protocolos claros y accesibles, potencia la capacidad de decisión y resolución de este tipo de situaciones que enfrenta el personal de enfermería en su labor asistencial. Asimismo, la coordinación fluida entre los servicios de atención primaria con los servicios extrahospitalarios y la atención especializada hospitalaria es indispensable para garantizar la continuidad del manejo clínico.

No obstante, en la actualidad se puede observar que persisten barreras relevantes como la escasa dotación de personal, la polivalencia no siempre reconocida del rol enfermero y la necesidad de invertir en formación continua adaptada al contexto rural y real que viven estos profesionales en su práctica clínica diaria.

En conclusión, la enfermería lleva a cabo un desempeño fundamental que permite la adecuada detección y actuación precoz ante la sepsis en urgencias rurales. Reforzando las competencias del personal enfermero, dotándolos de herramientas clínicas adaptadas al medio y mejorando los canales de comunicación interprofesional, se llevarían a cabo estrategias clave para reducir la mortalidad asociada a esta condición crítica.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 50

CAPACITACIÓN ENFERMERA PARA LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE EN CRISIS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ

JESSICA FERNÁNDEZ PACIO

JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las crisis de salud mental representan episodios críticos que requieren una intervención inmediata y adecuada para evitar descompensaciones mayores o riesgos para la persona y su entorno. En el contexto actual, caracterizado por un incremento en los trastornos de salud mental y una mayor demanda de atención en el propio domicilio, el rol de la enfermería adquiere una relevancia especial.
La atención domiciliaria ha dejado de centrarse exclusivamente en el abordaje de enfermedades crónicas físicas, integrando cada vez más la atención a personas con patologías mentales en situación de descompensación o crisis. La presencia de la enfermera en el domicilio no solo aporta una atención inmediata, sino que permite una valoración integral del entorno y de los factores desencadenantes.

La capacitación del personal de enfermería en habilidades de evaluación, intervención y contención emocional se torna indispensable para afrontar adecuadamente estas situaciones. Es fundamental que los profesionales dispongan de herramientas que les permitan identificar signos de alarma, realizar una contención segura, intervenir desde el enfoque biopsicosocial y activar los recursos de salud mental disponibles.
Este capítulo aborda la importancia de la capacitación enfermera para la atención inicial de pacientes en crisis de salud mental en el entorno domiciliario, así como las competencias necesarias, herramientas clínicas y estrategias de intervención eficaces.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la capacitación de los profesionales de enfermería en la atención inicial del paciente en crisis de salud mental en el entorno domiciliario
- Valorar y destacar las competencias enfermeras necesarias y las estrategias de intervención eficaces

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura publicada entre los años 2020 y 2025. Se consultaron bases de datos como PubMed, CINAHL, Scopus y Dialnet. Se utilizaron los descriptores: ”crisis de salud mental”, ”enfermería domiciliaria”, ”atención en salud mental”, ”capacitación profesional” e ”intervención enfermera”. Se seleccionaron estudios cualitativos, revisiones sistemáticas, guías clínicas y artículos de opinión profesional. Los resultados se organizaron en las siguientes categorías: identificación de signos de crisis, competencias enfermeras, estrategias de intervención y herramientas de coordinación.

4 Resultados

1. Identificación de signos y síntomas de crisis de salud mental
Las enfermeras deben estar capacitadas para reconocer los signos precoces de una crisis de salud mental. Estas crisis se caracterizan por presentar alteraciones del sueño, agitación psicomotriz, discurso desorganizado, verbalizaciones autolíticas, ansiedad intensa o comportamientos disruptivos. El conocimiento del historial psiquiátrico, los factores desencadenantes habituales y el entorno del

paciente son claves para anticipar la descompensación y estar preparados de antemano para afrontarlo en mejores condiciones.

2. Competencias necesarias para la atención inicial

La atención efectiva de una crisis en el domicilio requiere de competencias específicas, entre las que destacan:

- Evaluación rápida de la situación clínica y emocional
- Comunicación terapéutica y escucha activa
- Técnicas básicas de contención verbal y emocional
- Gestión del riesgo de suicidio o agresividad
- Activación de redes de apoyo y servicios especializados

Estas competencias deben adquirirse mediante formación teórica y práctica en salud mental, simulaciones clínicas y trabajo en equipo interdisciplinar.

3. Estrategias de intervención enfermera en el domicilio

Las estrategias más eficaces incluyen:

- Establecimiento de un ambiente seguro para el paciente y los convivientes
- Intervención centrada en la persona, con enfoque calmado, empático y sin juicios
- Aplicación de protocolos de contención verbal y, en casos necesarios, activación de los servicios de urgencias psiquiátricas
- Apoyo emocional y educativo a los familiares presentes
- Coordinación con el equipo de salud mental de referencia para el seguimiento

4. Herramientas de coordinación y trabajo en red

El trabajo colaborativo con unidades de salud mental comunitaria, equipos de atención primaria, servicios sociales y dispositivos de urgencias psiquiátricas es esencial. La enfermera domiciliaria actúa como nexo entre el entorno familiar y el sistema sanitario, garantizando una intervención rápida, eficaz y continua.

5 Discusión-Conclusión

La capacitación enfermera en salud mental es aún limitada en muchos entornos asistenciales, especialmente en atención domiciliaria, donde las crisis pueden surgir de manera inesperada y con escasos recursos inmediatos. Incorporar formación específica en crisis psiquiátricas dentro de los programas de formación continuada permitiría mejorar la seguridad del paciente, del profesional y del entorno familiar. Además, fortalecería la confianza del personal enfermero ante situaciones complejas y reduciría la necesidad de hospitalizaciones innecesarias.

La intervención enfermera en crisis debe enmarcarse en un enfoque integral, biopsicosocial, culturalmente competente y éticamente sólido. La atención domi-

ciliaria, al brindar una visión más completa del paciente y su entorno, ofrece una oportunidad única para una intervención precoz, personalizada y menos invasiva.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 51

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL SOPORTE VITAL AVANZADO ANTE EL TRAUMA GRAVE

MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA

SILVIA PARREÑO ARENAS

TRIANA PEÑALVER GARCÍA

IRENE MORA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El paciente traumatizado es aquel que presenta múltiples lesiones cuya gravedad pone en peligro su vida, a diferencia de los pacientes polifracturados o policontusionados, donde las lesiones son menores.

Hoy en día, las lesiones traumáticas se consideran una pandemia en nuestro país y en el resto del mundo, ya que representan una de las principales causas de muerte y discapacidad entre la población joven debido a la imposibilidad de administrar oxígeno al cerebro y al resto de órganos. Por ello, es necesario que reciban atención médica de manera rápida y eficaz, ya que su vida pende de un hilo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los traumatismos son causados: "en un 70% por los accidentes de tráfico; a nivel mundial provocan 1.8 millones de muertos, entre 20 y 50 millones de lesionados y unos 5 millones de discapacitados permanentes. En los países desarrollados, suponen la primera

causa de mortalidad en el grupo de 5 a 44 años. En América Latina, constituye la tercera causa de muerte y fallecen de 3 a 4 adolescentes entre 15 y 24 años y 2 de 3 adultos jóvenes de 28 a 40 años. La mitad de las personas han sido usuarios vulnerables de la vía pública (peatones, ciclistas y motociclistas)" (Ramos, Pérez, & Arias, 2021).

La intervención por parte de enfermería es de suma importancia, ya que el paciente presenta lesiones graves. En estos casos, la enfermera debe conocer cómo actuar ante esta situación, integrando diferentes habilidades, capacidad de liderar y tomar decisiones en los momentos más críticos, permitiendo así una atención integral e individualizada al paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

• Estudiar el papel de la enfermería en el soporte vital avanzado ante el trauma grave

Objetivos específicos:

• Explicar las intervenciones principales que realiza la enfermería en situaciones de trauma grave

• Plantear consejos para mejorar la actuación de enfermería en estas situaciones

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica descriptiva y narrativa. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas como PubMed, CINAHL, Scielo y Google Scholar, utilizando los descriptores: "trauma grave", "soporte vital avanzado", y "enfermería en emergencias".

Los criterios de inclusión han sido artículos publicados en español con texto completo, y como criterios de exclusión, artículos en inglés y no relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Realizada la lectura completa de los estudios, se coincide en la importancia del papel de la enfermería en la atención del paciente con trauma grave. Se establecen las funciones esenciales llevadas a cabo en estas situaciones:

Una de las más importantes y más utilizadas para detectar e identificar las lesiones graves es el ABCDE.
ABCDE:
1. A - Apertura de la vía aérea y control cervical: Comprobar si la vía aérea es permeable o no. Si no es permeable, se procede a intubar.
2. B - Ventilación: Medir la saturación de oxígeno usando un pulsioxímetro.
3. C - Control de hemorragias y circulación: Comprobar la perfusión cerebral mediante la escala de Glasgow, ya que debido a una hemorragia puede darse un shock hipovolémico. Por otro lado, se debe realizar masaje cardíaco cuando el paciente no respira o su corazón no late.
4. D - Desfibrilación: Usar cuando el paciente entra en parada bradicárdica o taquicárdica.
• Canalizar vía periférica y preparar fluidoterapia
• Controlar hemorragias mediante la compresión con torniquetes o hemostasia
• Monitorizar al paciente: Colocación de pulsioxímetro, manguito de tensión y electrodos.
Es necesario la formación en enfermería mediante cursos en soporte vital avanzado (SVAT), que incluyan clases teóricas junto con prácticas donde se realicen simulaciones trabajando bajo presión junto con el resto del equipo, permitiendo adquirir experiencia para actuar en situaciones reales de alta complejidad. Además, cabe destacar la importancia del papel de liderazgo en enfermería en situaciones que requieren una actuación rápida, para proporcionar una atención integrada y coordinada desde el primer momento en que se atiende a la víctima.

5 Discusión-Conclusión

El rol de la enfermería en el soporte vital avanzado ante el trauma grave es esencial. No solo se limita a realizar técnicas, sino que también es necesario ejercer un papel de liderazgo y tomar decisiones en las situaciones más críticas.
Los estudios demuestran que un equipo de enfermería bien formado disminuye la mortalidad en estos pacientes, por lo que es necesario impartir cursos de formación y reciclaje integrados con simulaciones reales.
En conclusión, las funciones de la enfermería en soporte vital avanzado no se limitan a realizar técnicas y salvar la vida del paciente. Van mucho más allá, ofreciendo una atención integral donde se priorice la empatía y el trato hacia el paciente, mejorando así la experiencia recibida, que es lo que más se valora cuando un paciente se encuentra en estas situaciones.

6 Bibliografía

1. Estivil Alberich, J. El rol de enfermería en los servicios de emergencias médicas. Npunto Vol. V nº50 Mayo 2022: 73-99. Disponible en: https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6295c32fb39dbart4.pdf
2. Giménez Franco A, Bruna Martín MªM, Latorre Izquierdo AM, Lafuente Tejero S, Navarro García MªM, Ibáñez Tomás E. Competencias del personal de enfermería en las maniobras de soporte vital avanzado. Revista Sanitaria de Investigación. 2020;1(5).
3. Cedeño Loor, AI, Bravo Alcívar, JA, Macías Macías, BE, Yanza Sánchez, PM. https://recimundo.com//index.php/es/article/view/2089/2631
4. Ramos Leyva RJ, Pérez Rodríguez Y, Arias Campaña A. Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por sistema de urgencias médicas. REEA. Nº8, Vol. III. Agosto 2021: 324-349. Centro Latinoamericano de Estudios en Epidemiología Pedagógica. Disponible en: http://www.eumed.net/rev/reea
5. Sánchez Tornos, P, Madrigal González, S, García Sanz, A, et al. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-inicial-de-enfermeria-al-paciente-politraumatizado-abcde/

Capítulo 52

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EMERGENCIAS EN ZONAS MONTAÑOSAS Y DE DIFÍCIL ACCESO

JESUS VAZQUEZ RODRIGUEZ

JESSICA FERNÁNDEZ PACIO

MÓNICA SUSANA VARELA ALDARIZ

1 Introducción

La atención sanitaria en contextos de emergencia representa un desafío constante para los profesionales de enfermería. Este desafío se intensifica cuando dichas emergencias ocurren en zonas de difícil acceso, como entornos montañosos, rurales o aislados, donde los tiempos de respuesta, los recursos disponibles y las condiciones ambientales pueden poner en riesgo tanto la seguridad del paciente como del personal interviniente.

Las zonas montañosas presentan condiciones geográficas extremas: desniveles abruptos, meteorología variable, dificultades de comunicación, escasa cobertura de red y limitaciones en el acceso por vía terrestre. Esto obliga al personal enfermero a adaptarse a situaciones de incertidumbre, improvisación y toma de decisiones rápida. La capacidad de actuación en estos contextos exige formación específica en emergencias extrahospitalarias, conocimientos de supervivencia, destrezas en técnicas de rescate y habilidades para trabajar en equipo con otros cuerpos de emergencia como bomberos, protección civil o grupos de rescate en montaña.

Desde la perspectiva enfermera, la asistencia en estas circunstancias va más allá del soporte vital. Incluye la valoración del entorno, la clasificación y priorización de víctimas (triaje), el manejo de lesiones traumáticas, la estabilización del paciente y el mantenimiento de constantes vitales hasta la evacuación segura. A ello se suma la comunicación eficaz con centros coordinadores y la utilización eficiente del material disponible, que habitualmente es limitado y transportado en mochilas o kits de intervención ligera.

Además, en muchas ocasiones el profesional de enfermería actúa en solitario o como parte de un equipo muy reducido, siendo el responsable del control de la situación sanitaria durante las primeras horas. La autonomía, la resiliencia y la capacidad para mantener la calma en entornos hostiles resultan cualidades esenciales.

Este capítulo analiza las competencias enfermeras necesarias para la atención de emergencias en entornos montañosos y de difícil acceso, los protocolos existentes, el tipo de formación recomendada, así como las estrategias de mejora para optimizar la seguridad del paciente y del equipo asistencial. Se parte de la revisión de la literatura y de experiencias reales de intervención para aportar un enfoque práctico y contextualizado.

2 Objetivos

- Identificar las competencias enfermeras clave en emergencias en zonas de difícil acceso
- Analizar protocolos de actuación específicos en entornos montañosos
- Proponer estrategias de mejora en la intervención y formación enfermera

3 Metodología

Este trabajo se ha basado en una revisión narrativa de literatura científica y documentos técnicos sobre la intervención enfermera en emergencias extrahospitalarias, especialmente en áreas montañosas y rurales. Se utilizaron bases de datos como PubMed, CINAHL, Scopus y Google Scholar. Los descriptores empleados fueron: “mountain emergencies”, “nursing interventions”, “prehospital care”, “rural health services”, “emergency response”, “disaster nursing” y “wilderness nursing”.

Se incluyeron artículos científicos, protocolos de actuación de servicios de emergencias y guías formativas de organismos internacionales como la OMS, Cruz

Roja y sociedades de emergencias médicas. Se priorizaron fuentes publicadas entre 2020 y 2025, así como informes técnicos de grupos de rescate que incluyeran a personal de enfermería.
Se seleccionaron 34 documentos que cumplían con los criterios de relevancia y rigor metodológico. A partir de ellos, se identificaron patrones comunes en la intervención enfermera en situaciones de rescate y emergencia en zonas montañosas y de difícil acceso.

4 Resultados

Los principales hallazgos que se han podido observar en los diferentes estudios señalan que el éxito en la actuación enfermera en estas situaciones depende de tres pilares fundamentales: formación especializada, trabajo en equipo multidisciplinar y capacidad de adaptación al entorno. La formación más eficaz incluye contenidos sobre soporte vital avanzado en entornos remotos (Wilderness Advanced Life Support), técnicas de movilización y evacuación, y gestión de recursos escasos, habilidades que son necesarias y esenciales, tanto en su conocimiento como en su aplicación profesional en estas situaciones extremas.
Los protocolos más efectivos identifican como prioridad la valoración rápida del entorno y la seguridad de la escena, pues el primer paso es garantizar la seguridad del equipo sanitario. El triaje inicial permite priorizar a los pacientes con mayor riesgo vital. La intervención enfermera debe centrarse en el control de hemorragias, manejo de fracturas, protección térmica, tratamiento de hipotermia, administración de oxígeno si es posible y monitorización básica.
En cuanto al equipo de trabajo, se observa que las actuaciones coordinadas con los servicios de rescate son más eficaces. La comunicación mediante radio o sistemas satelitales es esencial cuando no hay cobertura convencional. También se valora la importancia de la preparación física y emocional del personal de enfermería para responder en situaciones prolongadas, con fatiga, condiciones meteorológicas extremas o situaciones de aislamiento, por lo que deben tener un entrenamiento, tanto físico como táctico avanzado.
Se han documentado múltiples experiencias positivas con enfermeros integrados en equipos de rescate de alta montaña y servicios de emergencias rurales, destacando su papel como primeros asistentes en maniobras críticas y soporte vital. También se identifican carencias, especialmente en zonas donde no existe una planificación específica ni formación continuada para este tipo de contextos.

5 Discusión-Conclusión

- La actuación enfermera en emergencias en zonas montañosas requiere competencias avanzadas y específicas, no siempre contempladas en la formación generalista
- La presencia de enfermeros entrenados en equipos de rescate mejora los tiempos de respuesta, la calidad asistencial y la supervivencia de los pacientes
- Es fundamental fomentar programas de formación continua en contextos remotos, con simulaciones prácticas y trabajo interdisciplinar
- La enfermera debe ser capaz de tomar decisiones autónomas en condiciones difíciles, garantizando tanto la asistencia al paciente como su propia seguridad y la del equipo
- Es necesario seguir investigando sobre los resultados de estas intervenciones y estandarizar protocolos que incluyan el rol enfermero en planes de emergencia en entornos de difícil acceso

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 53

ACCESO VENOSO PERIFÉRICO GUIADO CON ECOGRAFÍA

MARTA SANTAMARIA MAÑE

MARTA BARRICART IBÁÑEZ

1 Introducción

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen no invasiva que emplea ondas sonoras de alta frecuencia para obtener imágenes precisas de los órganos, tejidos y estructuras internas del cuerpo. Estas ondas sonoras rebotan en los diferentes tejidos, generando ecos que son captados por un transductor y transformados en imágenes visuales en tiempo real. Una de las principales ventajas de la ecografía es su seguridad, ya que no utiliza radiación ionizante, lo que la convierte en una herramienta ampliamente empleada en numerosas especialidades médicas.

Además de su uso diagnóstico, la ecografía tiene importantes aplicaciones en procedimientos clínicos, como la canalización de vías venosas periféricas. La visualización en tiempo real de los vasos sanguíneos permite una punción más precisa, lo que facilita el acceso venoso, reduce significativamente el número de intentos fallidos y aumenta la seguridad y el confort del paciente durante el procedimiento.

Este método es especialmente útil en pacientes con accesos venosos dificultosos: personas con antecedentes de múltiples punciones, pacientes con linfadenectomía de una extremidad —en los que solo se dispone de un brazo para el acceso

venoso—, personas con obesidad, donde la palpación de las venas resulta complicada, o en pacientes pediátricos, donde el menor diámetro de los vasos añade dificultad al procedimiento.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones y ventajas de la punción venosa periférica guiada por ecografía
- Describir la técnica de punción venosa periférica guiada por ecografía

3 Metodología

Con el objetivo de establecer un protocolo para la canalización de accesos venosos periféricos con el uso de la ecografía, se ha llevado a cabo una elaborada revisión de diferentes bases de datos científicas, como PubMed, Scielo y Cinhal. Además, se han añadido experiencias propias en este procedimiento.

4 Resultados

Indicaciones principales:
- Pacientes con accesos venosos difíciles (obesidad, edemas, tratamientos oncológicos previos, linfadenectomías, pediatría, etc.)
- Fracaso de punciones previas por técnicas convencionales
- Necesidad de acceso venoso rápido y seguro

Ventajas de la técnica ecoguiada:
- Aumenta la tasa de éxito al primer intento
- Disminuye el número de punciones y el dolor del paciente
- Reduce el riesgo de complicaciones como hematomas o punciones arteriales
- Permite canalizar venas no palpables o visualizables a simple vista

Material necesario:
- Ecógrafo
- Gel conductor de ultrasonido estéril o en envase monodosis
- Funda estéril para la sonda
- Campos estériles
- Guantes estériles
- Catéter venoso periférico del calibre adecuado

- Jeringa con suero fisiológico
- Antiséptico (clorhexidina o povidona yodada)
- Apósito estéril transparente

Técnica del procedimiento:
1. Preparación del paciente y del equipo:
Explicar el procedimiento al paciente. Colocar al paciente en posición cómoda, con el miembro a canalizar extendido y ligeramente declinado. Realizar higiene de manos y colocarse guantes estériles.

2. Preparación del campo estéril:
Cubrir el área a puncionar con campos estériles. Preparar la sonda de ecografía cubriéndola con funda estéril y aplicar el gel conductor.

3. Identificación de la vena:
Mediante la sonda lineal, localizar las venas superficiales accesibles. Confirmar la compresibilidad de la vena y la ausencia de arterias adyacentes utilizando el modo Doppler, si está disponible.

4. Selección de la vena adecuada:
Elegir la vena de mayor calibre, más superficial y con trayecto recto, evitando zonas próximas a bifurcaciones o válvulas.

5. Punción guiada:
Existen dos abordajes:
- Técnica en eje corto (transversal): Se observa la vena en corte transversal. Se introduce la aguja en ángulo de 30-45° bajo visión ecográfica directa, visualizando el desplazamiento de la aguja hasta la punción de la vena.
- Técnica en eje largo (longitudinal): La vena y la aguja se visualizan en todo su trayecto, permitiendo un control más preciso de la profundidad y dirección de la aguja.

6. Confirmación del acceso:
Una vez alcanzada la luz venosa, observar el retorno sanguíneo, retirar la aguja e introducir el catéter. Posteriormente, lavar con suero fisiológico y comprobar la permeabilidad.

7. Fijación y curas posteriores:
Colocar apósito estéril transparente y fijar el catéter. Documentar el procedimiento en la historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

La canalización de vías venosas periféricas guiada por ecografía representa un avance significativo en la práctica clínica, especialmente en pacientes con accesos venosos complicados. Esta técnica mejora la tasa de éxito al primer intento, disminuye el número de punciones fallidas, reduce el riesgo de complicaciones y aumenta el confort del paciente durante el procedimiento. La visualización en tiempo real de las estructuras vasculares permite identificar con precisión la vena más adecuada, evitando punciones arteriales o extravasaciones. Además, su implementación contribuye a optimizar los recursos sanitarios y a mejorar la calidad asistencial. La formación adecuada del personal sanitario en el uso de la ecografía es fundamental para garantizar la seguridad y eficacia de este procedimiento, convirtiéndose en una competencia cada vez más necesaria en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.

6 Bibliografía

1. Saugel B, Scheeren TWL, Teboul JL. Ultrasound-guided central venous catheter placement: A structured review and recommendations for clinical practice. Crit Care. 2017;21(1):225.
2. Bahl A, Pandurangadu AV, Tucker J, Bagan M. A randomized controlled trial assessing the use of ultrasound for nurse-performed IV placement in difficult access ED patients. Am J Emerg Med. 2016;34(10):1950–4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.098
3. González López JL, et al. Guía de práctica clínica sobre acceso vascular ecoguiado. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). 2014.
4. Moureau N, et al. Vessel health and preservation: The right approach for vascular access. J Assoc Vasc Access. 2015;20(3):139–47.

Capítulo 54

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO

ESTHER CALERA LUCAS

CLARA VALERO IRAOLA

BEATRIZ CORROTO GARCÍA

ALICIA CALERA LUCAS

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

El fenómeno de la amenaza de parto prematuro representa un desafío significativo en la atención obstétrica, lo que implica riesgos sustanciales para la salud materna y neonatal. El parto prematuro, definido como el nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en todo el mundo, con tasas que varían según la población y el entorno sanitario. Cuando las mujeres embarazadas presentan signos de amenaza de interrupción del embarazo, como contracciones uterinas, cambios cervicales o molestias, las intervenciones de enfermería oportunas y eficaces son cruciales para prevenir la progresión a un parto prematuro y minimizar los resultados adversos.

A pesar de los avances en el manejo obstétrico, el rol de la atención de enfermería sigue siendo fundamental, ya que las enfermeras suelen ser el primer punto de contacto para reconocer los síntomas tempranos, brindar apoyo emocional e implementar estrategias basadas en la evidencia para prolongar el embarazo de forma segura. Este artículo tiene como objetivo explorar enfoques integrales de atención de enfermería adaptados a las mujeres embarazadas que experimentan amenaza de parto prematuro, haciendo hincapié en estrategias de intervención como la educación de la paciente, el manejo farmacológico y no farmacológico, y el apoyo psicosocial.
Al examinar las mejores prácticas actuales y los protocolos basados en la evidencia, el estudio busca destacar la importancia de las intervenciones de enfermería especializada para reducir las tasas de parto prematuro y mejorar los resultados de salud materna y neonatal. En definitiva, comprender y optimizar la atención de enfermería para esta población vulnerable puede contribuir significativamente a una prestación de atención médica eficaz y a una trayectoria gestacional positiva, lo que subraya el papel crucial que desempeñan las enfermeras en el manejo de la amenaza de parto prematuro.

2 Objetivos

- Identificar las intervenciones de enfermería efectivas para mujeres embarazadas con amenaza de parto prematuro.
- Desarrollar estrategias de atención para mujeres embarazadas con amenaza de parto prematuro.
- Analizar la eficacia de las intervenciones de enfermería en la prevención del parto prematuro.
- Proporcionar educación a las gestantes sobre el manejo de los síntomas de amenaza de parto prematuro.
- Evaluar el impacto del apoyo psicosocial en la prolongación del embarazo en mujeres con riesgo de parto prematuro.
- Revisar protocolos basados en la evidencia para el manejo de la amenaza de parto prematuro en la práctica de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed,

Medline y SciELO, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las intervenciones de enfermería y las estrategias de atención eficaces para las embarazadas con amenaza de parto prematuro requieren un enfoque multifacético que aborde tanto los aspectos fisiológicos como los psicológicos, lo que subraya la interdependencia entre el bienestar materno y los resultados fetales. La evaluación continua de la apertura cervical y las contracciones uterinas es fundamental para el manejo clínico, lo que permite al personal de enfermería determinar la progresión del parto prematuro y adaptar las intervenciones oportunas. Igualmente importante es brindar educación integral, asegurando que las pacientes comprendan su situación, las opciones de tratamiento disponibles y las medidas de autocuidado, lo que no solo mejora la adherencia a los regímenes prescritos, sino que también empodera a las mujeres para participar activamente en su atención. El apoyo emocional y la tranquilidad son responsabilidades fundamentales de la enfermería, ya que ayudan a aliviar la ansiedad y fomentan la sensación de seguridad; esta atención psicosocial está estrechamente relacionada con una mayor satisfacción materna y se ha demostrado que reduce el estrés, un factor de riesgo conocido para el parto prematuro. Además, la implementación de programas centrados en la relajación, como HypnoBirthing, puede prolongar la duración del embarazo y disminuir la ansiedad materna, lo que resalta aún más la interconexión entre el apoyo psicológico y los resultados biomédicos. Para optimizar los resultados, el personal de enfermería debe monitorear continuamente el estado materno y fetal, anticipar posibles complicaciones y comunicar con claridad las intervenciones, protegiendo así la salud de la madre y el bebé mediante una atención integral y centrada en el paciente. Estas estrategias, en conjunto, enfatizan la necesidad de acciones de enfermería holísticas y basadas en la evidencia que aborden la compleja interacción de los factores físicos y emocionales en la amenaza de parto prematuro.

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia crucial de un enfoque holístico y basado en la evidencia para la atención de enfermería a las mujeres embarazadas que experimentan amenaza de parto prematuro. Al integrar protocolos de evaluación integral con la educación específica para la paciente, las enfermeras pueden facilitar la detección temprana de complicaciones y reforzar la adherencia a los regímenes terapéuticos. La incorporación de apoyo emocional e intervenciones psicosociales, como las técnicas de relajación, parece contribuir sig-

nificativamente a reducir la ansiedad materna y mejorar el bienestar psicológico, factores cruciales que influyen en los resultados del embarazo. Estos resultados coinciden con la literatura existente que enfatiza la naturaleza multifacética del manejo del parto prematuro y destaca que abordar las necesidades tanto fisiológicas como psicológicas puede mejorar la salud materna y fetal. Sin embargo, el estudio presenta ciertas limitaciones, como un tamaño muestral relativamente pequeño y la posible variabilidad en la implementación de las intervenciones en diferentes entornos clínicos, lo que puede afectar la generalización de los hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían centrarse en ensayos multicéntricos más amplios para validar estas intervenciones y explorar estrategias psicosociales adicionales que puedan brindar mayor apoyo a las mujeres embarazadas durante este período crítico. Además, investigar los resultados a largo plazo tanto para la madre como para el niño proporcionaría una comprensión más completa de la eficacia de los enfoques holísticos de atención de enfermería. Reconocer estas limitaciones es esencial para perfeccionar las prácticas clínicas y garantizar que la atención basada en la evidencia y centrada en el paciente se mantenga como prioridad en el manejo de la amenaza de parto prematuro.

6 Bibliografía

1. Preterm Labor: Nursing Diagnoses, Care Plans, Assessment Interventions. (n.d.) Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.nursetogether.com
2. 78_1_mete_special_13_2. (n.d.) Recuperado el 26 de mayo de 2025, de internationaljournalofcaringsciences.org
3. Preterm Labor Nursing Care Plan & Management. (n.d.) Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.rnpedia.com

Capítulo 55

LA ENFERMERÍA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO

ESTHER CALERA LUCAS

CLARA VALERO IRAOLA

BEATRIZ CORROTO GARCÍA

ALICIA CALERA LUCAS

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental no solo en la prestación de intervenciones clínicas, sino también en la prestación de apoyo emocional y psicológico esencial a los pacientes y sus familias, especialmente en momentos de pérdida y duelo. A medida que los avances en la atención médica aumentan las tasas de supervivencia y mejoran el manejo de enfermedades crónicas y terminales, la importancia de un apoyo eficaz y la gestión del duelo se reconoce cada vez más como un componente fundamental de la atención integral al paciente. Las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para ofrecer apoyo compasivo, facilitar mecanismos de afrontamiento y fomentar un entorno terapéutico que reconozca

y aborde las complejas necesidades emocionales asociadas con la enfermedad, la muerte y el duelo.

A pesar de la importancia crucial de esta función, persiste la necesidad de estrategias integrales y buenas prácticas que optimicen las intervenciones de enfermería en el apoyo y la gestión del duelo, garantizando que tanto los pacientes como sus familias reciban una atención compasiva, culturalmente sensible y psicológicamente competente. Este artículo explora el papel multifacético de la enfermería en los cuidados de apoyo, examinando estrategias basadas en la evidencia y enfoques prácticos que mejoran la eficacia de la gestión del duelo. Al analizar las prácticas actuales e identificar áreas de mejora, el estudio pretende subrayar la contribución vital del apoyo de enfermería para aliviar el sufrimiento, promover la resiliencia y facilitar procesos de duelo saludables, avanzando en última instancia en la atención centrada en el paciente en diversos entornos de atención médica.

2 Objetivos

- Explorar el papel de la enfermería en los cuidados de apoyo y en la gestión del duelo.
- Identificar estrategias y mejores prácticas para el apoyo emocional y psicológico al paciente y a la familia.
- Evaluar la efectividad de diversas intervenciones de enfermería en diferentes situaciones de duelo.
- Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la atención integral al paciente en momentos de pérdida y duelo.
- Fomentar la formación continua y la investigación en el área de la enfermería relacionada con el manejo del duelo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y SciELO, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal de enfermería ocupa una posición central en la prestación de cuidados de apoyo y la gestión del duelo, actuando como cuidadores directos y coordinadores dentro de equipos multidisciplinarios para garantizar un apoyo integral en el duelo para los pacientes y sus familias. Sus responsabilidades abarcan un continuo que incluye educar a los pacientes y sus familias sobre las etapas y las expresiones normales del duelo, ayudándoles así a comprender y anticipar el recorrido emocional asociado con la enfermedad y la pérdida. Al establecer relaciones efectivas entre enfermera, paciente y familia, el personal de enfermería facilita la comunicación abierta, fomenta la confianza y crea un entorno de apoyo donde tanto los pacientes como las familias se sienten conectados, comprendidos y empoderados para expresar su duelo. Este enfoque relacional no solo promueve el bienestar emocional de los pacientes y sus familias, sino que también permite al personal de enfermería identificar necesidades únicas, ofrecer intervenciones individualizadas y guiar a los seres queridos a través de los procesos adaptativos necesarios durante la progresión de la enfermedad, el final de la vida y el período posterior al fallecimiento. Reconocer y abordar estos ámbitos interconectados (apoyo emocional, educación y compromiso relacional) es esencial para brindar una atención holística y compasiva. Para maximizar la eficacia de estas intervenciones, es imperativo que los sistemas de atención sanitaria prioricen la capacitación continua, fomenten la colaboración interprofesional y proporcionen recursos accesibles que proporcionen a las enfermeras las habilidades y los conocimientos necesarios para responder a las necesidades diversas y cambiantes de las personas y las familias en duelo.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel crucial que desempeñan las enfermeras en el apoyo a las personas durante el duelo y la pérdida, reafirmando su posición como cuidadoras directas y miembros integrales de equipos multidisciplinarios. El énfasis en las responsabilidades de las enfermeras en la educación de los pacientes y las familias sobre las etapas del duelo y el fomento de una comunicación abierta coincide con la literatura existente que destaca la importancia del apoyo emocional en los cuidados al final de la vida. Además, el estudio ilustra que las intervenciones personalizadas, adaptadas a las necesidades únicas de cada persona, pueden mejorar significativamente el bienestar emocional en momentos difíciles. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos positivos, existen limitaciones notables dentro del marco actual. Por ejemplo, la variabilidad en la formación y los niveles de experiencia de las enfermeras puede afectar la consistencia y la calidad del apoyo al duelo proporcionado, lo que sugiere la necesidad de progra-

mas educativos estandarizados. Además, el estudio se centra principalmente en el apoyo inmediato proporcionado durante la enfermedad y en el momento del fallecimiento, lo que deja lagunas en la comprensión de los efectos a largo plazo de las intervenciones de enfermería en las personas en duelo.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían explorar el desarrollo y la evaluación de módulos de formación integral que doten al personal de enfermería de habilidades avanzadas para la gestión del duelo e investiguen el impacto del apoyo sostenido durante períodos prolongados. Además, barreras sistémicas como la escasez de recursos y las dificultades de comunicación interprofesional pueden dificultar la prestación óptima del apoyo, lo que justifica reformas organizativas e intervenciones políticas. Abordar estas deficiencias será esencial para optimizar la contribución de la enfermería a la gestión del duelo y garantizar que las personas en duelo reciban un apoyo holístico y eficaz.

En general, este estudio aporta información valiosa, pero también destaca la necesidad de investigación, formación y mejoras sistémicas continuas para fortalecer la capacidad del personal de enfermería para brindar una atención compasiva y eficaz al duelo.

6 Bibliografía

1. Understanding Grief, Loss, and Bereavement: Essential Knowledge for Primary Care Practice Nurses. Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.healthacademyonline.co.uk
2. Bookshelf. Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/
3. Nursing Care at the End of Life. Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.milnepublishing.geneseo.edu
4. Loss, grief, and bereavement. Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.caresearch.com.au
5. Bookshelf. Recuperado el 26 de mayo de 2025, de www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591827/

Capítulo 56

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON CELULITIS INFECCIOSA

ESTHER CALERA LUCAS

CLARA VALERO IRAOLA

BEATRIZ CORROTO GARCÍA

ALICIA CALERA LUCAS

JULIA NAVALON TARRAGA

1 Introducción

La celulitis infecciosa es una infección bacteriana cutánea común, pero potencialmente grave, que afecta la dermis y el tejido subcutáneo, y que a menudo produce enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor y síntomas sistémicos como fiebre y malestar general. Se produce predominantemente cuando bacterias, con mayor frecuencia Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus, infiltran las barreras cutáneas dañadas o deterioradas, lo que provoca una inflamación localizada que puede progresar rápidamente si no se diagnostica y trata a tiempo.
Dada su prevalencia en diversas poblaciones de pacientes, incluyendo personas con sistemas inmunitarios comprometidos, diabetes o lesiones cutáneas, la celulitis plantea importantes desafíos para los profesionales sanitarios, en particular para el personal de enfermería, quienes son fundamentales para la identificación

temprana, el seguimiento continuo y el manejo eficaz de los pacientes afectados. La complejidad de la celulitis infecciosa requiere estrategias integrales de atención de enfermería que incluyan una evaluación precisa, la administración oportuna de la terapia antimicrobiana, el cuidado meticuloso de las heridas, la educación del paciente y la vigilancia constante de posibles complicaciones, como la formación de abscesos o la diseminación sistémica.
A pesar de los avances en los tratamientos antimicrobianos, el papel de la atención de enfermería sigue siendo fundamental para prevenir la progresión de la enfermedad, promover la cicatrización y garantizar una evolución óptima del paciente. Este artículo busca explorar y delinear los componentes esenciales de la atención de enfermería para pacientes con celulitis infecciosa, haciendo énfasis en enfoques basados en la evidencia, buenas prácticas e intervenciones personalizadas que apoyan la recuperación, mejoran la seguridad del paciente y la calidad general de la atención médica. Mediante un análisis detallado de las estrategias de gestión de enfermería, este estudio busca destacar la importancia crucial de las intervenciones de enfermería holísticas y proactivas para el manejo eficaz de la celulitis infecciosa.

2 Objetivos

- Identificar estrategias integrales de gestión y atención de enfermería para pacientes con celulitis infecciosa.
- Describir los cuidados específicos de enfermería necesarios para manejar eficazmente a pacientes con celulitis infecciosa.
- Evaluar la importancia de la identificación temprana y el seguimiento continuo por parte del personal de enfermería.
- Determinar el papel del personal de enfermería en la administración de la terapia antimicrobiana y el cuidado meticuloso de las heridas.
- Analizar la educación del paciente como un componente clave en la prevención de complicaciones y promoción de la cicatrización.
- Exponer la necesidad de una vigilancia constante de posibles complicaciones, como la formación de abscesos o la diseminación sistémica.
- Destacar la relevancia de enfoques basados en la evidencia y buenas prácticas en la atención de enfermería.
- Promover la implementación de intervenciones personalizadas que mejoren la recuperación y seguridad del paciente.
- Subrayar la importancia de las intervenciones de enfermería holísticas y proactivas en el manejo eficaz de la celulitis infecciosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un enfoque integral de enfermería para la celulitis infecciosa requiere la integración de estrategias de atención multifacéticas que aborden tanto las dimensiones clínicas como las colaborativas del manejo del paciente. Un elemento central de este enfoque es la clara delimitación de roles dentro del equipo interprofesional, ya que esto garantiza que cada miembro, desde enfermeras y médicos hasta especialistas en el cuidado de heridas, pueda contribuir eficazmente a la atención del paciente, mejorando así la calidad general y la continuidad del tratamiento. Las reuniones interdisciplinarias periódicas facilitan aún más este proceso, al promover la comunicación abierta y la planificación coordinada de la atención, esenciales para abordar con prontitud las necesidades cambiantes de los pacientes con celulitis y minimizar las deficiencias en la atención.

La comunicación y la colaboración eficaces entre los miembros del equipo no solo optimizan la coordinación de la atención, sino que también fomentan una cultura de responsabilidad compartida, fundamental para la gestión de casos complejos y la prevención de complicaciones asociadas con la celulitis. Estas interconexiones entre la estructura del equipo, la comunicación y la práctica colaborativa subrayan la necesidad de formación y capacitación continuas, garantizando que todo el personal se mantenga actualizado sobre las prácticas basadas en la evidencia más recientes. En última instancia, la sinergia entre el trabajo en equipo estructurado, el compromiso interdisciplinario regular y la comunicación efectiva constituye la piedra angular de la gestión de enfermería integral, enfatizando la importancia de las intervenciones proactivas y la mejora continua de la calidad para lograr resultados favorables para los pacientes.

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia crucial de un enfoque integrado y multidisciplinario para la atención de enfermería a pacientes con celulitis infecciosa. El énfasis en una clara delimitación de roles entre los miembros del equipo de atención médica (enfermeras, médicos y especialistas en el cuidado de heridas) concuerda con la literatura existente que aboga por prácticas colab-

orativas para mejorar los resultados de los pacientes. La comunicación efectiva, en particular mediante reuniones interdisciplinarias periódicas, parece facilitar la adaptación oportuna de la atención, la identificación temprana de complicaciones y el manejo integral de la infección. Este modelo colaborativo no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también promueve un entorno de atención cohesionado que se adapta a las necesidades dinámicas de los pacientes con celulitis. El énfasis en la educación y la capacitación continuas garantiza que los profesionales de la salud se mantengan al día con las prácticas basadas en la evidencia, lo cual es vital dada la naturaleza cambiante del manejo de las enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían centrarse en la cuantificación de estos resultados para establecer evidencia más sólida que respalde las mejores prácticas en el manejo de enfermería de la celulitis infecciosa. Además, explorar las barreras a la comunicación interdisciplinaria e implementar protocolos estandarizados podría optimizar aún más la atención médica. Reconociendo estas limitaciones, es evidente que fomentar una cultura de responsabilidad compartida y la mejora continua de la calidad es fundamental para mejorar la atención al paciente y minimizar los resultados adversos asociados con la celulitis infecciosa. Sin embargo, el estudio presenta limitaciones, como la posible variabilidad en la dinámica del equipo en diferentes entornos de atención médica y la ausencia de medidas de resultados cuantitativas para evaluar el impacto directo de este enfoque integrado en las tasas de recuperación de los pacientes, la duración de la hospitalización o la incidencia de complicaciones.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 57

EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN SERVICIOS DE URGENCIAS: REVISIÓN NARRATIVA

NEREA PULGAR MUÑOZ

DIEGO BARATAS DELGADO

SARA CORROTO BRAVO

IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARINA MARISCAL CRISTÓBAL

1 Introducción

El trauma constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, particularmente en la población joven y económicamente activa. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año ocurren más de cinco millones de muertes por lesiones, lo que representa aproximadamente el 9% de la mortalidad global. Entre los tipos de trauma, el politraumatismo se distingue por la gravedad y complejidad de las lesiones, que afectan simultáneamente múltiples sistemas corporales. Este escenario exige una respuesta rápida y coordinada por parte de los servicios de urgencias.

El manejo del paciente politraumatizado está estructurado según los principios del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS), que prioriza la evaluación sistemática mediante el enfoque ABCDE: vía aérea (Airway), respiración (Breathing), circulación (Circulation), estado neurológico (Disability) y exposición (Exposure). El personal de enfermería cumple un rol esencial en cada uno de estos pasos, colaborando activamente en la detección de signos de deterioro, en la administración de tratamientos de urgencia y en la preparación para intervenciones posteriores.

Además de sus funciones técnicas, la enfermería en urgencias gestiona recursos, organiza prioridades asistenciales y proporciona contención emocional a pacientes y familiares. Su formación debe ser continua y especializada, especialmente en contextos de alta presión como el trauma múltiple. La literatura ha demostrado que la participación activa del personal de enfermería en la atención inicial mejora los tiempos de respuesta, disminuye complicaciones y aumenta la satisfacción del paciente.

Sin embargo, el desempeño del personal de enfermería en este contexto enfrenta múltiples barreras, como la sobrecarga laboral, la escasez de formación específica y la falta de estandarización de protocolos. En consecuencia, resulta fundamental revisar y actualizar las competencias necesarias para este tipo de atención y consolidar una base de conocimientos clínicos y organizativos sólidos.

Esta revisión narrativa tiene como objetivo analizar críticamente la literatura sobre el rol de la enfermería en la atención inicial del paciente politraumatizado, destacando sus funciones, competencias necesarias y desafíos actuales. A partir de esta síntesis, se pretende proporcionar recomendaciones para optimizar la formación profesional y la práctica clínica.

2 Objetivos

1. Describir las funciones clave del personal de enfermería en la atención inicial al paciente politraumatizado
2. Analizar las competencias clínicas y organizativas necesarias para una intervención eficaz
3. Identificar los principales desafíos que enfrenta el personal de enfermería
4. Proponer estrategias de mejora en la formación y práctica clínica

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos publicados entre 2015 y 2024, consultando las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y ScienceDirect. Se usaron los términos “nursing”, “polytrauma”, “emergency care”, “trauma assessment” y “critical care nursing”. Se seleccionaron estudios relevantes que abordaran el papel de la enfermería en la atención inicial del paciente politraumatizado. Se excluyeron investigaciones enfocadas exclusivamente en intervenciones médicas o quirúrgicas. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 38 publicaciones.

4 Resultados

1. Funciones del personal de enfermería
Durante la evaluación primaria, la enfermería desempeña un papel central en asegurar la vía aérea, ventilar al paciente, controlar hemorragias, monitorizar signos vitales, administrar fluidos y registrar toda la información clínica. Estas intervenciones son cruciales para estabilizar al paciente antes de la evaluación secundaria y el tratamiento definitivo.
En la evaluación secundaria, la enfermería participa en la recopilación de antecedentes, recolección de muestras, preparación para estudios diagnósticos y acompañamiento emocional del paciente. En todo momento, se asegura la correcta aplicación de protocolos de trauma y se colabora estrechamente con el equipo médico.

2. Competencias necesarias
Las competencias fundamentales incluyen habilidades técnicas (canalización de vías, manejo de equipos de ventilación), toma de decisiones bajo presión, priorización de cuidados y comunicación efectiva. Se requiere un alto grado de coordinación y entrenamiento especializado, preferiblemente mediante simulación clínica, que ha demostrado mejorar significativamente la respuesta ante eventos críticos.

3. Desafíos actuales
Las principales barreras identificadas son la escasez de personal, la sobrecarga asistencial, la rotación frecuente de personal no entrenado y la falta de protocolos actualizados. Asimismo, se observa una brecha en la formación académica sobre trauma múltiple, lo cual limita la autonomía del profesional de enfermería y genera inseguridad clínica.

El desgaste emocional también es significativo. Estudios revelan una alta prevalencia de burnout entre el personal de enfermería de urgencias, agravada por la exposición a situaciones extremas y la insuficiente contención institucional.

4. Recomendaciones
Se propone fortalecer la formación en trauma desde el pregrado, incorporar simulaciones clínicas realistas, estandarizar protocolos de atención y promover el trabajo colaborativo interdisciplinario. Además, se recomienda implementar programas de apoyo emocional y estrategias para prevenir el agotamiento del personal.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería desempeña un rol insustituible en la atención inicial del paciente politraumatizado, siendo muchas veces el primer punto de contacto en situaciones críticas. Su capacidad para actuar con rapidez, precisión y empatía impacta directamente en los desenlaces clínicos, ya que una valoración adecuada, la estabilización hemodinámica y la correcta priorización de intervenciones pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. La aplicación de protocolos como el ABCDE y el enfoque sistemático en la atención de emergencias exige competencias técnicas, pensamiento crítico y coordinación efectiva con el equipo multidisciplinario.

No obstante, persisten múltiples desafíos estructurales y formativos que deben abordarse para optimizar su desempeño. Entre ellos destacan la sobrecarga laboral, la escasez de personal entrenado en emergencias y la necesidad de formación continua en escenarios de alta complejidad. Además, factores como el estrés laboral, la fatiga y la falta de reconocimiento profesional pueden afectar negativamente la capacidad de respuesta en contextos de alta presión.

Invertir en formación especializada, dotación de recursos adecuados y bienestar físico y emocional del personal de enfermería no solo mejora la calidad asistencial, sino que constituye una medida estratégica y costo-efectiva para los sistemas de salud modernos, especialmente ante el aumento de traumas por accidentes y violencia.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2023. Geneva: WHO; 2023.
2. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 10th ed. Chicago: ACS; 2018.
3. Paliwal P, Goyal S, Agrawal K, Vyas P. Management of polytrauma patients in emergency department: experience of a tertiary care institution in India. World J Emerg Med. 2013;4(1):15–9.
4. Park SY, Park JH, Kim JH. Trauma nursing core competency and its influencing factors among emergency nurses. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3548.
5. Ranse J, Hutton A, Wilson R. The impact of trauma exposure on emergency nurses: a scoping review. Australas Emerg Care. 2020;23(4):222–9.
6. Alshammari F, Pasay-An E, Albolite EH. Barriers to trauma care in emergency settings: perspectives of Saudi nurses. Int J Afr Nurs Sci. 2020;12:100200.
7. StatPearls. Trauma Assessment. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
8. Choi JS, Lee M. Effect of high-fidelity simulation on clinical decision-making in nursing students. Nurs Educ Perspect. 2020;41(1):E1–E3.
9. Meccariello L, Brandi S, Camilloni L, et al. Simulation-based trauma training for nurses: a narrative review. J Clin Nurs. 2021;30(21-22):3114–24.
10. Alzahrani SH, Alamri SH. Burnout and work-related stress among emergency nurses in Saudi Arabia: a cross-sectional study. Int J Nurs Pract. 2020;26(6):e12856.

Capítulo 58

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON SEPSIS: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS DESENLACES CLÍNICOS

NEREA PULGAR MUÑOZ

DIEGO BARATAS DELGADO

SARA CORROTO BRAVO

IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARINA MARISCAL CRISTÓBAL

1 Introducción

La sepsis neonatal es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en recién nacidos, especialmente en aquellos prematuros o con bajo peso al nacer. Se define como una respuesta sistémica del organismo ante una infección bacteriana, viral o fúngica, que puede conducir a disfunción orgánica, shock séptico y muerte si no se trata de manera oportuna. Según datos recientes, la incidencia global de sepsis neonatal se estima entre 1 y 8 casos por cada 1000 nacidos vivos, con tasas de letalidad que pueden alcanzar el 50% en países de bajos ingresos.
La sepsis se clasifica en precoz (dentro de las primeras 72 horas de vida) y tardía (después de las 72 horas), con diferentes perfiles etiológicos y mecanismos de

transmisión. La sepsis precoz suele estar relacionada con patógenos adquiridos durante el parto, mientras que la sepsis tardía se asocia con infecciones nosocomiales y el uso prolongado de dispositivos invasivos. Entre los agentes etiológicos más frecuentes se encuentran el Streptococcus agalactiae, Escherichia coli y Staphylococcus aureus.

El abordaje clínico de la sepsis neonatal requiere un diagnóstico temprano, inicio inmediato de tratamiento antimicrobiano empírico y soporte hemodinámico adecuado. Sin embargo, más allá del tratamiento médico, el cuidado de enfermería juega un rol crucial en la detección temprana de signos clínicos, el monitoreo constante del estado del neonato, la prevención de infecciones asociadas a dispositivos y la contención familiar.

La enfermería neonatal ha evolucionado significativamente con la incorporación de prácticas basadas en la evidencia, incluyendo el control riguroso de la temperatura, la monitorización de signos vitales, el manejo adecuado de accesos venosos y el uso de protocolos para minimizar la manipulación innecesaria. Además, la humanización del cuidado, la promoción del vínculo madre-hijo y el fomento de la lactancia materna son intervenciones clave para mejorar los desenlaces clínicos en neonatos con sepsis.

A pesar de estos avances, persisten desafíos importantes como la sobrecarga laboral, la falta de formación especializada y la escasez de recursos en muchas unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Por ello, resulta fundamental identificar estrategias eficaces que puedan ser implementadas por el personal de enfermería para optimizar los cuidados y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta patología.

Esta revisión narrativa tiene como objetivo analizar las principales intervenciones de enfermería que han demostrado ser eficaces en el manejo de neonatos con sepsis, con el fin de aportar recomendaciones prácticas para mejorar la calidad del cuidado en unidades neonatales.

2 Objetivos

Los objetivos fijados en la presente revisión han sido:

1. Describir las principales intervenciones de enfermería en el cuidado de neonatos con sepsis
2. Analizar la evidencia disponible sobre la efectividad de estas intervenciones en la mejora de los desenlaces clínicos
3. Identificar barreras y facilitadores en la implementación de buenas prácticas de enfermería en UCIN

4. Proponer recomendaciones para fortalecer el rol de la enfermería neonatal en el manejo de la sepsis

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos científicos publicados entre 2014 y 2024. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, CINAHL, Scopus y ScienceDirect. Se utilizaron descriptores como "neonatal sepsis", "nursing care", "NICU", "nursing interventions" y "sepsis management". Se incluyeron estudios en inglés y español que abordaran específicamente el rol de la enfermería en el cuidado de neonatos con sepsis. Se excluyeron investigaciones centradas únicamente en tratamientos médicos o farmacológicos. Se seleccionaron 41 artículos relevantes, de los cuales se extrajo información relacionada con estrategias de cuidado, resultados clínicos y factores contextuales.

4 Resultados

1. Monitorización y detección temprana
Uno de los pilares del cuidado de enfermería es la identificación precoz de signos de sepsis como hipoactividad, inestabilidad térmica, dificultad respiratoria, taquicardia o apnea. La monitorización continua de signos vitales mediante sistemas automatizados y observación clínica frecuente permite detectar cambios sutiles que pueden preceder el deterioro clínico. La formación del personal en la identificación de estos signos mejora la capacidad de respuesta ante eventos críticos.
2. Control de infecciones
Las estrategias de prevención de infecciones nosocomiales incluyen el lavado de manos riguroso, uso correcto de guantes y batas, desinfección de superficies y manipulación aséptica de dispositivos invasivos. La enfermería tiene un papel central en la implementación de bundles para la prevención de infecciones asociadas a catéteres, los cuales han demostrado reducir significativamente la incidencia de sepsis tardía.
3. Manejo térmico y metabólico
El mantenimiento de una temperatura corporal adecuada mediante incubadoras, colchones térmicos y contacto piel con piel es esencial para evitar complicaciones asociadas a la sepsis. Asimismo, la vigilancia de la glucemia y el equilibrio hidroelectrolítico forma parte del cuidado diario y requiere ajustes constantes basados en los parámetros clínicos del neonato.

4. Humanización del cuidado
La participación de los padres en el cuidado del neonato, conocida como cuidado centrado en la familia, ha mostrado beneficios en la recuperación del recién nacido. Prácticas como el método canguro y el fomento de la lactancia materna exclusiva contribuyen a fortalecer el sistema inmunológico del neonato y a mejorar su estabilidad fisiológica y emocional.
5. Educación y formación del personal
Los programas de capacitación continua sobre sepsis neonatal, manejo de dispositivos y protocolos de atención han demostrado mejorar la calidad del cuidado y disminuir la variabilidad en la práctica clínica. La simulación clínica es una herramienta eficaz para entrenar al personal en la respuesta a situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería desempeña un rol fundamental en la atención integral del neonato con sepsis, participando activamente en todas las etapas del proceso de cuidado, desde la detección precoz hasta la prevención de complicaciones graves. La observación constante y sistemática de signos clínicos como la inestabilidad térmica, la dificultad respiratoria o los cambios en la perfusión tisular permite una intervención oportuna, lo que es crucial dada la rapidez con la que esta condición puede evolucionar. Las intervenciones basadas en la evidencia, tales como la vigilancia clínica intensiva, el estricto control de infecciones mediante prácticas de higiene adecuadas, el manejo térmico individualizado, la promoción del vínculo afectivo madre-hijo y la humanización del cuidado, son pilares esenciales en la mejora de los desenlaces clínicos.
Además, la formación continua del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) garantiza la actualización de competencias y favorece la implementación de prácticas seguras y efectivas. A pesar de los desafíos existentes, como la sobrecarga laboral, la alta rotación de personal y la necesidad de recursos tecnológicos especializados, el fortalecimiento del rol enfermero en las UCIN representa una estrategia esencial para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la sepsis neonatal, contribuyendo así a una atención centrada en la calidad y en la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Shane AL, Sánchez PJ, Stoll BJ. Neonatal sepsis. Lancet. 2017;390(10104):1770-80.

2. Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N. The global burden of pediatric and neonatal sepsis: a systematic review. Lancet Respir Med. 2018;6(3):223-30.
3. Simonsen KA, Anderson-Berry AL, Delair SF, Davies HD. Early-onset neonatal sepsis. Clin Microbiol Rev. 2014;27(1):21-47.
4. Dong Y, Speer CP. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;100(3):F257-63.
5. Bizzarro MJ. Health care–associated infections in the neonatal intensive care unit. Clin Perinatol. 2015;42(3):561-74.
6. Epstein EG, Hood LJ. Understanding family-centered care in the neonatal intensive care unit. J Perinat Neonatal Nurs. 2015;29(4):297-304.
7. Zonnenberg IA, de Beer JJ. Factors influencing implementation of evidence-based practice in neonatal nursing: a review. J Neonatal Nurs. 2018;24(6):287-92.
8. Ng PC, Lam HS. Diagnostic markers for neonatal sepsis. Curr Opin Pediatr. 2006;18(2):125-31.
9. Sankar MJ, Agarwal R, Deorari A, Paul VK. Sepsis in the newborn. Indian J Pediatr. 2008;75(3):261-6.
10. Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantuoni E, et al. Sustaining reductions in catheter-related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. BMJ. 2010;340:c309.
11. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F, Davis PJ. Outcomes for extremely premature infants. Anesth Analg. 2015;120(6):1337-51.
12. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD002771.
13. LeFlore JL, Anderson M. Effectiveness of simulation on health professions education and patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. Clin Simul Nurs. 2017;13(12):634-44.

Capítulo 59

ENFERMERÍA EN EL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO: SEGUIMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ

MARÍA NAVARRO ALMENDROS

NEREA CASAS COLLADO

IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA

1 Introducción

La enfermería en el ámbito del soporte respiratorio no invasivo es un área crucial dentro de la atención médica, especialmente en el contexto de las enfermedades respiratorias y en la gestión de situaciones críticas que afectan la capacidad respiratoria de los pacientes. La evolución de las tecnologías y técnicas de ventilación ha permitido que cada vez más pacientes reciban cuidados paliativos y de soporte sin la necesidad de procedimientos invasivos, lo que no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también optimiza la utilización de recursos en las unidades de cuidados intensivos y en otros entornos clínicos.

El soporte respiratorio no invasivo (NIV, por sus siglas en inglés) se refiere a una serie de intervenciones que buscan mejorar la ventilación y la oxigenación de los pacientes a través de dispositivos que no requieren la intubación endotraqueal.

Este enfoque ha ganado aceptación en el tratamiento de afecciones como la insuficiencia respiratoria aguda, la exacerbación de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y el manejo de la insuficiencia respiratoria en contextos postoperatorios. La clave de su éxito radica no solo en la tecnología disponible, sino también en la habilidad del personal de enfermería para monitorizar a los pacientes y proporcionar cuidados específicos que minimicen complicaciones y optimicen los resultados clínicos.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación y el seguimiento del soporte respiratorio no invasivo. Este papel abarca desde la correcta colocación y ajuste de los dispositivos de ventilación hasta la vigilancia continua de signos vitales y parámetros respiratorios. Además, la educación del paciente y de sus familiares es esencial para asegurar la correcta adherencia al tratamiento y para reducir la ansiedad que puede surgir del uso de equipos respiratorios. La comunicación efectiva entre el equipo de salud, los pacientes y sus familias es esencial para el éxito del tratamiento, y la enfermería actúa como un puente que facilita esta interacción.

A lo largo de este trabajo, se explorarán las diversas técnicas y modalidades de soporte respiratorio no invasivo, así como las indicaciones y contraindicaciones de su uso. También se abordarán los cuidados específicos que deben seguir los profesionales de enfermería, desde la evaluación inicial del paciente hasta el seguimiento del estado clínico durante el tratamiento. Se discutirá la importancia del monitoreo constante y la intervención temprana en la identificación de complicaciones potenciales, así como el manejo de situaciones que podrían requerir la transición a soporte respiratorio invasivo.

Por último, es fundamental considerar el impacto de la formación continua en el personal de enfermería, dado que el avance constante en la tecnología de soporte respiratorio exige un conocimiento actualizado de las mejores prácticas. La capacitación en habilidades técnicas, así como en la atención centrada en el paciente, se convierte en un pilar esencial para garantizar que el soporte respiratorio no invasivo sea administrado de manera segura y eficaz. A través de este trabajo, se pretende resaltar la importancia de la labor enfermera en esta área y la necesidad de un abordaje multidisciplinario que integre los conocimientos técnicos y la atención humanizada en la práctica clínica diaria.

2 Objetivos

Analizar las técnicas y modalidades del soporte respiratorio no invasivo, con el fin de identificar su relevancia en el manejo de pacientes con insuficiencia respi-

ratoria
Describir los cuidados específicos y el seguimiento que debe realizar el personal de enfermería para garantizar la eficacia y la seguridad en la administración del soporte respiratorio no invasivo
Educar sobre la importancia de la formación continua del personal de enfermería en el uso de tecnologías de soporte respiratorio no invasivo, para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo ha consistido en una revisión sistemática de la literatura existente sobre el soporte respiratorio no invasivo y su aplicación en el ámbito de la enfermería. Se han recopilado artículos científicos, guías clínicas y fuentes de información pertinentes para identificar las mejores prácticas en el manejo y seguimiento de pacientes. Además, se ha llevado a cabo un análisis crítico de los cuidados específicos que el personal de enfermería debe proporcionar, basándose en las evidencias actuales y en la experiencia clínica. Finalmente, se han sintetizado los hallazgos para ofrecer recomendaciones útiles y relevantes para la práctica diaria en el contexto del soporte respiratorio no invasivo.

4 Resultados

En primer lugar, se ha constatado que el uso del soporte respiratorio no invasivo ha aumentado significativamente en las últimas décadas, gracias a la mejora en las tecnologías y a la evidencia que respalda su eficacia en diversas condiciones respiratorias, como la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia respiratoria aguda. Los estudios revisados han demostrado que el NIV no solo mejora los parámetros de oxigenación y ventilación, sino que también reduce la necesidad de intubación en pacientes con estas condiciones, lo que a su vez disminuye la morbilidad y la duración de la estancia hospitalaria.
En segundo lugar, se han identificado una serie de cuidados específicos que el personal de enfermería debe proporcionar para garantizar el éxito en la implementación del soporte respiratorio no invasivo. Estos cuidados incluyen la correcta colocación y ajuste de los dispositivos, como las mascarillas y los sistemas de ventilación. También se ha resaltado la importancia de realizar evaluaciones constantes del paciente, que abarcan desde la monitorización de los signos vitales,

el estado de consciencia, hasta la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria. Estas intervenciones han demostrado ser cruciales para detectar y abordar de forma temprana cualquier complicación potencial, como la incomodidad del paciente, la fuga de aire de la mascarilla o el desarrollo de lesiones cutáneas.
Otro hallazgo relevante ha sido la importancia de la educación del paciente y su familia. Se ha observado que los pacientes que reciben información y orientación adecuada sobre el uso del soporte respiratorio no invasivo tienden a expresar mayor satisfacción en relación con su tratamiento y a mostrar mejor adherencia al mismo. Los materiales educativos y las sesiones de capacitación han sido considerados herramientas efectivas para reducir la ansiedad y aumentar la comprensión de los procedimientos que se les aplican.
Además, se ha puesto de manifiesto que la formación continua del personal de enfermería sobre las últimas tecnologías en soporte respiratorio no invasivo es fundamental. La actualización de conocimientos permite a los profesionales ofrecer cuidados más seguros y efectivos, ajustándose a las individualidades y necesidades de cada paciente. Se han identificado diversas oportunidades de formación, que van desde talleres prácticos hasta cursos en línea, y se ha observado que los enfermeros que participan en estas actividades se sienten más seguros y competentes en la aplicación de estas técnicas.
Por último, se ha evidenciado la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo del soporte respiratorio no invasivo. La colaboración entre médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y otros profesionales de la salud ha demostrado ser esencial para optimizar los resultados clínicos y brindar una atención integral al paciente. Este enfoque colaborativo ha permitido el desarrollo de planes de cuidado que abarcan no solo los aspectos técnicos del tratamiento, sino también las necesidades emocionales y sociales de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el soporte respiratorio no invasivo ha emergido como una herramienta fundamental en el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria, y el papel de la enfermería en este proceso es de vital importancia. A lo largo de este trabajo, se ha evidenciado cómo la correcta implementación y seguimiento del NIV no solo contribuyen a mejorar los parámetros fisiológicos de los pacientes, sino que también impactan significativamente en su calidad de vida y su experiencia durante el tratamiento.
La responsabilidad del personal de enfermería en este contexto es amplia y multidimensional. Desde la correcta colocación de los dispositivos hasta la monitor-

ización continua de los signos vitales y la evaluación del confort del paciente, los enfermeros tienen un papel crucial en cada etapa del proceso terapéutico. Además, la capacidad de identificar rápidamente cualquier complicación y realizar intervenciones adecuadas se ha demostrado esencial para asegurar una atención segura y efectiva. Esto no solo implica habilidades técnicas, sino también una comprensión profunda de las necesidades y preocupaciones de los pacientes.

La educación y la formación han resultado ser igualmente fundamentales en la práctica del soporte respiratorio no invasivo. La capacitación adecuada permite a los profesionales de enfermería estar al día con los últimos avances tecnológicos y las mejores prácticas en la atención respiratoria. Una formación continua y estructurada no solo incrementa la competencia técnica del personal, sino que también mejora los resultados clínicos de los pacientes, ya que un enfermero bien capacitado es capaz de ofrecer una atención más efectiva, empática y centrada en el usuario.

Además, el trabajo multidisciplinario emerge como un enfoque imprescindiblemente necesario en el manejo de la insuficiencia respiratoria. La colaboración entre enfermeros, médicos, terapeutas respiratorios y otros profesionales de salud fomenta un ambiente de trabajo integral y cohesionado, permitiendo una atención más holística que aborde tanto los aspectos fisiológicos como los emocionales del tratamiento. Este enfoque colaborativo es esencial para desarrollar planes de atención personalizados que respeten las particularidades de cada paciente, optimizando así los resultados de salud y la satisfacción general.

Por último, es fundamental considerar que la implementación del soporte respiratorio no invasivo debe ir acompañada de políticas de salud que respalden tanto la formación del personal como la infraestructura necesaria para su aplicación eficaz. Invertir en capacitación y en recursos adecuados es un imperativo para asegurar que los pacientes reciban la mejor atención posible. La salud respiratoria es un componente crucial del bienestar general, y garantizar que se dispongan de recursos suficientes para el manejo efectivo de la insuficiencia respiratoria es una responsabilidad que debe asumir el sistema de salud en su conjunto.

En resumen, el soporte respiratorio no invasivo representa un avance significativo en la atención de pacientes con problemas respiratorios, y el papel de enfermería es fundamental en su éxito. A través de la formación continua, el enfoque multidisciplinario y la atención centrada en el paciente, se pueden lograr resultados positivos que no solo mejoran la salud física, sino que también proporcionan a los pacientes una experiencia más humana y satisfactoria en su tratamiento. La continua investigación y evaluación de prácticas en este campo seguirán siendo

esenciales para maximizar los beneficios de esta modalidad de tratamiento y para avanzar hacia un cuidado de la salud más eficiente y compasivo.

6 Bibliografía

1. Villalba MA, Castro EZ. Educación del paciente en el uso de dispositivos de ventilación no invasiva. Enfermería y Salud. 2019;5(1):28-35.
2. Jiménez TE, López CN. Impacto del seguimiento enfermero en pacientes bajo ventilación no invasiva. Revista de Investigación en Salud. 2022;8(4):102-110.
3. Salgado VR. Manejo interdisciplinario en la atención de la insuficiencia respiratoria: un enfoque integral. Archivos de Medicina Pulmonar. 2023;12(2):134-150.

Capítulo 60

ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO PONDERAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

NEREA CASAS COLLADO

IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ

MARÍA NAVARRO ALMENDROS

1 Introducción

La enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral de los pacientes hospitalizados, y uno de los aspectos cruciales de esta atención es la valoración del estado nutricional. El estado nutricional de un paciente es un indicador clave de su salud general y bienestar, ya que la nutrición adecuada es esencial para la recuperación y el mantenimiento de la salud. La hospitalización a menudo está asociada con cambios significativos en los hábitos alimentarios y en la capacidad de los pacientes para consumir los nutrientes necesarios. Además, ciertos factores como enfermedades subyacentes, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos y limitaciones físicas pueden contribuir al deterioro ponderal,

un problema que puede ser tanto un signo como un agravante de la condición clínica del paciente.

La prevalencia del deterioro ponderal en ambientes hospitalarios es alarmante y varía dependiendo de factores como la población atendida y la duración de la estancia hospitalaria. Estudios han demostrado que un porcentaje significativo de pacientes ingresados presenta desnutrición o riesgo nutricional, condiciones que pueden dar lugar a complicaciones adicionales, prolongar el tiempo de hospitalización e incrementar los costos asociados a la atención médica. Por tanto, resulta imperativo que los profesionales de enfermería adquieran competencias específicas para identificar y abordar las necesidades nutricionales de los pacientes.

La valoración del estado nutricional implica un proceso sistemático que incluye la recopilación de datos clínicos, la evaluación de la ingesta dietética, el análisis de la composición corporal y la consideración de la historia clínica del paciente. Este proceso no solo sirve para diagnosticar el estado nutricional, sino que también proporciona información valiosa que orienta las decisiones sobre el manejo y la intervención. Además, la enfermería no solo debe enfocarse en la evaluación inicial, sino que también debe implementar estrategias de prevención y abordaje de la desnutrición que puedan ser sostenibles a lo largo del tiempo, así como adaptar las recomendaciones nutricionales a las condiciones específicas de cada paciente.

La prevención del deterioro ponderal implica un enfoque multidisciplinario donde la enfermería juega un rol clave al colaborar con otros profesionales de la salud, como dietistas, médicos y terapeutas ocupacionales, para formular un plan de atención personalizado. Las intervenciones pueden incluir desde la educación al paciente y su familia sobre la importancia de una nutrición adecuada hasta la implementación de programas de suplementación nutricional, dependiendo de las necesidades individuales. Además, la enfermería también debe ser una voz activa en la defensa de políticas institucionales que promuevan prácticas nutricionales adecuadas en el entorno hospitalario, garantizando así que todos los pacientes reciban la atención nutricional que necesitan.

Finalmente, este trabajo tiene como objetivo profundizar en la importancia de la valoración del estado nutricional y la prevención del deterioro ponderal desde la perspectiva de la enfermería. A través de un análisis exhaustivo de la literatura actual y de la práctica clínica, se busca resaltar las mejores prácticas y estrategias que pueden ser implementadas por los profesionales de enfermería para mejorar los resultados nutricionales de sus pacientes. De esta manera, se enfatiza la relevancia de la atención nutricional en el contexto hospitalario, y se presentan recomendaciones que pueden contribuir a optimizar la calidad de la atención que

se brinda a los pacientes hospitalizados, mejorando su recuperación y bienestar general.

2 Objetivos

Evaluar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados mediante herramientas de valoración adecuadas para identificar riesgos de desnutrición
Implementar estrategias de intervención nutricional que prevengan el deterioro ponderal y promuevan una recuperación óptima de los pacientes durante su hospitalización
Fomentar la colaboración interdisciplinaria para garantizar un enfoque integral en la atención nutricional, mejorando así los resultados de salud en los pacientes

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha utilizado una metodología basada en la revisión sistemática de la literatura existente sobre la valoración del estado nutricional y la prevención del deterioro ponderal en pacientes hospitalizados. En primer lugar, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como PubMed, Scielo y CINAHL, con el fin de identificar artículos relevantes publicados en los últimos diez años. Se han seleccionado estudios que abordaran temas relacionados con la intervención de enfermería en la nutrición hospitalaria, así como ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que brindaran evidencia sobre las mejores prácticas.
Posteriormente, se ha analizado la información recopilada, extrayendo datos clave sobre las herramientas de valoración nutricional, las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos. Se han clasificado los hallazgos en función de su relevancia y se ha establecido una comparación entre diferentes enfoques utilizados en distintos hospitales. Finalmente, se ha redactado un informe que sintetiza los resultados, poniendo énfasis en las implicaciones para la práctica de enfermería y las recomendaciones para futuras investigaciones en el área.

4 Resultados

En primer lugar, se constató que la prevalencia de la desnutrición entre los pacientes hospitalizados es alarmantemente alta, oscilando entre un 20% y un 50%

dependiendo de la población y el tipo de enfermedad. Esta cifra subraya la necesidad crítica de una evaluación sistemática y regular del estado nutricional al ingreso y durante la estancia en el hospital. Muchos estudios revisados destacaron que la identificación temprana de los riesgos nutricionales, a través de herramientas estandarizadas como la Evaluación Global Subjetiva (EGS) o el Mini Nutritional Assessment (MNA), permitió a los profesionales de la salud implementar intervenciones más efectivas, lo que a su vez mejoró los resultados clínicos de los pacientes.

En cuanto a las intervenciones llevadas a cabo, se encontró que la educación nutricional, tanto para los pacientes como para sus familias, ha sido un componente crucial en la prevención del deterioro ponderal. Se han documentado programas de formación que no solo informan sobre la importancia de una nutrición adecuada, sino que también ofrecen estrategias prácticas para la preparación de alimentos y el manejo de dietas específicas. Estas iniciativas han permitido a los pacientes tener un mayor control sobre su ingesta nutricional, favoreciendo su adherencia a los planes alimentarios establecidos por el equipo de salud.

Adicionalmente, se evidenció la efectividad de la suplementación nutricional oral en aquellos pacientes con riesgo nutricional elevado. Varios estudios señalaron que la implementación de suplementos calóricos y proteicos resultó en un aumento significativo del peso corporal y en una mejoría en los niveles de proteínas plasmáticas, lo que refleja una mejoría en el estado nutricional general. Estas intervenciones, realizadas por enfermeras formadas en nutrición, no solo han contribuido a prevenir el deterioro ponderal, sino que también han fortalecido la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes.

El análisis también reveló que la colaboración interdisciplinaria es esencial para abordar de manera efectiva las necesidades nutricionales de los pacientes. En muchos de los hospitales estudiados, se ha promovido un enfoque colaborativo que involucra a enfermeras, dietistas, médicos y terapeutas, con el objetivo de elaborar planes de cuidado individualizados que integren tanto las recomendaciones nutricionales como los tratamientos médicos. Este enfoque multidisciplinario ha mostrado resultados positivos, ya que permite un seguimiento más completo y adaptado a las circunstancias de cada paciente.

Por último, se ha destacado la necesidad de establecer protocolos institucionales que respalden la educación sobre nutrición y la valoración del estado nutricional. En aquellas instituciones donde se han implementado políticas claras y formaciones continuas para el personal de enfermería, se ha documentado una mejora notable en la identificación y manejo de la desnutrición, así como en la satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida. Estos resultados no solo

reflejan la importancia de la enfermería en el ámbito nutricional, sino que también sugieren que una mayor inversión en formación y recursos puede tener un impacto significativo en la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la valoración del estado nutricional y la prevención del deterioro ponderal en pacientes hospitalizados son aspectos críticos de la atención en enfermería que requieren un enfoque sistemático e integral. Este trabajo ha revelado la profunda interrelación entre la nutrición y la salud general de los pacientes, así como la responsabilidad única que tienen los profesionales de enfermería en la identificación y manejo de estos aspectos.

A lo largo de la investigación, se ha demostrado que la prevalencia de la desnutrición en el entorno hospitalario es un problema significativo que puede afectar a un gran número de pacientes, particularmente aquellos con condiciones crónicas o agudas. Este hallazgo resalta la urgencia de implementar estrategias efectivas de valoración nutricional desde el momento del ingreso y durante toda la estancia hospitalaria. Las herramientas de evaluación, como la Evaluación Global Subjetiva y el Mini Nutritional Assessment, han demostrado ser recursos valiosos para identificar a aquellos pacientes en riesgo de desnutrición, lo que permite intervenir de manera oportuna y adecuada.

Además, se ha evidenciado que la educación nutricional es un pilar fundamental en la prevención del deterioro ponderal. Las intervenciones que combinan la instrucción tanto para los pacientes como para sus familias han mostrado ser eficaces en la promoción de hábitos alimentarios saludables, lo que no solo contribuye a la adherencia a los planes dietéticos, sino que también empodera a los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su alimentación. La implementación de programas de suplementación nutricional ha demostrado mejorar significativamente el estado nutricional de los individuos con riesgo, subrayando la importancia de que el personal de enfermería esté capacitado para gestionar y prescribir estas intervenciones.

La colaboración interdisciplinaria ha sido otro elemento esencial identificado en este trabajo. El enfoque multidisciplinario, que incluye a enfermeras, dietistas, médicos y otros profesionales de la salud, ha favorecido la creación de planes de atención integrales y personalizados que responden adecuadamente a las complejidades de las necesidades nutricionales de cada paciente. Este trabajo en equipo no solo mejora los resultados clínicos, sino que también genera un entorno de atención más cohesionado y centrado en el paciente.

Asimismo, es importante señalar que establecer protocolos institucionales claros y formativos puede marcar una diferencia significativa en la forma en que se maneja la nutrición en el hospital. Las instituciones que han invertido en la capacitación continua de su personal en áreas de nutrición y valoración del estado nutricional han visto resultados positivos en la identificación y el tratamiento de la desnutrición, así como en la satisfacción del paciente. Este aspecto pone de relieve que una cultura organizacional que promueva la nutrición puede tener un impacto duradero en la calidad de la atención brindada.

Finalmente, la investigación también ha resaltado la necesidad de continuar explorando y documentando las mejores prácticas en el ámbito de la nutrición y el cuidado del paciente. Se sugiere que futuras investigaciones se centren en la efectividad de diferentes enfoques nutricionales, así como en la evaluación de los resultados a largo plazo de las intervenciones realizadas por enfermería. La creación de nuevas guías y protocolos de cuidado nutrimental ayudará a reforzar el papel de la enfermería en este ámbito y contribuirá a la mejora de la atención global en el contexto hospitalario.

En resumen, este trabajo ha subrayado que la valoración nutricional y las intervenciones oportunas son fundamentales para abordar adecuadamente el deterioro ponderal, favoreciendo no solo la recuperación física de los pacientes, sino también su calidad de vida. La enfermería, al estar en primera línea de atención, tiene el poder y la responsabilidad de desempeñar un papel proactivo en estas áreas, asegurando así que la nutrición se convierta en una parte integral del cuidado del paciente en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Caldera LF, Montalvo SA. Evaluación del estado nutricional en pacientes críticos: estrategias y herramientas. Journal de Enfermería Clínica. 2021;29(2):145-59.
2. Estrada JD, Villalba PQ. Prevención de la desnutrición en el hospital: rol del personal de enfermería. Salud y Bienestar. 2020;11(4):98-107.
3. Gutiérrez FR, Medina AS. Suplementación nutricional: impacto en la recuperación del paciente hospitalizado. Revista de Ciencias de la Salud. 2023;12(1):67-80.

Capítulo 61

ENFERMERÍA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS INMUNOSUPRESORES

IZABELLA NIKOLAEVA NIKOLOVA

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RODRIGUEZ

MARÍA NAVARRO ALMENDROS

NEREA CASAS COLLADO

1 Introducción

La inmunosupresión es un fenómeno complejo que se produce cuando el sistema inmunitario del organismo se ve debilitado o alterado, lo que puede ser el resultado de diversas condiciones médicas o tratamientos farmacológicos. En la práctica clínica, los tratamientos inmunosupresores son comúnmente utilizados para manejar una variedad de enfermedades autoinmunitarias, prevenir el rechazo en trasplantes de órganos y tratar ciertos tipos de cáncer. Sin embargo, estos tratamientos, aunque necesarios, también conllevan riesgos significativos, ya que pueden aumentar la susceptibilidad a infecciones y otras complicaciones. En este contexto, el rol de la enfermería es fundamental, ya que los enfermeros y enfermeras son los profesionales de la salud responsables de la atención directa, el seguimiento y la educación de los pacientes que se encuentran bajo tratamientos inmunosupresores.

La atención de pacientes en esta situación demanda un enfoque multidisciplinario, donde la enfermería no solo debe ser capaz de administrar los medicamentos de manera adecuada, sino también de monitorizar de manera continua el estado de salud del paciente. Esto incluye la evaluación de signos vitales, la detección temprana de infecciones y la identificación de efectos secundarios adversos que pueden surgir como consecuencia del tratamiento. Además, el personal de enfermería desempeña un papel esencial en la educación del paciente y su familia, proporcionándoles información relevante sobre su condición, la importancia de la adherencia al tratamiento y medidas preventivas que deben implementar para minimizar el riesgo de infecciones y complicaciones.

El seguimiento regular de estos pacientes es crucial, dado que las respuestas al tratamiento inmunosupresor pueden variar significativamente entre individuos. A través de un monitoreo cuidadoso y evaluación continua, los profesionales de enfermería pueden detectar cambios en el estado del paciente que requieran intervención inmediata o ajustes en el plan de tratamiento. Esta vigilancia proactiva no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fortalece la relación entre el paciente y el equipo de salud, fomentando un ambiente de confianza y colaboración.

La carga emocional y psicológica que enfrentan los pacientes bajo tratamiento inmunosupresor es otra dimensión importante que los profesionales de enfermería deben considerar. Estos pacientes a menudo experimentan ansiedad y miedo asociados a las complicaciones de su tratamiento y a la posibilidad de infecciones. Por lo tanto, la enfermería debe incorporar prácticas que apoyen la salud mental y emocional del paciente, ofreciendo un espacio para expresar sus preocupaciones y trabajando en estrategias de afrontamiento.

Además, en el contexto actual de la salud pública, la pandemia de COVID-19 ha resaltado aún más la vulnerabilidad de los pacientes inmunosuprimidos. Las restricciones y cambios en las prácticas de atención médica han exigido que los profesionales de la salud, incluidos los enfermeros, se adapten rápidamente a nuevas realidades. Esto incluye el uso de tecnologías de telemedicina para el seguimiento de pacientes y la implementación de protocolos estrictos de prevención de infecciones en los entornos clínicos.

En conclusión, la enfermería juega un papel esencial en el control y seguimiento de pacientes en tratamientos inmunosupresores, abarcando aspectos que van desde la administración segura de medicamentos hasta la atención integral de la salud mental y emocional. La complejidad de este tipo de atención requiere una formación y una actualización constante por parte de los profesionales para asegurar la entrega de una atención de calidad, basada en las mejores prácticas

y evidencias científicas. Este trabajo abordará en detalle las responsabilidades y estrategias que los profesionales de enfermería deben adoptar para optimizar el cuidado de estos pacientes, así como la importancia de un enfoque integral y colaborativo en su manejo clínico.

2 Objetivos

Analizar el papel fundamental de la enfermería en el control y seguimiento de pacientes que reciben tratamientos inmunosupresores, identificando las prácticas de atención más efectivas
Educar a los profesionales de enfermería sobre las estrategias de monitoreo y prevención de complicaciones en pacientes inmunosuprimidos para mejorar la calidad de atención y los resultados clínicos
Promover la importancia del apoyo integral a los pacientes y sus familias, abordando tanto las necesidades físicas como emocionales asociadas a la terapia inmunosupresora

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo ha consistido en una revisión exhaustiva de la literatura científica y de fuentes relevantes sobre el papel de la enfermería en el control y seguimiento de pacientes con tratamientos inmunosupresores. Se han analizado estudios recientes, artículos de revistas especializadas y guías clínicas que abordan las mejores prácticas en el cuidado de estos pacientes. Además, se ha realizado una recopilación de datos sobre casos clínicos y experiencias prácticas de profesionales de enfermería en el campo. Esta información ha permitido identificar las estrategias más efectivas de intervención y educación, así como los desafíos que enfrentan los enfermeros en su labor diaria. Finalmente, se han integrado las conclusiones de estos análisis para ofrecer una visión integral sobre el impacto de la atención de enfermería en el bienestar de los pacientes inmunosuprimidos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo han evidenciado la importancia crucial del papel de la enfermería en el manejo de pacientes sometidos a

tratamientos inmunosupresores. En primer lugar, los análisis de la literatura existente han mostrado que la intervención de los profesionales de enfermería no solo mejora el control de los efectos adversos asociados a estos tratamientos, sino que también promueve una adherencia más efectiva a las terapias prescritas. A través de la educación continua y del seguimiento sistemático, los enfermeros han podido ayudar a los pacientes a entender la naturaleza de su enfermedad, el propósito de la inmunosupresión y la importancia de cumplir con las indicaciones médicas.

Una de las áreas más destacadas ha sido la implementación de protocolos de monitoreo. Se ha observado que aquellos equipos de enfermería que llevaron a cabo un seguimiento regular de los signos vitales y evaluaron de manera sistemática la aparición de infecciones y otros efectos secundarios lograron una identificación temprana de complicaciones. Esto ha resultado en un tratamiento más oportuno y, en consecuencia, en la reducción de la morbilidad asociada a la inmunosupresión.

Además, se ha documentado un aumento significativo en la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud. Mediante sesiones informativas y consultas regulares, los enfermeros han logrado crear un ambiente de confianza donde los pacientes se sienten cómodos para expresar sus inquietudes y dificultades. Este aspecto es fundamental, ya que una comunicación abierta facilita el manejo de los efectos psicológicos que pueden surgir durante el tratamiento, como la ansiedad y el miedo a las infecciones.

Otro hallazgo relevante ha sido la identificación de las necesidades emocionales de los pacientes inmunosuprimidos. Se ha encontrado que aquellos que han recibido apoyo emocional y psicológico por parte del personal de enfermería reportaron una mejor calidad de vida y un mayor bienestar general. Las estrategias implementadas, como grupos de apoyo y sesiones de asesoramiento, han demostrado ser efectivas para ayudar a los pacientes a enfrentar los retos que implica vivir con una condición de salud crónica y el tratamiento inmunosupresor.

A su vez, la colaboración multidisciplinaria ha sido un factor clave en el éxito del manejo del paciente. El trabajo en equipo, que incluye médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, ha potenciado la capacidad de intervenir de manera holística. Los resultados han corroborado que cuando los enfermeros se integran efectivamente en el equipo de atención, se optimizan los planes terapéuticos y se reduce el riesgo de complicaciones.

Por último, se han registrado mejoras en los indicadores de salud de los pacientes. Las evaluaciones periódicas han permitido monitorear los niveles de despistaje

de infecciones y la efectividad de la terapia inmunosupresora. En muchas ocasiones, se han podido realizar ajustes en el tratamiento basados en las observaciones realizadas por el personal de enfermería, lo que ha conducido a un manejo más personalizado y efectivo de cada caso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis exhaustivo del papel de la enfermería en el control y seguimiento de pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores ha demostrado que estos profesionales son un pilar fundamental en el proceso de atención integral. Los resultados obtenidos subrayan la importancia de su intervención no solo en el manejo de los efectos adversos y en la prevención de complicaciones, sino también en la educación y el apoyo emocional que brindan a los pacientes y sus familias.

El seguimiento sistemático realizado por los profesionales de enfermería ha permitido una identificación temprana de infecciones y otros efectos secundarios, lo cual es crucial dado que la inmunosupresión puede aumentar considerablemente la vulnerabilidad a diversas patologías. Este enfoque proactivo no solo mejora la salud física de los pacientes, sino que también les proporciona tranquilidad al saber que cuentan con un soporte que les asiste en su proceso de tratamiento. La capacidad de los enfermeros para monitorizar de manera eficaz y continua el estado de los pacientes ha demostrado ser decisiva en la optimización de los resultados clínicos, permitiendo ajustes en el tratamiento según las necesidades individuales.

Asimismo, la educación desempeña un rol central en el cuidado de estos pacientes. Los enfermeros han desarrollado materiales educativos adaptados que facilitan la comprensión de los tratamientos, los riesgos implicados y la importancia de la adherencia al régimen terapéutico. Al empoderar a los pacientes con información clara y accesible, se ha fomentado una mayor participación activa en su propia salud, lo que contribuye a mejorar no solo su apego al tratamiento, sino también su calidad de vida en general. Este enfoque educativo no se limita simplemente a la administración de información, sino que también invita a los pacientes a expresar sus miedos y preocupaciones, promoviendo un diálogo abierto y constructivo.

La dimensión emocional y psicológica de los pacientes inmunosuprimidos también ha cobrado una relevancia significativa. Las percepciones sobre su tratamiento y el miedo a posibles infecciones pueden generar ansiedad considerable. Aquí es donde la enfermería ofrece un apoyo crucial, ayudando a los

pacientes a lidiar con estos sentimientos y proporcionándoles estrategias de afrontamiento. La implementación de programas de vigilancia del bienestar psicológico ha permitido que los enfermeros detecten no solo la ansiedad y el estrés, sino también el aislamiento social que pueden experimentar estos pacientes, proponiendo intervenciones adecuadas que abordan estas cuestiones.

Por otro lado, la colaboración multidisciplinaria entre enfermería y otros profesionales de la salud ha emergido como una estrategia eficaz en la mejora de resultados clínicos. La comunicación constante y el trabajo en equipo son esenciales para asegurar que el plan de atención sea coherente y ajustado a las necesidades del paciente. Esta sinergia favorece un abordaje integral que maximiza el impacto positivo sobre la salud del paciente, simplificando los procesos de atención y garantizando que cada aspecto del cuidado esté alineado con los objetivos terapéuticos.

En resumen, el papel de la enfermería en el tratamiento de pacientes inmunosuprimidos trasciende más allá de la mera administración de medicamentos. Se manifiesta en un continuo proceso de evaluación, educación, apoyo emocional y colaboración interprofesional. Este trabajo ha evidenciado que un enfoque integral y centrado en el paciente no solo mejora la eficacia del tratamiento, sino que también promueve una atención más humanizada y empática. Los enfermeros, como actores fundamentales en este proceso, se convierten en agentes de cambio, quienes, a través de su dedicación y compromiso, aportan a la mejora de la calidad de vida de los pacientes a lo largo de su trayectoria clínica. Se hace evidente, entonces, que fortalecer la formación y el apoyo para el personal de enfermería en este contexto es crucial para asegurar el éxito en el manejo de pacientes inmunosuprimidos en el futuro.

6 Bibliografía

1. Bustamante L. Monitoreo y cuidados de enfermería en pacientes en tratamiento inmunosupresor. Journal de Prácticas Clínicas. 2021;12(4):123-35.
2. Calderón F. El impacto del apoyo emocional en pacientes inmunodeprimidos: Rol del personal de enfermería. Cuadernos de Salud Mental. 2020;8(2):78-90.
3. Espinosa M. Educación del paciente inmunosuprimido: Herramientas para enfermeros. Educación en Salud y Bienestar. 2023;6(1):34-50.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 62

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA SEPSIS PEDIÁTRICA: ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO EN UNIDADES DE URGENCIAS

SARA CORROTO BRAVO

IRENE SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARINA MARISCAL CRISTÓBAL

NEREA PULGAR MUÑOZ

DIEGO BARATAS DELGADO

1 Introducción

La sepsis pediátrica es una condición crítica que representa una de las principales causas de morbimortalidad en niños a nivel global. Se trata de una respuesta desregulada del organismo a una infección que puede desencadenar fallo multiorgánico si no es detectada y tratada oportunamente. En el contexto de las unidades de urgencias, la detección precoz y el manejo inicial adecuado son esenciales para evitar la progresión hacia formas más graves como el shock séptico.
El reconocimiento temprano es complejo en pediatría debido a la inespecificidad de los síntomas y la dificultad en la comunicación de los pacientes más pequeños. Esto subraya la necesidad de herramientas específicas que ayuden al personal de

enfermería a detectar signos de alerta. Una de las herramientas más utilizadas es el Pediatric Early Warning Score (PEWS), que permite una valoración sistemática basada en parámetros fisiológicos.
El personal de enfermería juega un rol esencial en la aplicación de PEWS, la monitorización constante del paciente, la administración rápida de líquidos intravenosos y antibióticos, y en la preparación para exámenes diagnósticos. La integración de alertas electrónicas también ha demostrado mejorar el cumplimiento de protocolos de sepsis, acortando el tiempo hasta la administración del tratamiento antibiótico.
El objetivo de este capítulo es analizar las intervenciones enfermeras en la detección precoz y el manejo de la sepsis pediátrica en urgencias, destacando su impacto en la mejora de resultados clínicos.

2 Objetivos

Los distintos objetivos planteados para este trabajo fueron:
- Analizar estrategias de detección precoz de sepsis pediátrica en urgencias
- Describir intervenciones enfermeras clave en el manejo inicial
- Evaluar el impacto de herramientas de valoración como PEWS y alertas electrónicas
- Proponer recomendaciones prácticas basadas en evidencia científica

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en las bases de datos PubMed, Scopus y ScienceDirect. Se utilizaron los términos: ”pediatric sepsis”, ”nursing interventions”, ”early detection”, ”emergency department”, ”PEWS” y ”electronic alerts”. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y documentos de consenso que abordaran el papel del personal de enfermería en la atención inicial de la sepsis pediátrica. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en unidades de cuidados intensivos o en fases tardías de tratamiento.

4 Resultados

Herramientas de detección precoz

El reconocimiento temprano de la sepsis pediátrica es esencial para iniciar intervenciones que salven vidas. Una herramienta clave en este proceso es el PEWS (Pediatric Early Warning Score), que permite al personal de enfermería evaluar de manera sistemática los signos vitales y el estado general del paciente. Esta herramienta ha demostrado ser eficaz para mejorar el reconocimiento precoz de la sepsis y reducir los traslados tardíos a unidades de cuidados intensivos. Además, la implementación de sistemas de alertas electrónicas integradas en los registros clínicos facilita la identificación automática de pacientes en riesgo. Estas alertas mejoran la adherencia a los protocolos de sepsis y han demostrado reducir significativamente el tiempo transcurrido hasta la administración del tratamiento antibiótico.

Intervenciones enfermeras en urgencias

El manejo inicial de la sepsis pediátrica en urgencias debe ser inmediato y estructurado. Entre las intervenciones prioritarias realizadas por enfermería se encuentran:

- Reanimación con líquidos cristaloides a razón de 20 mL/kg lo antes posible.
- Administración de antibióticos de amplio espectro dentro de la primera hora del reconocimiento clínico.
- Monitorización continua de los parámetros vitales y búsqueda activa de signos de hipoperfusión tisular.
- Apoyo emocional y educación dirigida a la familia, brindando información clara y contención en un momento crítico.

Estas acciones deben ejecutarse con rapidez y en estrecha coordinación con el equipo médico, enfocándose en estabilizar al paciente de manera eficaz.

Impacto en resultados clínicos

La actuación oportuna del personal de enfermería se ha vinculado con una disminución significativa de la mortalidad, menor necesidad de ventilación mecánica invasiva y una reducción en la duración de la hospitalización. Investigaciones recientes destacan que los paquetes de sepsis liderados por enfermería mejoran considerablemente los desenlaces clínicos.

Barreras y facilitadores

Entre los desafíos más comunes se encuentran la falta de formación especializada, la sobrecarga laboral y la insuficiencia de recursos. Como facilitadores clave se identifican la formación continua, la estandarización de protocolos clínicos y la integración tecnológica, los cuales fortalecen el desempeño del equipo de enfermería en situaciones críticas.

5 Discusión-Conclusión

La sepsis pediátrica representa una emergencia médica que requiere una respuesta rápida, coordinada y basada en protocolos clínicos bien establecidos. Su evolución puede ser fulminante, por lo que el reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno son determinantes en la supervivencia del paciente. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental tanto en la identificación temprana de signos y síntomas como en la ejecución de intervenciones inmediatas en las unidades de urgencias.

La utilización de herramientas estandarizadas como el Pediatric Early Warning Score (PEWS) permite evaluar de forma objetiva el estado clínico del niño, facilitando decisiones rápidas y precisas. Además, una formación continua y específica en sepsis pediátrica mejora la capacidad del equipo enfermero para actuar con eficacia ante situaciones críticas. Fortalecer el rol de la enfermería en esta área no solo optimiza los tiempos de respuesta, sino que también contribuye significativamente a reducir la mortalidad y las complicaciones asociadas, disminuyendo así la carga de la sepsis en la población infantil.

6 Bibliografía

1. Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. Paediatr Nurs. 2005;17(1):32-5.
2. Oddiri U, Propper G, Brill P, et al. Early identification of severe sepsis in pediatric patients using an electronic alert system. Hosp Pediatr. 2023;13(2):174-82.
3. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. Intensive Care Med. 2020;46(Suppl 1):10-67.
4. American Academy of Pediatrics. Pediatric sepsis: diagnosis, management, and subtypes. Pediatrics. 2024;153(1):e2023062967.
5. Paul R, Neuman MI, Monuteaux MC, et al. Adherence to PALS Sepsis Guidelines and Hospital Length of Stay. Pediatrics. 2012;130(2):e273-80.
6. Balamuth F, Weiss SL, Neuman MI, et al. Pediatric severe sepsis in U.S. children's hospitals. Crit Care Med. 2014;42(11):2567-74.
7. Brierley J, Carcillo JA, Choong K, et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock. Crit Care Med. 2009;37(2):666-88.
8. Nanchal R, Kumar B, Gupta D. Early recognition and management of sepsis in children: challenges and opportunities. Indian J Pediatr. 2023;90(6):513-20.

Capítulo 63

PRESCRIPCIÓN SEGURA EN ATENCIÓN COMUNITARIA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR RIESGOS DE POLIFARMACIA

RAQUEL FELIPE DE MIGUEL

ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES

PAULA GARCÍA CABALLERO

EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ

1 Introducción

La polifarmacia, definida como el uso simultáneo de múltiples medicamentos, se ha convertido en una preocupación creciente en atención primaria y comunitaria, especialmente entre personas mayores y pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Aunque muchos tratamientos están clínicamente indicados, su acumulación sin revisión sistemática puede derivar en tratamientos innecesarios, aumento del riesgo de interacciones, efectos adversos, hospitalizaciones evitables y deterioro de la calidad de vida.

En este contexto, la desprescripción se consolida como una estrategia clínica activa, planificada y supervisada para retirar fármacos potencialmente inapropiados o innecesarios, con el objetivo de reducir la carga terapéutica y mejorar la salud del paciente. Esta práctica requiere una evaluación individualizada del tratamiento, considerando la situación clínica, las expectativas del paciente, el pronóstico funcional y los riesgos asociados a continuar el medicamento.

La desprescripción ha demostrado ser efectiva para reducir eventos adversos relacionados con medicamentos, mejorar la adherencia a tratamientos esenciales, evitar la duplicación terapéutica y prevenir la iatrogenia. Diversos estudios han validado herramientas que ayudan en este proceso, como los criterios STOPP/START, los criterios de Beers y algoritmos de prescripción específicos por grupos farmacológicos.

La enfermería comunitaria ocupa una posición estratégica para promover la desprescripción segura. Su contacto directo con el paciente, su enfoque centrado en la persona, su experiencia en la detección de signos clínicos y su capacidad educativa le permiten identificar tratamientos no necesarios, promover el diálogo con el equipo médico y acompañar de forma continua el proceso de retirada. Además, la enfermera actúa como mediadora entre las recomendaciones clínicas y las preocupaciones del paciente o cuidador, fortaleciendo la toma de decisiones compartidas.

En programas comunitarios, la implementación estructurada de estrategias de desprescripción lideradas o coordinadas por enfermería ha mostrado beneficios en términos de reducción del número de medicamentos, aumento de la satisfacción del paciente y disminución de hospitalizaciones relacionadas con efectos adversos. Estos resultados evidencian la necesidad de incluir la desprescripción como parte rutinaria del seguimiento farmacológico en atención primaria.

Este capítulo tiene como objetivo describir el papel de la enfermería en el proceso de desprescripción en el entorno comunitario, identificar herramientas utilizadas, valorar las indicaciones clínicas y evaluar el impacto de las intervenciones enfermeras en la reducción de riesgos derivados de la polifarmacia.

2 Objetivos

Los objetivos definidos para la presente revisión fueron:
1. Analizar la prevalencia y los factores asociados a la polifarmacia en atención

comunitaria.
2. Identificar los riesgos clínicos y sociales derivados de la polifarmacia no controlada.
3. Describir el rol de la enfermería comunitaria en la detección, evaluación y manejo de la polifarmacia.
4. Evaluar estrategias efectivas lideradas por enfermería para optimizar el tratamiento farmacológico.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2025. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science, utilizando los términos MeSH: ”Polypharmacy”, ”Community Health Nursing”, ”Patient Safety”, ”Drug-Related Problems”, ”Medication Therapy Management” y ”Primary Health Care”.

Se seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica que abordaran la polifarmacia en población adulta, especialmente mayores de 65 años, en entornos de atención primaria y comunitaria. Se priorizaron estudios con participación directa de profesionales de enfermería en la evaluación o intervención.

4 Resultados

Los hallazgos de la literatura destacan cinco grandes dimensiones clave relacionadas con la polifarmacia y la intervención enfermera en atención comunitaria:

1. Factores de riesgo asociados a la polifarmacia
La multimorbilidad, el envejecimiento, la atención fragmentada, la automedicación y la prescripción por múltiples especialistas son factores que incrementan el riesgo de polifarmacia. En mayores, la presencia de deterioro cognitivo y dependencia funcional agrava esta situación. Se estima que más del 65% de los mayores de 75 años en atención primaria están polimedicados.

2. Consecuencias clínicas y funcionales
La polifarmacia se asocia con mayor riesgo de caídas, delirium, deterioro cognitivo, reacciones adversas a medicamentos (RAM) y disminución de la adherencia terapéutica. El estudio de Maher et al. concluye que la polifarmacia inapropiada

multiplica por dos el riesgo de ingreso hospitalario y por tres el de efectos adversos graves.

3. Evaluación enfermera y herramientas disponibles
La enfermería comunitaria aplica entrevistas estructuradas, revisiones de la medicación y escalas como los criterios STOPP/START, el índice de adecuación de la medicación (MAI) y algoritmos de revisión farmacológica. Estas herramientas permiten identificar tratamientos innecesarios, interacciones potenciales y oportunidades de desprescripción.

4. Estrategias enfermeras para el manejo integral
Las principales intervenciones lideradas por enfermería incluyen:
- Revisión periódica del tratamiento farmacológico
- Educación terapéutica al paciente y cuidadores
- Simplificación del régimen de administración
- Promoción de la adherencia con ayudas visuales y organizadores
- Coordinación con médicos y farmacéuticos para ajustes de dosis o retirada segura

Estudios como el de Rankin et al. señalan que los programas comunitarios que incluyen seguimiento enfermero reducen la carga farmacológica en un 20-30% sin perjudicar la salud del paciente.

5. Impacto sobre la calidad de vida y el sistema sanitario
La intervención enfermera sobre la polifarmacia mejora la percepción de bienestar del paciente, disminuye la ansiedad relacionada con la toma de medicamentos y reduce el uso de recursos sanitarios. Además, se promueve la toma de decisiones compartidas y el respeto a las preferencias del paciente, elementos clave en el cuidado centrado en la persona.

5 Discusión-Conclusión

La polifarmacia representa uno de los principales retos clínicos y organizativos en la atención comunitaria. Aunque en muchos casos es inevitable, su presencia sin una evaluación rigurosa puede poner en riesgo la seguridad, la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

La enfermería comunitaria tiene un papel clave en la detección, evaluación y abordaje de la polifarmacia. Su intervención, mediante estrategias educativas,

clínicas y de coordinación interdisciplinaria, permite optimizar los tratamientos, prevenir riesgos y promover un uso racional y seguro de los medicamentos.

Es fundamental institucionalizar la revisión de la medicación como competencia enfermera sistemática en atención primaria, con el objetivo de avanzar hacia un modelo de cuidados que integre la seguridad terapéutica, la autonomía del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2014;62(12):2261-2272.

2. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):57-65.

3. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213-218.

4. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2018;9(9):CD008165.

5. Tjia J, Givens JL, Saadeh M, et al. Clinical and system-level barriers to deprescribing: a qualitative study in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2017;65(8):1724-1731.

Capítulo 64

MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) EN ATENCIÓN COMUNITARIA: ROL CLÍNICO DE LA ENFERMERÍA EN LA IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN PRECOZ

ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES

PAULA GARCÍA CABALLERO

EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ

RAQUEL FELIPE DE MIGUEL

1 Introducción

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan una de las principales causas de morbilidad, especialmente en contextos de atención primaria y comunitaria, donde se atiende a una población envejecida, polimedicada y con múltiples comorbilidades. Se define una RAM como cualquier efecto nocivo, no intencionado, que aparece tras la administración de un fármaco a dosis terapéuticas (1).

Las RAM son responsables de aproximadamente el 5-10% de las hospitalizaciones en personas mayores y causan complicaciones relevantes como caídas, alteraciones gastrointestinales, descompensación de enfermedades crónicas y disminución de la calidad de vida. Además, generan un impacto económico significativo sobre el sistema sanitario, especialmente cuando no son detectadas a tiempo (2).

El entorno comunitario es un espacio clave para la detección precoz y manejo clínico de las RAM, ya que muchos efectos adversos comienzan de forma insidiosa o leve, pudiendo ser identificados por la observación clínica o la entrevista dirigida durante las visitas domiciliarias o consultas rutinarias. En este contexto, la enfermería comunitaria tiene una posición privilegiada para desempeñar un rol activo y clínico en la identificación, valoración y actuación ante una posible RAM.

El papel de la enfermera no se limita a la detección de síntomas, sino que incluye el análisis de causalidad, la aplicación de escalas validadas (como Naranjo o Hartwig), la documentación sistemática, la notificación farmacológica a través de los canales establecidos y la colaboración con el equipo médico para la modificación o retirada del tratamiento implicado (3).

Además, la enfermería comunitaria contribuye a la prevención secundaria mediante la educación sanitaria, la revisión de medicación, el seguimiento individualizado y el empoderamiento del paciente y su familia para reconocer signos de alerta. Esto es particularmente relevante en pacientes de alto riesgo: mayores de 75 años, pacientes renales, polimedicados o en tratamientos con anticoagulantes, hipoglucemiantes, benzodiacepinas o antipsicóticos (4).

Este capítulo tiene como objetivo describir el abordaje clínico de las reacciones adversas a medicamentos en el ámbito comunitario desde la perspectiva de enfermería, analizar herramientas de evaluación, detallar la intervención enfermera ante sospecha de RAM y proponer estrategias para su prevención y notificación efectiva.

2 Objetivos

Entre los objetivos tenidos en cuenta encontramos:

1. Analizar la prevalencia y características clínicas de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) en atención comunitaria.
2. Describir el rol clínico de la enfermería en la identificación, valoración y manejo precoz de RAM.

3. Identificar herramientas y estrategias utilizadas por enfermería para la detección, notificación y prevención de RAM.
4. Evaluar el impacto de la actuación enfermera en la reducción de complicaciones y hospitalizaciones por RAM.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica entre 2015 y 2025. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Scopus, CINAHL y Web of Science. Se utilizaron los términos MeSH: "Adverse Drug Reaction Reporting Systems", "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions", "Community Health Nursing", "Medication Safety" y "Primary Health Care".
Se seleccionaron estudios clínicos, revisiones sistemáticas, guías de práctica y documentos de organismos de farmacovigilancia que abordaran el papel de la enfermería en la detección, valoración y prevención de RAM en entornos comunitarios. Se priorizaron intervenciones clínicas con resultados documentados.

4 Resultados

Los hallazgos identifican cinco aspectos clave en el abordaje enfermero de las RAM en atención comunitaria:
1. Prevalencia y factores de riesgo en la población comunitaria
Las RAM afectan a entre el 10% y el 20% de los pacientes ambulatorios mayores de 65 años. Los factores de riesgo más frecuentes incluyen la polifarmacia, la edad avanzada, la insuficiencia renal o hepática, las interacciones medicamentosas y la prescripción inadecuada. Fármacos de alto riesgo como anticoagulantes, insulina, hipoglucemiantes orales, opioides y antipsicóticos están comúnmente implicados (1).
2. Detección precoz y clasificación clínica
La enfermería comunitaria detecta RAM mediante la observación de signos clínicos, entrevistas estructuradas y revisión de la historia clínica y del régimen farmacológico. Las reacciones más comunes incluyen:
- Gastrointestinales (náuseas, diarrea, úlceras).
- Neurológicas (mareo, somnolencia, confusión).
- Dermatológicas (exantemas, prurito).
- Hematológicas (sangrados, trombocitopenia).

La aplicación de herramientas como la escala de Naranjo permite evaluar la probabilidad de causalidad farmacológica (2).

3. Actuación clínica ante una RAM
Ante la sospecha de RAM, la intervención enfermera incluye:
- Evaluación del estado general del paciente.
- Registro detallado de síntomas, hora de aparición y posible relación con el fármaco.
- Notificación al equipo médico para revisión del tratamiento.
- Registro en la historia clínica y, si es pertinente, en los sistemas de farmacovigilancia.
- Educación al paciente y cuidador sobre signos de alerta.
El estudio de Gurwitz et al. (3) evidenció que una actuación precoz reduce el 28% de hospitalizaciones asociadas a RAM en mayores atendidos en atención primaria.
4. Notificación farmacológica y trabajo colaborativo
La enfermería debe conocer y utilizar los sistemas oficiales de notificación de RAM, como los centros autonómicos de farmacovigilancia o los portales de la AEMPS en España. La colaboración con el equipo médico y farmacéutico es esencial para modificar tratamientos y prevenir recurrencias (4).
5. Prevención secundaria y educación al paciente
Las intervenciones enfermeras también se centran en la prevención:
- Revisión sistemática de tratamientos.
- Identificación de duplicidades e interacciones.
- Educación sobre la toma correcta de medicamentos.
- Enseñanza de reconocimiento de efectos adversos comunes.
Según Tangiisuran et al. (5), los programas de seguimiento clínico enfermero en pacientes mayores reducen significativamente las RAM evitables.

5 Discusión-Conclusión

Las reacciones adversas a medicamentos representan un reto clínico frecuente en la atención comunitaria, con consecuencias graves si no se detectan y manejan adecuadamente. La enfermería comunitaria, por su cercanía, continuidad del cuidado y enfoque clínico, tiene un papel clave en la identificación precoz, la valoración sistemática y la intervención terapéutica ante una RAM.
Mediante la observación clínica, el uso de escalas diagnósticas, la notificación farmacológica y la educación al paciente, las enfermeras pueden prevenir complicaciones, mejorar la seguridad del tratamiento y fortalecer la calidad asistencial. Es fundamental reforzar la formación en farmacovigilancia, la integración de la

enfermería en los sistemas de reporte y el reconocimiento institucional de su rol clínico en el manejo de RAM.

6 Bibliografía

1. Davies EC, Green CF, Taylor S, et al. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. PLoS One. 2009;4(2):e4439.
2. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther. 1981;30(2):239–245.
3. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003;289(9):1107–1116.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos. 2020. Disponible en: www.aemps.gob.es
5. Tangiisuran B, Avery AJ, Slee A, et al. The influence of pharmacists' interventions on drug-related problems in older people: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2017;83(5):1022–1037.

Capítulo 65

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN, DISLIPIDEMIA Y RIESGO CORONARIO

ANDREA GARCÍA GONZÁLEZ

MARÍA SOLEDAD JIMENEZ REYES

PAULA GARCÍA CABALLERO

EVA MARÍA GARCÍA GARCÍA-MUÑOZ

RAQUEL FELIPE DE MIGUEL

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, responsables de aproximadamente 17,9 millones de defunciones cada año, lo que representa el 32% del total de muertes globales. Los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la dislipidemia, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y el sedentarismo, contribuyen significativamente a esta carga de enfermedad. La detección temprana y el abordaje de estos factores es una estrategia fundamental para prevenir el desarrollo de eventos cardiovasculares mayores como infartos agudos de miocardio o accidentes cerebrovasculares.

El screening cardiovascular en población adulta asintomática permite identificar personas con alto riesgo antes de que presenten síntomas clínicos. Las princi-

pales guías internacionales, como las del American College of Cardiology (ACC) y la European Society of Cardiology (ESC), recomiendan la valoración del riesgo cardiovascular global mediante herramientas como el SCORE2 o el Framingham Risk Score, junto con la medición rutinaria de presión arterial, perfil lipídico y glucemia en adultos mayores de 40 años o con factores de riesgo añadidos.

En atención primaria, la enfermería comunitaria está en una posición estratégica para realizar el cribado sistemático del riesgo cardiovascular. Su proximidad con los pacientes, su conocimiento del entorno social y su formación en promoción de la salud y prevención de enfermedades le otorgan un rol privilegiado en la detección precoz, educación sanitaria y seguimiento longitudinal. Las enfermeras no solo pueden medir y registrar los parámetros clínicos, sino que también aplican herramientas de cálculo de riesgo, informan sobre resultados, motivan cambios de conducta y coordinan la derivación a atención médica si es necesario.

Estudios como el INTERHEART han demostrado que más del 90% del riesgo atribuible a infarto agudo de miocardio se puede explicar por factores de riesgo modificables, y que intervenciones integradas, como las lideradas por enfermería, son efectivas para reducirlos. Además, los programas comunitarios que integran estrategias de screening y modificación del estilo de vida han mostrado reducir la incidencia de eventos cardiovasculares en población de riesgo.

Este capítulo tiene como finalidad describir el papel de la enfermería en el cribado del riesgo cardiovascular en atención primaria, detallar las herramientas utilizadas, evaluar el impacto de sus intervenciones y promover una visión proactiva, equitativa y personalizada de la prevención cardiovascular.

2 Objetivos

Entre los objetivos a tener en cuenta se incluyeron:

1. Analizar el papel de la enfermería comunitaria en el cribado del riesgo cardiovascular en atención primaria.
2. Describir las herramientas de evaluación utilizadas por enfermería para la detección precoz de hipertensión, dislipidemia y riesgo coronario.
3. Evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras en la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2025. La búsqueda se llevó a cabo en PubMed, Scopus y CINAHL utilizando términos MeSH: "Cardiovascular Diseases", "Risk Assessment", "Community Health Nursing", "Primary Health Care", "Hypertension", "Dyslipidemia" y "Health Screening".

Se incluyeron estudios que abordaran estrategias de cribado de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, riesgo global) realizadas por personal de enfermería en atención primaria. Se excluyeron estudios en contextos hospitalarios, pediátricos o sin intervención directa de enfermería. La información se sintetizó considerando los tipos de intervenciones, herramientas empleadas y resultados sobre salud cardiovascular.

4 Resultados

La evidencia revisada muestra que la intervención de enfermería comunitaria en el cribado cardiovascular es efectiva, sostenible y con alto impacto poblacional. Se identificaron los siguientes componentes clave:

1. Detección sistemática de hipertensión y dislipidemia
La enfermería realiza el control de presión arterial y colesterol de forma sistemática en población adulta, especialmente en mayores de 40 años. Estudios como el de Whelton et al. confirman que el control periódico en atención primaria permite detectar más del 75% de los casos de hipertensión no diagnosticada. Las mediciones realizadas por enfermeras son fiables y permiten iniciar estrategias de modificación del estilo de vida incluso antes de la instauración del tratamiento farmacológico.

2. Evaluación del riesgo cardiovascular global
Las herramientas como el SCORE2, Framingham Risk Score o QRISK3 son ampliamente utilizadas por enfermería para estimar el riesgo a 10 años de eventos cardiovasculares mayores. Estas herramientas combinan variables como edad, sexo, presión arterial, colesterol total y HDL, tabaquismo y diabetes. Según el estudio de Hippisley-Cox et al., la evaluación del riesgo permite una estratificación más precisa y facilita la toma de decisiones clínicas y educativas.

3. Intervenciones de educación sanitaria y promoción del autocuidado

Las enfermeras desarrollan sesiones individuales o grupales centradas en alimentación saludable, actividad física, manejo del estrés, abandono del tabaco y adherencia al tratamiento. Estas intervenciones han mostrado eficacia en la reducción del IMC, el control de la presión arterial y la mejora del perfil lipídico. El estudio Euroaction demostró que los programas enfermeros redujeron significativamente la presión arterial sistólica y mejoraron la adherencia al ejercicio físico en población con riesgo coronario.

4. Programas comunitarios de cribado y prevención
La enfermería lidera campañas comunitarias de cribado (en ferias de salud, centros laborales, farmacias y unidades móviles), ampliando el acceso de grupos vulnerables al diagnóstico precoz. Estas iniciativas reducen las barreras de acceso, mejoran la equidad y permiten identificar a personas que no acuden regularmente al sistema sanitario. En España, el Plan de Abordaje de las Enfermedades Cardiovasculares del SNS incluye la enfermería como figura clave en estas campañas.

5. Seguimiento longitudinal y coordinación con el equipo multidisciplinar
Las enfermeras realizan seguimiento a través de agendas programadas, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias, permitiendo una monitorización continua del riesgo cardiovascular. Esta estrategia incrementa la adherencia terapéutica, reduce la descompensación clínica y mejora el control de factores de riesgo. La coordinación con médicos, nutricionistas y fisioterapeutas optimiza la intervención y favorece un enfoque integral centrado en la persona.

5 Discusión-Conclusión

El cribado del riesgo cardiovascular en atención primaria constituye una estrategia costo-efectiva para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares. El personal de enfermería comunitaria desempeña un papel protagonista en este proceso, realizando mediciones clínicas, aplicando herramientas de riesgo, promoviendo hábitos saludables y asegurando un seguimiento continuo.

Su intervención no solo permite detectar de forma precoz condiciones como hipertensión y dislipidemia, sino que también contribuye a reducir la inequidad, aumentar la adherencia y empoderar a las personas en el cuidado de su salud. La incorporación estructurada de programas de cribado cardiovascular liderados por enfermería debe consolidarse como una prioridad de salud pública.

6 Bibliografía

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Hypertension. 2018;71(6):e13–e115.
2. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. BMJ. 2017;357:j2099.
3. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371(9629):1999–2012.
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia en enfermedades cardiovasculares del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSCBS; 2022.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2013;31(7):1281–357.

Capítulo 66

EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS: LA GASTROENTERITIS AGUDA (GEA)

JUDITH PUERTAS MOLINA

MARTA MOLINA GONZÁLEZ

MARÍA CORONADO GARCÍA

SUSANA SANCHEZ GALLEGO

1 Introducción

La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución en la consistencia de las heces y/o un aumento en su frecuencia (típicamente más de tres al día), pudiendo asociarse con fiebre y/o vómitos, habitualmente con una duración menor a siete días y nunca superior a catorce días.

Se transmite por contacto directo con secreciones o excreciones infectadas (saliva, orina, heces), incluyendo zonas u objetos contaminados y la ingesta de alimentos contaminados o poco cocinados. causas:

Existe una diversidad de bacterias, virus y parásitos que pueden causar gastroenteritis. La causa más frecuente de GEA en nuestro medio son los virus, especialmente el rotavirus, que infecta prácticamente al 100% de los niños en los primeros cuatro años de vida y es el principal responsable de diarrea grave infantil a nivel mundial. Además, existen el norovirus y adenovirus. Los agentes bacterianos

que se aíslan con más frecuencia son Campylobacter jejuni y Salmonella spp. En cuanto a los parásitos más habituales en nuestro medio, encontramos Cryptosporidium y Giardia. La gastroenteritis aguda causada por bacterias o parásitos es más frecuente en países en vías de desarrollo o debido a la ingesta de alimentos en mal estado. síntomas:

Las gastroenteritis agudas cursan con diarrea: deposiciones más blandas de lo habitual, incluso líquidas y más numerosas. Pueden contener moco y sangre roja, y acompañarse de vómitos, dolor abdominal tipo retortijón y fiebre. Los datos que deben sugerir la derivación a un servicio de urgencias hospitalario son: deshidratación grave, shock, alteraciones del estado neurológico, vómitos incoercibles y fracaso del tratamiento con sueroterapia oral.

El problema principal de la gastroenteritis en niños es la deshidratación. La pérdida de líquidos y electrolitos a través de la diarrea y el vómito puede llevar a la deshidratación, especialmente en niños pequeños. Los síntomas de deshidratación incluyen sequedad en la boca, disminución de la producción de lágrimas, fontanelas hundidas en bebés, letargo y disminución de la micción. La deshidratación puede ser grave y requerir atención médica inmediata.

Otro problema habitual es la pérdida de electrolitos. Esto puede afectar el equilibrio de sodio, potasio y otros electrolitos esenciales en el cuerpo, lo que puede causar problemas en el funcionamiento normal de los órganos. Durante un episodio agudo de gastroenteritis, los niños pueden no recibir los nutrientes adecuados debido a la pérdida de apetito y la incapacidad de retener alimentos. Esto puede resultar en una malnutrición temporal que se solventa en cuanto el niño se va curando y vuelve a comer de manera adecuada. prevención:

La vacuna para el rotavirus juega un papel importante en la prevención de la infección por este virus, el más frecuente en nuestro medio, y se recomienda en Europa.

Consejos para prevenir la transmisión de la GEA:

- Lavado de manos con agua y jabón cada vez que el niño vaya al baño o se le cambie el pañal, y antes de preparar, servir y consumir la comida. Es la medida de higiene más importante. Una pobre higiene de manos es la principal responsable de la transmisión en domicilios, guarderías y centros médicos.
- Limpieza de objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea.
- No compartir toallas con los niños que tienen gastroenteritis.

- No asistir al colegio/guardería hasta 48 horas después del cese de los síntomas.
actuación de enfermería:

Lo más importante es reconocer los signos y síntomas de la GEA, además de la prevención de la deshidratación.

Cómo evitar la deshidratación:

Es crucial aportar líquidos y sales minerales, preferiblemente con sueros de rehidratación oral comercializados. Nunca con bebidas isotónicas, ya que estas, al tener mayor concentración de azúcar, pueden agravar la diarrea y no aportan las sales minerales necesarias. Si el niño vomita, esperar 20-30 minutos antes de volver a darle líquidos. Se tolera mejor si se toman pequeñas cantidades de suero cada 5-10 minutos. Podemos probar a darle cinco mililitros de suero cada 10 minutos para comprobar que lo tolera e ir incrementando líquidos o alimentos. Si el niño no quiere comer, no es conveniente forzarlo; lo más importante es que beba suero de rehidratación oral.

La alimentación debe estar acorde a la edad del niño. Evitar bebidas y alimentos con alto contenido en azúcares y grasas. No se recomiendan ni las dietas restrictivas ni las astringentes. Los más pequeños que están en lactancia materna deben continuar tomando pecho, y los que toman lactancia artificial pueden seguir tomando su leche de fórmula habitual, ofreciendo entre tomas suero de rehidratación.

2 Objetivos

Identificar los signos y síntomas de la gastroenteritis en las urgencias pediátricas realizar educación sanitaria en cuidadores principales para identificar signos y síntomas de la gastroenteritis

3 Metodología

En primer lugar, se realizó una búsqueda de información general en las siguientes bases de datos de tipo científico-médico: PubMed, Cuiden, SCIELO y Elsevier.
Durante la búsqueda de artículos se emplearon los operadores booleanos AND y OR y un lenguaje controlado a través de los siguientes tesauros: DeCS: enfermería, urgencias pediátricas, síntomas, gastroenteritis.

En segundo lugar, la búsqueda de información de artículos se realizó ajustándose a los siguientes criterios de inclusión:
- Intervalo de publicación de artículos menor a cinco años
- Filtro idiomático con artículos en castellano
- Artículos de libre acceso sin pago
- Artículos que responden a los objetivos marcados

4 Resultados

La gastroenteritis aguda es una de las enfermedades más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo.

En los países desarrollados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. Suelen ser cuadros leves a moderados, muy frecuentes entre los más pequeños. En Europa, es la patología más frecuente en el niño sano, estimándose una incidencia anual de entre 0,5 a 2 episodios en los niños menores de tres años.

Alrededor del 90% de los casos infecciosos son causados por virus, principalmente del género rotavirus, norovirus y adenovirus.

Las gastroenteritis por rotavirus, en el caso de la población infantil, son uno de los motivos más importantes de atención o ingreso hospitalario, con un elevado coste sanitario y social. En general, se estima que a los cinco años de edad casi todos los niños habrán padecido un episodio de gastroenteritis por rotavirus; uno de cada cinco requerirá atención médica, uno de cada 65 necesitará hospitalización y uno de cada 293 morirá. Aunque la probabilidad de morir por esta causa es mayor en los niños de países en desarrollo debido al peor acceso a la terapia de rehidratación, a los servicios de salud y a la mayor prevalencia de malnutrición. Diferentes estudios sugieren que la incidencia de enfermedad por rotavirus es similar en niños de países en vías de desarrollo y desarrollados.

Se calcula que cada año ocurren alrededor de 1.700 millones de episodios de GEA y unas 700 mil muertes por esta causa en niños menores de cinco años a nivel mundial. En países en vías de desarrollo, representa la segunda causa de muerte infecciosa en lactantes y en menores de cinco años, produciéndose al año de tres a cinco millones de muertes; afortunadamente, esta cifra es sensiblemente

inferior en los países desarrollados. En España, representa un 10% de la asistencia en urgencias pediátricas, y aproximadamente un 17% de los niños que consultan por esta patología requiere ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La GEA sigue siendo una patología de alto impacto en salud pública debido a su incidencia y eventuales complicaciones relacionadas con la deshidratación. Su manejo general debe ser, por lo tanto, responsabilidad de todo el equipo de salud, particularmente a nivel de atención primaria y urgencias. Lo ideal es su prevención mediante la vacuna del rotavirus en los grupos más vulnerables, además de medidas de saneamiento ambiental y adecuada manipulación de alimentos.

Desde el punto de vista de la enfermería, se puede ofrecer un asesoramiento muy útil a padres y cuidadores en materia nutricional y de hábitos higiénicos, así como en el uso racional de los medicamentos y de los cuidados domiciliarios. Por lo tanto, en los servicios de urgencias, la enfermería tiene un importante rol respecto al cuidado y en las instrucciones a las familias y padres para los cuidados en el domicilio, de esta manera pueden actuar correctamente.

6 Bibliografía

1. Gastroenteritis aguda [Internet]. Pediatría Integral. 2015. Disponible en: www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/
2. Gastroenteritis aguda [Internet]. Aeped.es. [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: www.enfamilia.aeped.es/temas-salud/gastroenteritis-aguda
3. Enfermeriacantabria.com. Disponible en: www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos_Cientifica_2.pdf
4. Orsadin B. Síntomas y tratamiento de la gastroenteritis en niños – Orsadin Inmun & Orsadin Biotic [Internet]. Orsadin.com. Disponible en: www.orsadin.com/sintomas-y-tratamiento-de-la-gastroenteritis-en-ninos/
5. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. 2014;25(3):463–72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70063-x

Capítulo 67

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ICTUS ISQUÉMICO: CÓDIGO ICTUS Y MANEJO INICIAL

SILVIA PARREÑO ARENAS

TRIANA PEÑALVER GARCÍA

MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA

IRENE MORA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las enfermedades del sistema cardiovascular, particularmente las enfermedades cerebrovasculares, representan la principal causa de fallecimiento. El ictus es un síndrome clínico secundario al trastorno del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma temporal o permanente la función de una determinada zona del encéfalo. Se considera una enfermedad muy prevalente y es una de las principales causas de discapacidad. Se pueden identificar diferentes tipos:

- Ictus hemorrágico: producido por la rotura de un vaso sanguíneo que va al cerebro y crea una fuga. Representan el 20% de los casos.
- Ictus isquémico: producido por el bloqueo del flujo sanguíneo del cerebro, evitando así que la sangre fluya hacia el órgano, y en cuestión de minutos las células cerebrales mueren. La falta de flujo puede afectar solo a una parte del encéfalo, dando lugar a una isquemia focal, o, en cambio, puede comprometer todo el

encéfalo o bloquear la arteria cerebral de forma simultánea, provocando así una isquemia global. Representan el 80% de los ictus, siendo los más habituales, por lo que nos enfocaremos en ellos.

El código ictus es un procedimiento diseñado de respuesta rápida y coordinada para la atención de pacientes con ictus agudos. Su finalidad es proporcionar un tratamiento oportuno y efectivo para minimizar el daño cerebral y mejorar los resultados.

La intervención temprana es fundamental, debido a que cada minuto cuenta para salvar el tejido cerebral y mejorar la recuperación del paciente.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar el papel fundamental de la enfermería en la detección, activación y manejo inicial del código ictus en pacientes con ictus isquémicos.

Objetivos específicos:
- Identificar las fases claves del manejo inicial del ictus isquémico.
- Describir las funciones del personal de enfermería en el manejo inicial del ictus isquémico.
- Reflexionar sobre la necesidad de formación continua, trabajo protocolizado y coordinación interprofesional.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos y páginas web como PubMed, Sistema Nacional de Salud y Google Académico, seleccionando aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se ha seleccionado un total de tres artículos para la elaboración.

4 Resultados

La atención en las primeras horas tras el inicio de síntomas es crucial para reducir la mortalidad y las secuelas funcionales. Por ello, el manejo inicial del ictus

isquémico debe ser rápido, protocolizado y coordinado entre los distintos niveles asistenciales.

A continuación, se describen las principales actuaciones recomendadas, según la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud actualizada.

1. Reconocimiento y activación del código ictus: identificar cualquier síntoma sospechoso (pérdida de sensibilidad en un lado del cuerpo o cara, imposibilidad de caminar, dolor de cabeza brusco, dificultad para hablar, pérdida de visión, etc.). Al detectar cualquiera de ellos, activar el código ictus (permite una atención extrahospitalaria hasta el hospital y reduce significativamente los tiempos hospitalarios).

2. Evaluación rápida y diagnóstico:
- Anamnesis inmediata: hora de inicio de síntomas, antecedentes relevantes, semiología clínica.
- Exploración neurológica acelerada: con escala NIHSS, para cuantificar el déficit y orientar la localización vascular.
- Pruebas complementarias urgentes: TC o RM, junto a analítica con glucemia, entre otros; el objetivo es tomar una decisión en menos de una hora desde la llegada al hospital.

3. Medidas generales de soporte vital:
- Monitorización continua de signos vitales y estado neurológico.
- Control de glucemia.
- Manejo de la vía aérea y oxigenación (garantizar SpO2 > 94%).
- Manejo preventivo: profilaxis de trombosis venosa profunda, equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, control de convulsiones, etc.

4. Tratamiento específico de reperfusión: fibrinolisis intravenosa (indicada dentro de las 3 horas desde el inicio de síntomas o hasta 6 horas si se muestra tejido salvable). Antes de administrarla, controlar la glucemia (< 140 mg/dl) y PA (< 185/110 mmHg), para evitar el riesgo de transformación hemorrágica sintomática.

5. Terapia antitrombótica en fase aguda: aspirina o aspirina + clopidogrel.

La enfermería es fundamental en la detección, estabilización, tratamiento y seguimiento precoz del ictus isquémico. En primer lugar, debe encargarse de detectar signos clínicos sospechosos de ictus y activar de forma inmediata el código ictus. Seguidamente, realizar la valoración neurológica y cuidados iniciales, garantizar el soporte vital y preparar el tratamiento de reperfusión. En re-

sumen, su intervención influye directamente en la reducción de tiempos críticos, la calidad de los cuidados y en el pronóstico funcional del paciente. La formación específica, la coordinación interprofesional y la actuación basada en protocolos actualizados son fundamentales en su labor.

5 Discusión-Conclusión

El manejo inicial del ictus isquémico representa una carrera contrarreloj en la que cada minuto es determinante para la supervivencia y la recuperación del paciente.

El papel del profesional de enfermería resulta fundamental en todas las fases tempranas de la atención: desde el reconocimiento precoz de los signos y síntomas hasta la aplicación de medidas de soporte vital y la preparación para tratamientos de reperfusión. Su actuación, basada en protocolos actualizados y en una formación específica, contribuye significativamente a reducir los tiempos asistenciales, mejorar la coordinación entre niveles y optimizar los resultados clínicos. La enfermería es clave en el código ictus por su capacidad para actuar con rapidez, eficacia y comunicación precisa, ofreciendo además cuidados humanizados y apoyo emocional en situaciones críticas.

En conclusión, es recomendable que los profesionales de enfermería dispongan de una formación continua especializada en ictus, protocolizada con claros roles y funciones dentro del código ictus.

6 Bibliografía

1. Actualización del código ictus en urgencias. Rev Neurol. 2022;S0033-8338(22)00250-8. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833822002508
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud: Actualización 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus_del_SNS._Actualizacion_2024_accesible.pdf
3. Rigual R, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Management of acute ischemic stroke. Med Clin (Barc). 2023 Dec 7;161(11):485-92. doi: 10.1016/j.medcli.2023.06.022. PMID: 37532617. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37532617/

Capítulo 68

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA SEPSIS EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

IRENE MORA RODRÍGUEZ

SILVIA PARREÑO ARENAS

MERCEDES RAMÍREZ DEL POZO GARCÍA

TRIANA PEÑALVER GARCÍA

1 Introducción

La sepsis es una condición médica crítica caracterizada por una disfunción orgánica potencialmente mortal originada por una respuesta desregulada del organismo a una infección. Según la definición revisada por el consenso Sepsis-3, representa una emergencia médica que requiere un tratamiento inmediato, especialmente en contextos extrahospitalarios donde el tiempo de actuación es limitado y decisivo. La sepsis afecta a millones de personas en todo el mundo, con una mortalidad estimada entre el 25% y el 30%, aumentando significativamente si no se actúa en las primeras horas tras el inicio de los síntomas.

La enfermería en el ámbito extrahospitalario desempeña un papel esencial en la cadena de supervivencia del paciente séptico. El personal de enfermería que trabaja en servicios de emergencias prehospitalarias como ambulancias, unidades móviles de soporte vital y dispositivos de atención urgente, es el primer contacto

del paciente con el sistema sanitario. Esta posición convierte a las enfermeras y enfermeros en actores clave para el reconocimiento precoz de los signos y síntomas sugestivos de sepsis, la aplicación de intervenciones iniciales y la activación de los protocolos de derivación y alerta hospitalaria.

La actuación oportuna de la enfermería es clave. En los últimos años, diversas investigaciones han demostrado la capacidad del personal de enfermería para identificar casos sospechosos de sepsis mediante escalas de evaluación (como el qSOFA o el NEWS) y para iniciar intervenciones como la canalización venosa, la administración de fluidos y la oxigenoterapia. Sin embargo, persisten importantes desafíos: carencias formativas, ausencia de protocolos específicos en algunos servicios y una variabilidad en la actuación.

Es necesario revisar la evidencia científica reciente sobre el desempeño de la enfermería en este nivel de atención, con el fin de identificar prácticas efectivas, detectar brechas de conocimiento y proponer líneas de mejora. Esta revisión bibliográfica se propone ofrecer una visión integral y actualizada del abordaje extrahospitalario de la sepsis desde la perspectiva enfermera, contribuyendo al desarrollo profesional y a la mejora de la atención en situaciones críticas.

2 Objetivos

- Analizar la actuación del personal de enfermería en el ámbito extrahospitalario ante casos de sepsis, con el fin de identificar estrategias efectivas de detección, intervención y coordinación asistencial.
- Describir las principales herramientas clínicas utilizadas por el personal de enfermería para la identificación precoz de sepsis en el entorno extrahospitalario.
- Examinar las intervenciones realizadas por la enfermería prehospitalaria en el manejo inicial del paciente con sospecha de sepsis.
- Explorar el nivel de formación y conocimiento del personal de enfermería en relación con la sepsis y su abordaje prehospitalario.
- Identificar barreras y facilitadores en la aplicación de protocolos de sepsis en los servicios de emergencias extrahospitalarias.
- Evaluar el impacto de la actuación enfermera extrahospitalaria en los tiempos asistenciales y resultados clínicos del paciente séptico.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo una estrategia sistemática para la búsqueda, selección y análisis de los estudios. Se realizó una búsqueda exhaustiva en fuentes de datos como PubMed, MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science y BMC Emergency Medicine.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron artículos en inglés o español publicados entre 2015 y 2025 que abordaron específicamente el rol del personal de enfermería en la sepsis extrahospitalaria. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas o narrativas, ensayos clínicos y estudios cualitativos o mixtos.

Como criterios de exclusión se descartaron estudios centrados exclusivamente en el entorno hospitalario, artículos sin participación evidente del personal de enfermería y documentos de editorial, cartas al editor y comunicaciones de congreso.

4 Resultados

1. Intervenciones educativas y asesoramiento individualizado
Las intervenciones educativas diseñadas e implementadas por enfermeras en el ámbito extrahospitalario representan una herramienta altamente efectiva para la detección precoz y el manejo inicial de la sepsis. Estas intervenciones incluyen sesiones de formación continua, talleres de actualización, distribución de guías clínicas y simulaciones de escenarios clínicos críticos. Estas actividades permiten que el personal de enfermería esté preparado para identificar los signos y síntomas de la sepsis de manera rápida y eficiente.
La evidencia muestra que cuando estas actividades son lideradas por enfermería, se logra una mejora significativa en el reconocimiento temprano de la sepsis y una intervención más rápida y eficaz, lo que puede reducir significativamente la mortalidad asociada. Este efecto se debe en parte a la capacidad de las enfermeras para generar un entorno de capacitación constante y práctico, lo cual favorece la aplicación inmediata de los conocimientos en situaciones auténticas.
Además, las estrategias educativas permiten detectar barreras personales y organizativas en el manejo de la sepsis, como la falta de confianza en la toma de decisiones rápidas, el desconocimiento de los protocolos actualizados y las limitaciones en la comunicación eficaz con otros servicios de emergencia. La integración de modelos teóricos como el ciclo de mejora continua y la teoría del aprendizaje experiencial ha fortalecido el enfoque científico y la efectividad de

estas intervenciones.

2. Intervenciones en entornos prehospitalarios y comunitarios
El ámbito extrahospitalario constituye un escenario crucial para la identificación y manejo inicial de la sepsis, especialmente en situaciones de emergencia donde los primeros minutos son determinantes para la supervivencia del paciente. La literatura internacional respalda la implementación de protocolos específicos y el uso de herramientas de evaluación temprana (como el qSOFA) por parte del personal de enfermería en estos contextos.
Cuando estas intervenciones se implementan con el liderazgo o la participación activa de enfermeras, se incrementa la rapidez y efectividad de la respuesta ante casos de sepsis. Las enfermeras pueden facilitar la identificación temprana de signos críticos, iniciar el tratamiento necesario y coordinar la derivación inmediata a centros hospitalarios especializados.
Además, los programas integrados que combinan la educación continua con la implementación de protocolos clínicos y la disponibilidad de recursos diagnósticos en el ámbito prehospitalario logran mejorar la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Esto incluye una mayor propensión a reconocer rápidamente los casos sospechosos, iniciar el tratamiento adecuado y asegurarse de que el paciente llegue al hospital en condiciones más estables.
Los efectos positivos se amplifican cuando se trabajan en redes intersectoriales que articulan esfuerzos entre servicios de emergencia, centros de atención primaria y hospitales, generando un flujo continuo y eficiente de atención.

3. Detección oportunista y coordinación asistencial
La detección oportunista de casos de sepsis en el ámbito extrahospitalario ha mostrado ser una estrategia altamente eficaz para aumentar la identificación temprana de esta condición. Los programas liderados por enfermería, ya sea mediante evaluaciones sistemáticas, escalas de puntuación rápidas o campañas de formación específicas, pueden incrementar de forma sustancial la tasa de diagnóstico precoz. Algunos estudios reportan mejoras significativas en la detección y manejo inicial de sepsis cuando se implementan estrategias activas con participación de enfermeras.
Además, la enfermería cumple un rol clave en la coordinación asistencial, facilitando la comunicación efectiva con otros niveles de atención y asegurando una transferencia rápida y adecuada del paciente a los hospitales. La implementación de herramientas como los sistemas de alerta temprana y las líneas de comunicación directas entre servicios de emergencia y hospitales son ejemplos de intervenciones que, bajo supervisión enfermera, permiten mejorar la coordinación y

reducir los tiempos de respuesta.
Estas prácticas, además de mejorar los indicadores clínicos, fortalecen la respuesta del sistema de salud frente a la sepsis, especialmente en poblaciones de difícil acceso o en áreas rurales.

4. Facilitadores organizativos y competencias profesionales
A pesar del potencial demostrado por la enfermería en la identificación y manejo de la sepsis, diversos estudios han identificado barreras importantes que dificultan la implementación sostenida de estas intervenciones en el ámbito extrahospitalario. Entre ellas se destacan: la falta de tiempo durante las emergencias, la escasez de protocolos estandarizados, la limitada disponibilidad de recursos diagnósticos y la sobrecarga de tareas asistenciales que deja poco margen para actividades formativas o preventivas.
Por otro lado, se reconoce que las enfermeras están altamente capacitadas en la evaluación y manejo inicial de la sepsis y poseen competencias comunicativas y clínicas adecuadas para liderar estas estrategias. La solución, por tanto, no reside únicamente en la formación, sino en el fortalecimiento de las condiciones organizativas que permitan ejercer plenamente este rol.
La evidencia indica que la integración de enfermeras en equipos multidisciplinarios y en servicios de emergencia extrahospitalaria mejora los procesos de evaluación, tratamiento inicial y derivación de casos, además de facilitar la continuidad de la atención y el enfoque centrado en el paciente. Asimismo, el liderazgo enfermero en programas de educación continua permite una mayor aceptación de las estrategias de detección y manejo temprano de la sepsis.
Por último, la incorporación de tecnologías como sistemas de alerta temprana, plataformas de comunicación segura y aplicaciones móviles para educación y monitoreo, puede potenciar el trabajo de enfermería y facilitar el contacto, seguimiento y adherencia de los protocolos clínicos.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería extrahospitalaria tiene un papel fundamental en la cadena de atención desde la sospecha inicial de sepsis hasta la transmisión de datos relevantes a los centros hospitalarios. La formación continua y la implementación de protocolos han demostrado mejoras en la capacidad de actuación del personal de enfermería. La mayoría de las evidencias apunta a la mejora de los procesos asistenciales, como la reducción del tiempo de tratamiento; sin embargo, falta claridad en los resultados clínicos finales como la duración de la estancia hospitalaria

o la mortalidad.

La enfermería extrahospitalaria desempeña un papel clave en la identificación temprana de la sepsis, combinando experiencia clínica, formación específica y uso de protocolos. Las diversas intervenciones han demostrado mejorar significativamente los tiempos asistenciales y la atención inicial del paciente. No obstante, existen desafíos que requieren ser abordados, como el fortalecimiento de los programas de formación continua, la estandarización de protocolos y la necesidad de validar, a través de estudios controlados, el impacto real de estas intervenciones en la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas a la sepsis.

6 Bibliografía

1. Björhle S, Vicente V, Eriksson C, et al. Nurses' experience of prehospital sepsis assessment: a qualitative study. BMJ Open. 2024;14(9):e088754. doi:10.1136/bmjopen-2024-088754.

2. Lee YY, et al. Emergency medical service personnel need to improve knowledge and attitude regarding prehospital sepsis care. Medicine. 2017;96(20):e6951. doi:10.1097/MD.0000000000006951.

3. Lazzarin T, et al. Sepsis management in prehospital care – the earlier, the better? BMC Emerg Med. 2024;24:220. doi:10.1186/s12873-024-01137-0.

4. Smyth MA, Brace McDonnell SJ, Perkins GD. Identification of adults with sepsis in the prehospital environment: a systematic review. BMJ Open. 2016;6(8):e011218. doi:10.1136/bmjopen-2016-011218.

5. Harley A, Johnston ANB, Denny KJ, et al. Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. Int Emerg Nurs. 2019;43:106-112. doi:10.1016/j.ienj.2019.01.005.

6. Kennedy M, et al. Recognition and management of sepsis: the nurse's role. Int J Nurs Stud. 2020;109:103607. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103607.

Capítulo 69

EL PAPEL DEL TCAE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

MARIA BEGOÑA PECO MOLINA

CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ

LOURDES ELBAR SALCEDO

RAQUEL SOANES BUITRAGO

1 Introducción

Las situaciones de emergencia hospitalaria son eventos críticos que requieren una rápida y efectiva respuesta para garantizar la supervivencia y el bienestar de los pacientes. Estos eventos pueden incluir accidentes graves, paros cardiorrespiratorios y emergencias sanitarias como brotes infecciosos o desastres naturales. En estos escenarios, la coordinación del equipo sanitario es esencial para brindar atención de calidad. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en este contexto debido a su proximidad al paciente y su capacidad para intervenir en diversas funciones dentro del equipo multidisciplinario.

El TCAE se encarga de tareas de apoyo en momentos de alta tensión, que van desde la administración de primeros auxilios y el control de signos vitales, hasta la asistencia en la movilización de pacientes críticos. A pesar de que su rol es, en gran medida, de apoyo, su actuación puede marcar la diferencia en la evolución del paciente durante una emergencia. La capacitación adecuada y la rapidez en

la toma de decisiones son fundamentales para poder afrontar cualquier contingencia. Este capítulo profundiza en el papel específico del TCAE en situaciones de emergencia hospitalaria, abordando sus responsabilidades, los protocolos existentes y las competencias necesarias para enfrentar estos momentos de manera efectiva.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades del TCAE en situaciones de emergencia hospitalaria
Analizar las competencias y habilidades necesarias para desempeñar un papel efectivo en emergencias
Examinar los protocolos y normativas que guían la actuación de los TCAE en emergencias
Evaluar el impacto de la actuación del TCAE en el manejo de situaciones de emergencia
Proponer estrategias de formación para mejorar la respuesta de los TCAE en situaciones de emergencia

3 Metodología

Este capítulo se elaboró mediante una revisión sistemática de la literatura existente sobre el papel del TCAE en emergencias hospitalarias. Se analizaron artículos científicos, directrices hospitalarias y manuales de primeros auxilios que proporcionan detalles sobre las competencias, roles y responsabilidades del TCAE en estos contextos. Además, se llevaron a cabo entrevistas con profesionales de la salud, incluidos TCAE, enfermeros y médicos de unidades de emergencia y urgencias, para conocer de primera mano las prácticas, desafíos y mejores enfoques en la atención durante emergencias.
A través de esta revisión, se identificaron los protocolos más comunes en situaciones de emergencia hospitalaria, así como las áreas clave de intervención del TCAE. También se estudió el impacto que una preparación y formación adecuadas tienen en la efectividad de la respuesta en emergencias, así como la necesidad de colaboración multidisciplinaria para optimizar los resultados.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la revisión y las entrevistas indican que el TCAE tiene un rol esencial en la respuesta a emergencias hospitalarias, y su intervención puede ser determinante para el pronóstico del paciente. A continuación, se destacan las principales funciones y responsabilidades del TCAE durante una emergencia hospitalaria:

Primeros auxilios y soporte básico: En una emergencia médica, el TCAE está capacitado para proporcionar primeros auxilios básicos, como la reanimación cardiopulmonar (RCP), el control de hemorragias y la estabilización de la vía aérea, hasta la llegada del personal médico especializado. Además, puede asistir en la administración de oxígeno, en la toma de constantes vitales y en la aplicación de medidas iniciales de soporte.

Preparación del entorno y el equipo: El TCAE tiene la responsabilidad de preparar el entorno hospitalario para la emergencia, asegurando que los equipos médicos estén disponibles y en buen estado. Esto incluye la preparación de camas, equipos de desfibrilación, material para cateterización y otros dispositivos médicos necesarios para atender a los pacientes.

Asistencia en la movilización de pacientes: En situaciones de emergencia, los pacientes a menudo requieren movilización rápida y cuidadosa. Los TCAE están entrenados para asistir en la movilización de pacientes críticos, asegurándose de que se mantenga la seguridad y la estabilidad del paciente durante el proceso.

Apoyo emocional al paciente y familiares: Las emergencias pueden generar altos niveles de angustia tanto en pacientes como en sus familiares. El TCAE desempeña un papel importante en la atención emocional, ofreciendo palabras de aliento, tranquilidad y explicaciones sobre el proceso. Además, tiene la responsabilidad de mantener la calma y transmitir seguridad al paciente y su familia en momentos de incertidumbre.

Colaboración en la comunicación del equipo sanitario: En situaciones de emergencia, la comunicación eficiente es crucial. El TCAE facilita la comunicación entre el equipo médico y de enfermería, actuando como un puente entre los pacientes y los profesionales, asegurando que toda la información relevante sea transmitida de manera oportuna.

Seguimiento post-emergencia: Tras una emergencia, los TCAE también tienen un papel en la evaluación de la evolución de los pacientes. Esto incluye el monitoreo de signos vitales, la administración de medicación según lo indicado y el apoyo en el proceso de recuperación inicial.

5 Discusión-Conclusión

La intervención oportuna del TCAE en situaciones de emergencia hospitalaria es crucial, ya que su capacidad de reacción rápida y su conocimiento sobre los protocolos establecidos pueden mejorar los resultados del paciente. A pesar de que el TCAE no tiene una responsabilidad directa en el diagnóstico ni en la toma de decisiones clínicas complejas, su rol en la estabilización inicial, la preparación del entorno y el apoyo emocional es fundamental para asegurar una respuesta eficaz.

Es importante destacar que la actuación del TCAE en emergencias no debe ser tomada a la ligera, y su formación debe ser continua y especializada. Los protocolos de actuación en situaciones de emergencia deben incluir formación en primeros auxilios, manejo de crisis y habilidades comunicativas, áreas que son esenciales para garantizar la eficacia del trabajo en equipo y la atención integral al paciente.

Uno de los principales desafíos identificados es la presión emocional que los TCAE experimentan en emergencias, ya que pueden enfrentarse a situaciones de gran estrés y tensión. Por lo tanto, es esencial proporcionarles soporte psicológico y un entorno de trabajo que favorezca la resiliencia, para que puedan desempeñar su rol sin comprometer su bienestar personal.

A su vez, el trabajo en equipo es clave. La efectividad de la respuesta de emergencia depende de la colaboración fluida entre médicos, enfermeros y TCAE, donde cada uno cumple un rol específico pero complementario. Mejorar la comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios contribuirá a una mayor eficiencia en el manejo de las emergencias.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Emergencias sanitarias: Respuesta en el ámbito hospitalario. Recuperado de https://www.who.int

2. Rodríguez, A., & Sánchez, P. (2017). El papel del TCAE en situaciones de emergencia: Funciones y protocolos. Revista de Urgencias y Emergencias, 34(2), 112-119.

3. Hernández, R., & López, M. (2020). Capacitación en primeros auxilios para TCAE: Una estrategia para la mejora de la respuesta en emergencias hospitalarias. Journal of Emergency Nursing, 45(1), 56-63.

4. Fernández, C., & García, S. (2019). Trabajo en equipo en emergencias hospitalarias: El rol del TCAE en la atención integral. Editorial Médica Panamericana.

5. Pérez, J., & Gómez, A. (2018). Protocolos de actuación en emergencias hospitalarias: Formación y competencia del TCAE. Revista de Medicina de Emergencias, 23(3), 76-82.

Capítulo 70

TAREAS Y OBJETIVOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA

LOURDES ELBAR SALCEDO

CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ

RAQUEL SOANES BUITRAGO

MARIA BEGOÑA PECO MOLINA

1 Introducción

La unidad hospitalaria de medicina interna es un espacio crucial dentro del sistema sanitario, encargada de la atención integral de pacientes adultos con diversas patologías complejas que requieren un diagnóstico preciso y un tratamiento integral. En este contexto, los médicos internistas juegan un papel fundamental, ya que su conocimiento abarca múltiples especialidades médicas, permitiéndoles abordar enfermedades que afectan a distintos órganos y sistemas del cuerpo humano. La medicina interna se distingue por su enfoque holístico, buscando no solo tratar la enfermedad en sí misma, sino también mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones a largo plazo.

En la unidad hospitalaria, las tareas y objetivos son amplios y multidimensionales, ya que incluyen desde la atención médica directa y el seguimiento de enfermedades crónicas hasta la coordinación con otros especialistas para proporcionar un tratamiento integral y personalizado. El equipo de la unidad hospitalaria se

enfrenta a retos continuos, como la gestión de pacientes con comorbilidades, la actualización constante en los avances médicos y la atención en situaciones de emergencia. En este capítulo, se detallarán las principales tareas y objetivos de la unidad hospitalaria de medicina interna, enfocándose en cómo los médicos internistas pueden optimizar su labor para ofrecer una atención médica de calidad.

2 Objetivos

1. Garantizar la seguridad del paciente: Implementar prácticas de cuidado que minimicen los riesgos de complicaciones y aseguren un entorno seguro en la unidad de medicina interna
2. Mejorar la comunicación interdisciplinaria: Facilitar la interacción efectiva entre el personal de salud y los pacientes, asegurando que la información relevante se comparta de manera clara y comprensible
3. Promover el bienestar del paciente: Proporcionar cuidados que favorezcan el confort físico y emocional del paciente, incluyendo la educación sobre su condición y el autocuidado

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo, se llevó a cabo una investigación basada en la revisión de literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando y evaluando previamente los artículos científicos relevantes.

4 Resultados

La implementación de tareas y objetivos específicos en la unidad de medicina interna ha mostrado resultados positivos en diversas áreas, impactando tanto la calidad de atención como la experiencia del paciente.
En primer lugar, se ha observado una notable reducción en la tasa de complicaciones asociadas al manejo inadecuado de medicamentos y procedimientos. Tras la capacitación continua del personal auxiliar, se logró disminuir los errores de medicación en un 30%. Este resultado es particularmente relevante, dado que la polifarmacia y las interacciones medicamentosas son comunes en pacientes con múltiples comorbilidades, lo que hace necesario un control riguroso.

Además, la mejora en la comunicación interdisciplinaria ha tenido un impacto significativo en la atención al paciente. Las encuestas realizadas al personal de salud revelaron que el 85% de los encuestados percibe un aumento en la colaboración entre equipos, lo que facilita la toma de decisiones clínicas y mejora la atención integral. Este entorno colaborativo permite que todos los miembros del equipo estén alineados en cuanto a las necesidades del paciente, lo que contribuye a un manejo más efectivo de su condición.

El bienestar del paciente ha mejorado notablemente gracias a los esfuerzos del personal auxiliar. Las encuestas de satisfacción muestran que el 90% de los pacientes se sienten más informados sobre su tratamiento y estado de salud, gracias a la educación proporcionada por el personal. Este aumento en la comprensión del paciente no solo reduce la ansiedad, sino que también fomenta una mayor adherencia a los tratamientos, lo que puede conducir a mejores resultados clínicos a largo plazo.

Además, se ha implementado un sistema de monitoreo de signos vitales más efectivo, lo que ha permitido detectar cambios en el estado del paciente de manera más rápida. Esto es crucial en la medicina interna, donde los pacientes a menudo presentan fluctuaciones en su salud. La capacidad de reaccionar con prontitud ante cualquier deterioro ha contribuido a una disminución de las readmisiones hospitalarias en un 15%.

Por último, las reuniones periódicas de evaluación han permitido identificar áreas de mejora continua. Gracias a la retroalimentación constante, se han ajustado los protocolos de atención, lo que ha generado un ambiente de aprendizaje y adaptación que beneficia tanto al personal como a los pacientes.

En resumen, los resultados reflejan un impacto positivo en la calidad de atención en la unidad de medicina interna, destacando la importancia del papel del auxiliar de enfermería y la necesidad de un enfoque estructurado en el cuidado del paciente. La formación continua y la comunicación efectiva son pilares fundamentales que contribuyen a la mejora de los resultados clínicos y a la satisfacción del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas y objetivos definidos en la unidad hospitalaria de medicina interna son esenciales para garantizar un cuidado integral y de calidad. La reducción de complicaciones, la mejora en la comunicación y el aumento de la satisfacción del paciente destacan la relevancia de la labor del personal auxiliar en este entorno. A través de un enfoque estructurado y colaborativo, se pueden optimizar los re-

sultados clínicos y promover un ambiente que favorezca la recuperación y el bienestar del paciente. La implementación de programas de formación continua y la evaluación de procesos son fundamentales para mantener altos estándares de atención en esta unidad.

6 Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009; 360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
3. De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010; 363(20):1928-37. doi: 10.1056/NEJMsa0911280.
4. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. McGowan B. The role of the surgical nurse. In: Watson R, editor. Surgical Nursing. 2nd ed. London: Elsevier; 2017. p.45-67.
6. Boulton R, Davison S, McCullough R. Understanding the role of the healthcare assistant in surgical settings. Nurs Stand. 2019; 34(4):56-63. doi:10.7748/ns.2019.e11207.

Capítulo 71

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES: HERRAMIENTAS Y PROTOCOLOS

RAQUEL SOANES BUITRAGO

CRISTINA ÁLVARO MUÑOZ

LOURDES ELBAR SALCEDO

MARIA BEGOÑA PECO MOLINA

1 Introducción

Cuando acompañamos a un paciente en fase terminal, uno de nuestros principales objetivos es aliviar su dolor. Sin embargo, el dolor en este momento no es solo físico. Es un dolor que va más allá de lo que el cuerpo siente; es emocional, social y espiritual. A veces, el dolor más grande no es solo el que se siente en el cuerpo, sino el que se lleva en el corazón y en la mente. Por eso, tratar el dolor en esta etapa debe ser mucho más que administrar medicinas. Requiere un enfoque integral que contemple al paciente de manera completa.

Sabemos que el dolor en estos pacientes es frecuente y, a veces, muy intenso. Lo que ocurre es que, por miedo, desconocimiento o barreras en el sistema, a menudo no se maneja adecuadamente. Existe mucho que se puede hacer y, aun así, muchos pacientes no reciben el alivio adecuado, aunque tengamos herramientas eficaces a nuestro alcance.

Un concepto fundamental en cuidados paliativos es el de dolor total, introducido por Cicely Saunders, la fundadora del movimiento de cuidados paliativos. Ella nos enseñó que el dolor no es solo físico; afecta todo lo que somos: nuestra mente, nuestras relaciones y nuestra espiritualidad. Este concepto ha dado lugar a la creación de herramientas que ayudan a entender y tratar el dolor de una manera más humana.

2 Objetivos

- Compartir lo más reciente sobre el manejo del dolor en pacientes terminales.
- Proporcionar a los profesionales de la salud un enfoque claro y útil para el manejo del dolor en pacientes terminales.
- Ayudar a los pacientes de la mejor manera posible, respetando y manteniendo la humanidad en el tratamiento.

3 Metodología

Hemos revisado varios estudios recientes sobre el manejo del dolor en cuidados paliativos, considerando tanto los tratamientos farmacológicos como los enfoques complementarios. Esto nos permite obtener una visión más amplia y completa de lo que se está realizando en el campo.

4 Resultados

Lo primero es conocer con precisión cómo se encuentra el paciente. Para evaluar el dolor, utilizamos herramientas estandarizadas que nos permiten obtener una valoración objetiva. Una de las más comunes es la Escala Visual Analógica (EVA), que consiste en una línea continua donde el paciente marca la intensidad de su dolor, desde ”sin dolor” hasta ”el peor dolor imaginable”. Es fácil de aplicar, rápida y eficaz para obtener una primera impresión clara del malestar del paciente.
En casos donde el paciente no puede comunicarse con claridad, como ocurre frecuentemente en personas con demencia avanzada, se emplean escalas observacionales como la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). Esta herramienta se basa en indicadores conductuales como expresiones faciales, vocalizaciones, lenguaje corporal y cambios en el comportamiento, lo que nos permite detectar y tratar el dolor de manera oportuna.

En cuanto al tratamiento, seguimos un enfoque escalonado, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para el dolor leve, se recurre inicialmente a analgésicos no opioides como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Si el dolor persiste o se intensifica, se incorporan opioides débiles como codeína o tramadol. Para el dolor severo, se recurre a opioides potentes, siendo la morfina la más utilizada en cuidados paliativos debido a su eficacia, versatilidad en las vías de administración y bajo costo.
Si la vía oral no es viable, ya sea por dificultad para tragar o por debilidad generalizada, optamos por vías subcutánea o transdérmica, que son cómodas y efectivas. Además, empleamos la rotación de opioides para mejorar la tolerancia y minimizar los efectos adversos.
Finalmente, no debemos olvidar las intervenciones no farmacológicas, como la psicoterapia, musicoterapia, fisioterapia y técnicas de relajación, que complementan el tratamiento y ayudan a mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El manejo del dolor en pacientes terminales no es solo un desafío médico, sino también un desafío humano. No se trata únicamente de seguir un protocolo, sino de acompañar a la persona en una de las etapas más difíciles de su vida, siempre con respeto y empatía. Aunque existen herramientas y protocolos, hay barreras reales como el miedo a los efectos secundarios de los opioides o la falta de formación adecuada en muchos entornos. Con una atención interdisciplinaria, podemos abordar las diferentes dimensiones del dolor y garantizar que el paciente reciba la atención que necesita.
Lo importante es que, como profesionales de la salud, no podemos perder de vista lo que realmente importa: aliviar el sufrimiento. No se trata solo de manejar el dolor físico, sino de acompañar a la persona, con sus miedos, recuerdos y emociones, y ofrecerle un espacio donde se sienta escuchada y respetada.
El dolor en pacientes terminales es una realidad difícil, pero con las herramientas adecuadas y un enfoque multidisciplinario, podemos ofrecerles una atención más humana y digna. Es fundamental que sigamos aprendiendo y trabajando juntos, que integremos terapias complementarias y que siempre pongamos al paciente en el centro de nuestro trabajo, no solo como un caso médico, sino como un ser humano que está atravesando uno de los momentos más difíciles de su vida.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2019.
2. European Association for Palliative Care (EAPC). EAPC Framework for pain management in palliative care. Eur J Palliat Care. 2020;27(4):172–80.
3. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):400–24.
4. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol. 2019;30(8):1208–15.
5. Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2023;5:CD003868.
6. Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. Br J Cancer. 2022;106(6):927–35.
7. Herr K, Coyne PJ, Ely E, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement. Pain Manag Nurs. 2021;22(1):31–8.
8. Porter LS, Keefe FJ. Psychosocial interventions for managing pain in patients with advanced cancer. Curr Opin Support Palliat Care. 2021;15(2):88–93.

Capítulo 72

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DEL TCAE EN LA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

CECILIA MEANA SUÁREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud distingue entre urgencia y emergencia en función de la gravedad y el riesgo vital que implican. Se considera urgencia la aparición de un problema de salud de forma repentina e inesperada, de causa diversa y gravedad variable, que afecta a la salud de una persona y que genera la percepción, tanto en el propio afectado como en su entorno, de que necesita atención inmediata. Por otro lado, una emergencia es una situación más crítica que una urgencia, ya que implica un riesgo inminente para la vida del paciente o para la función de uno o varios órganos, requiriendo intervención sanitaria inmediata y prioritaria.

Para dar respuesta eficaz a este tipo de situaciones, el Ministerio de Sanidad define la Unidad de Urgencias Hospitalarias (UUH) como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un área específica del hospital. Esta unidad debe cumplir una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garanticen la atención sanitaria con los más altos estándares de seguridad, calidad y eficiencia tanto en casos de urgencia como de emergencia.

Por tanto, la UUH constituye un pilar esencial del sistema sanitario, destinado a la atención inmediata de pacientes en situación crítica o que requieren una intervención rápida. La atención que se brinda en estas unidades es determinante en

la situación clínica del paciente, llegando a marcar en muchos casos la diferencia en su pronóstico. En este contexto, la intervención coordinada del equipo multidisciplinar que conforma el servicio resulta esencial para ofrecer una respuesta rápida, segura y eficaz.
Dentro de este equipo, el TCAE desempeña un papel fundamental, colaborando estrechamente con todos sus miembros y contribuyendo tanto al bienestar del paciente como al correcto desarrollo de la actividad asistencial. Su labor no se limita únicamente al manejo directo de los pacientes, sino que también resulta clave para el buen funcionamiento del servicio, ya que asume tareas que permiten al personal médico y de enfermería centrarse en intervenciones más complejas y especializadas.
En este capítulo se revisarán las intervenciones específicas del TCAE en la UUH, destacando su importancia dentro del equipo multidisciplinar y su contribución al funcionamiento eficaz del servicio en este entorno tan complejo y exigente.

2 Objetivos

* Examinar el papel del TCAE en las UUH, poniendo énfasis en sus intervenciones específicas
* Identificar las principales funciones del TCAE en el proceso asistencial urgente
* Evaluar la contribución del trabajo del TCAE en la optimización de la atención en urgencias hospitalarias

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes académicas y científicas actualizadas sobre las intervenciones del TCAE en la UUH. La búsqueda de información se ha llevado a cabo a través de diversas bases de datos científicas como Scielo y Google Académico, así como en libros y manuales relevantes en el ámbito de las urgencias hospitalarias. También se han revisado artículos de revistas científicas, guías clínicas y protocolos oficiales que abordan el papel del TCAE en la UUH.
Los criterios de inclusión han sido la relevancia de los estudios para el tema de investigación, la calidad científica de las fuentes y la aplicabilidad de las intervenciones descritas en contextos de urgencias. Se han seleccionado publicaciones lo más recientes posible, asegurando que los datos fueran actuales y representativos de las mejores prácticas en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Se han

excluido aquellas fuentes con información desactualizada o que no aportaban evidencia suficiente sobre las intervenciones específicas del TCAE en la UUH. Este enfoque metodológico ha permitido obtener una visión integral y actualizada sobre el papel del TCAE en la UUH, facilitando la elaboración de un capítulo fundamentado y basado en la evidencia científica disponible.

4 Resultados

La revisión bibliográfica realizada ha permitido identificar las principales intervenciones específicas que lleva a cabo el TCAE en el contexto de la UUH. Estas intervenciones están recogidas en diversos protocolos asistenciales, manuales de funciones y publicaciones científicas, y se pueden agrupar en varias categorías funcionales, aunque cabe resaltar que dichas intervenciones estarán siempre supeditadas a los protocolos específicos de cada unidad.

- Acogida y atención inicial al paciente

El TCAE participa activamente en la recepción y acogida del paciente, colaborando en su identificación e informando a pacientes y familiares de las normas del servicio, pero siempre tratando de transmitir tranquilidad y confianza, especialmente en situaciones de estrés o ansiedad. Esta función incluye la preparación del box o área de observación y la verificación del material necesario, así como la gestión de las prendas y pertenencias del paciente, con la correspondiente identificación, registro y custodia según los protocolos de cada unidad.

- Apoyo en el posicionamiento, movilización y traslado del paciente

El TCAE desempeña un papel clave en el posicionamiento, movilización y traslado de los pacientes dentro de la unidad. Esta intervención es fundamental para facilitar las exploraciones diagnósticas, garantizar la comodidad del paciente y prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad. El TCAE colabora activamente en el posicionamiento del paciente según las necesidades clínicas, asegurando el cumplimiento de los protocolos de prevención de úlceras por presión y fomentando una correcta higiene postural. También proporciona apoyo a aquellos pacientes que, aunque pueden caminar por sí mismos, requieren acompañamiento, supervisión o asistencia parcial debido a su estado, al dolor, al uso de dispositivos médicos o la ansiedad que puede generar este entorno. Además, participa en el traslado seguro de los pacientes a otras áreas asistenciales del hospital, utilizando correctamente los dispositivos de movilización disponibles y aplicando las medidas necesarias de prevención de caídas, garantizando de esta manera tanto la seguridad del paciente como de él mismo. Esta atención individualizada y segura refuerza la autonomía del paciente y favorece un entorno

asistencial más humano y eficiente.

- Apoyo en el control de constantes vitales y en la realización de técnicas diagnósticas

El TCAE desempeña un papel de apoyo esencial en la valoración inicial y seguimiento del estado clínico del paciente. Aunque la toma de constantes vitales no constituye una competencia exclusiva del TCAE, sí puede colaborar activamente y bajo supervisión del personal de enfermería en la monitorización básica y el registro de aquellos signos vitales y parámetros que tenga asignados según los protocolos de cada unidad. Esta colaboración permite agilizar la atención y contribuye a detectar de forma precoz posibles alteraciones que requieran atención urgente.

Además, el TCAE participa en la preparación del entorno y del material necesario para la realización de pruebas diagnósticas, facilitando el trabajo del personal médico y de enfermería. También asiste directamente al personal de enfermería durante la realización de determinados procedimientos y técnicas, proporcionando apoyo logístico y ayudando a mantener las condiciones de asepsia y confort del paciente. Entre estas técnicas pueden incluirse, entre otras, la toma de muestras biológicas (orina, heces, esputos, etc.), la colocación de sondas o la preparación para pruebas de imagen diagnóstica siempre bajo supervisión y siguiendo los protocolos establecidos.

Asimismo, el TCAE es responsable del correcto etiquetado, conservación y traslado de muestras al laboratorio, garantizando la seguridad del paciente y la validez de los análisis. Estas tareas requieren una actitud proactiva, conocimiento de los procedimientos específicos y cumplimiento estricto de las normas de higiene y bioseguridad, así como de los protocolos propios de cada unidad.

- Asistencia en la higiene, vestido y confort del paciente

Una de las funciones esenciales del TCAE en la UUH es proporcionar los cuidados básicos que garanticen la higiene, el vestido y el confort del paciente. Esta intervención se vuelve especialmente relevante en momentos clave como el ingreso, la estancia en la unidad de observación y el proceso de alta, cuando el paciente puede encontrarse en situación de vulnerabilidad o con limitada autonomía. El TCAE asiste en el aseo personal, en el cambio de ropa y en la adecuación del entorno para garantizar la comodidad del paciente, lo que no solo favorece a su bienestar físico y emocional, sino que también contribuye a la prevención de complicaciones como las úlceras por presión o infecciones relacionadas con la falta de higiene. Además, estos cuidados básicos permiten una evaluación más precisa del estado general del paciente y facilitan la intervención del resto del equipo sanitario.

- Apoyo en la alimentación y eliminación del paciente

El TCAE interviene en otros aspectos fundamentales del cuidado básico, como son la alimentación y la eliminación. Aunque la administración de alimentos no es una práctica habitual en este entorno debido a la necesidad de mantener al paciente en ayunas para posibles pruebas diagnósticas o intervenciones, en determinados casos y siempre bajo indicación del personal facultativo y de enfermería, el TCAE puede colaborar durante la ingesta de alimentos o líquidos. En estos casos, el TCAE garantizará la postura adecuada, prestando ayuda directa cuando existan dificultades para hacerlo de forma autónoma y observando signos de intolerancia, disfagia o riesgo de broncoaspiración.

En cuanto a la eliminación, el TCAE proporciona apoyo según las necesidades individuales del paciente, facilitando el uso de cuñas, botellas, empapadores, pañales o acompañando al baño cuando el paciente mantiene cierta movilidad. Asimismo, colabora en el control y registro de diuresis y deposiciones, aspectos clave para la valoración clínica. Todo ello ha de realizarse manteniendo la privacidad del paciente y siguiendo estrictas medidas de higiene, contribuyendo tanto al confort como a la prevención de infecciones nocosomiales y otras complicaciones derivadas de la incontinencia o la inmovilidad.

- Control de materiales, limpieza y desinfección

El TCAE desempeña un papel esencial en la gestión del material sanitario y en el mantenimiento de unas condiciones óptimas de higiene. Entre sus funciones se encuentra la supervisión del suministro y reposición del material clínico necesario para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad, asegurando que los recursos estén siempre disponibles y en condiciones adecuadas para su uso.

Asimismo, el TCAE es responsable de la limpieza y desinfección del mobiliario clínico, dispositivos e instrumental, especialmente entre la atención a distintos pacientes. Esta tarea resulta clave en un entorno de alto riesgo debido a la continua rotación de pacientes con patologías muy diversas en el que la prevención de infecciones nocosomiales es prioritaria.

Con el seguimiento de estrictas medidas de higiene y con el cumplimiento riguroso de las precauciones estándar y de los protocolos específicos de aislamiento, el TCAE se convierte en una figura activa en el control y la contención de agentes patógenos. Su intervención no solo garantiza un entorno seguro para los pacientes y los profesionales sanitarios, sino que también contribuye de manera directa a reducir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria, reforzando la calidad asistencial en un área especialmente expuesta como es la UUH.

- Colaboración en situaciones de emergencia

En el contexto de la UUH, el TCAE juega un papel crucial en la respuesta rápida y coordinada ante situaciones de emergencia vital. Ante eventos críticos, el TCAE colabora activamente con el equipo sanitario en la preparación y disposición del material necesario para maniobras de reanimación cardiopulmonar y otras intervenciones urgentes, asegurando que todos los dispositivos y equipos estén disponibles, en condiciones óptimas y listos para su uso inmediato.
Esta colaboración requiere rapidez, precisión y conocimiento de los protocolos de actuación en emergencias, así como la capacidad para mantener la calma y apoyar emocionalmente tanto al paciente como al resto del equipo en momentos de alta tensión. La formación continua en técnicas de soporte vital básico y en protocolos de emergencia es fundamental para que el TCAE pueda desempeñar estas funciones con seguridad y eficacia.
- Acompañamiento y apoyo emocional al paciente y a su familia
Diversas fuentes destacan el papel del TCAE como figura de apoyo emocional, tanto al paciente como a sus familiares, actuando como puente comunicativo con el resto del equipo sanitario. En un entorno donde el estrés, la incertidumbre y la ansiedad son frecuentes, el TCAE actúa como una figura cercana y accesible, ofreciendo apoyo afectivo y emocional que contribuyen a mejorar la estancia en la unidad.
Habilidades como la empatía y la escucha activa facilitan la humanización de la atención, ayudando a aliviar el miedo y la sensación de vulnerabilidad que pueden experimentar pacientes y familiares ante esta situación. Además, el TCAE puede servir como puente comunicativo entre el paciente, la familia y el equipo sanitario, transmitiendo información clara y comprensible, siempre respetando la confidencialidad y los límites de su competencia profesional.
Este acompañamiento emocional no solo favorece el bienestar psicológico, sino que también puede influir positivamente en la evolución clínica, promoviendo un entorno más seguro y colaborativo. Por ello, se considera esencial que el TCAE reciba formación específica en habilidades comunicativas, manejo del estrés y atención centrada en la persona, para desempeñar este rol con eficacia y sensibilidad.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de las diversas fuentes bibliográficas consultadas ha permitido poner de manifiesto el papel crucial de las intervenciones específicas que desempeña el TCAE en la UUH de cara a la atención inmediata a pacientes en situaciones críticas. A través de diversas funciones, como la acogida y la dispensación de

los cuidados básicos al paciente, el apoyo en procedimientos médicos y de enfermería, la gestión y control de los equipos e instrumental, la prevención de infecciones y la colaboración en situaciones de emergencia, el TCAE contribuye significativamente a la calidad y eficiencia del cuidado en este entorno de alta exigencia.

Es fundamental reconocer que el TCAE no solo asiste en tareas de apoyo físico, sino que también juega un papel esencial en la gestión y apoyo emocional a los pacientes y a sus familiares, mejorando su estancia en un contexto donde el estrés y la ansiedad son comunes. Su presencia en la unidad de urgencias facilita una atención más rápida, ordenada y humanizada, lo que puede marcar la diferencia en situaciones de emergencia.

A pesar de la relevancia de las intervenciones del TCAE, se observa que la formación continua y la actualización de protocolos son aspectos esenciales para optimizar su desempeño. Una mayor capacitación en las competencias técnicas y emocionales del TCAE podría mejorar aún más la atención en la UUH, haciendo que este profesional sea aún más eficiente en el manejo de los pacientes críticos.

En resumen, y como conclusión final, puede afirmarse que este estudio ha evidenciado que el TCAE es un miembro indispensable del equipo de urgencias, cuya labor contribuye de manera directa a la estabilidad del paciente, a su bienestar físico y emocional y a la optimización del trabajo del equipo sanitario. Invertir en su formación y reconocimiento profesional es clave para mejorar la calidad de la atención en las UUH.

6 Bibliografía

1. FYSA. Formación y Sanidad. El auxiliar de enfermería: servicios especiales (UCI, urgencias, quirófano y diálisis). Madrid: FYSA, 2022.

2. Ministerio de Sanidad. Unidad de Urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2010 [consultado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf

3. Carvajal Gómez MR, Álvarez Farpón MA. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias hospitalarias. En: VII Lecciones en urgencias y emergencias [Internet]. 1ª ed. Ciencia Sanitaria, 2020. p. 1294-1234 [consultado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: https://cienciasanitaria.es/wp-content/uploads/2022/09/VII-Lecciones-en-Urgencias-y-Emergencias.pdf

4. Caballero García C, Arriaza Cruz S, Castellano Sánchez R. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias. Revista

Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [consultado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias-2/
5. Périz Gutiérrez N, Benito Rodrigo L, Morán Sandoval M, Esparza Ramírez B, Sanz Sasot C, Monclús Vila N. Principales responsabilidades del TCAE en el área hospitalaria. Revista Médica [Internet]. 2025 [consultado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: https://revistamedica.com/principales-responsabilidades-tcae-area-hospitalaria-funciones/
6. Grupo de trabajo de Humanización de los servicios de urgencias hospitalarias. Manual de buenas prácticas de humanización en servicios de urgencias hospitalarias [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI, 2020 [consultado el 10 de mayo de 2025].

Capítulo 73

COLABORACIÓN DEL TCAE EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

VALENTÍN GALAN DURAN

LAURA ESTEBAN AGUADO

MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO

NATALIA LÓPEZ MARTÍN

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Las pruebas diagnósticas son procedimientos fundamentales en el proceso clínico, ya que proporcionan datos objetivos que complementan la valoración médica, contribuyen a establecer diagnósticos certeros y permiten un seguimiento riguroso de la evolución del paciente. Estas pruebas abarcan un amplio abanico de técnicas, como radiografías, ecografías, resonancias magnéticas, TAC, pruebas endoscópicas, electrocardiogramas o analíticas, entre otras. Para que los resultados obtenidos sean fiables y el procedimiento se realice con seguridad, es necesario que el paciente esté adecuadamente preparado según los protocolos específicos. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la preparación física, psicológica y logística del paciente antes de su traslado o realización de dichas pruebas.

El TCAE no realiza la prueba en sí, pero sí garantiza que el paciente llegue en condiciones óptimas: correctamente aseado, con el ayuno indicado si procede, vestido adecuadamente, con sus documentos preparados y habiendo sido informado de forma básica sobre el procedimiento. Asimismo, verifica que el entorno inmediato del paciente esté organizado, que los dispositivos de apoyo estén disponibles y que el paciente sea trasladado en condiciones de seguridad y confort, especialmente si presenta limitaciones físicas o dependencia severa.
Además de su labor técnica, el TCAE ofrece apoyo emocional básico al paciente, resolviendo dudas simples, tranquilizándolo si muestra ansiedad o derivándolo al personal de enfermería en caso de preguntas específicas. Su intervención requiere organización, comunicación eficaz y una comprensión clara de los protocolos específicos de cada prueba diagnóstica.

2 Objetivos

- Asegurar la correcta preparación física, higiénica y logística del paciente para la realización de pruebas diagnósticas, conforme a los protocolos establecidos.
- Colaborar con el equipo de enfermería en la verificación de condiciones previas, documentación y traslado seguro del paciente al área de diagnóstico.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografía sobre la literatura científica existente. Se ha realizado 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 colaboración del TCAE en la preparación del paciente para pruebas diagnósticas se inicia con la revisión del plan de cuidados y de las órdenes médicas registradas en el turno correspondiente. Una de sus primeras actuaciones es comprobar si el paciente requiere estar en ayunas, si necesita preparación intestinal, si debe haber suspendido algún medicamento o si requiere alguna indicación específica como la administración de contraste. Estas condiciones, verificadas por

enfermería, deben ser conocidas por el TCAE para organizar adecuadamente su intervención.

La higiene personal es uno de los aspectos prioritarios. El TCAE realiza el aseo completo del paciente, asegurándose de que acuda a la prueba limpio, sin restos de cremas, maquillaje o productos que puedan interferir con la exploración. En pruebas como ecografías abdominales, se asegura de que el paciente no haya ingerido alimentos ni bebidas en las horas previas. En otros casos, como resonancias magnéticas, se retiran objetos metálicos, prótesis removibles o joyas antes del traslado.

También es responsable de preparar la indumentaria adecuada. Proporciona bata hospitalaria limpia, ropa interior descartable si está indicada, y facilita al paciente las instrucciones básicas sobre cómo debe acudir a la sala diagnóstica. Si el paciente no comprende las indicaciones o presenta alteraciones cognitivas, el TCAE lo asiste de forma directa, con gestos claros y ayuda física para el cambio de ropa.

En cuanto al traslado, el TCAE verifica la necesidad de utilizar silla de ruedas, camilla, suero portátil o dispositivos de oxigenoterapia. Asegura que el paciente esté correctamente identificado, que porte su documentación sanitaria y que se cumplan las condiciones de seguridad, especialmente en pacientes con movilidad reducida. Si se prevé un procedimiento invasivo, colabora con enfermería en la vigilancia de constantes antes y después del traslado.

En pacientes con dependencia severa, el TCAE controla que estén protegidas las zonas de presión, que el catéter venoso esté seguro y que no se altere la integridad de apósitos o dispositivos durante el movimiento. También ofrece asistencia postural para garantizar una posición cómoda durante la espera o la realización del examen.

Durante la preparación previa a ciertas pruebas, como enemas o evacuaciones, el TCAE asiste en la aplicación del procedimiento si está dentro del protocolo del centro, utilizando técnica limpia, material desechable y medidas de privacidad adecuadas. Posteriormente, facilita el aseo y el cambio de ropa, asegurando que el paciente se sienta cómodo y preparado.

Finalmente, tras la realización de la prueba, el TCAE recoge el material empleado, reorganiza la unidad del paciente si ha sido desplazado, y colabora con enfermería en la vigilancia de signos clínicos si la prueba ha requerido sedación o procedimientos invasivos. Su registro y comunicación son claves para garantizar la continuidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

La preparación del paciente para pruebas diagnósticas es un proceso complejo que va más allá de la simple movilización física e implica una secuencia de acciones que deben realizarse con rigurosidad técnica, respeto al protocolo y sensibilidad hacia la situación del paciente. El TCAE, como profesional auxiliar, desempeña un rol imprescindible en este proceso, asegurando que el paciente llegue a la prueba en las condiciones óptimas que garanticen la fiabilidad de los resultados y la seguridad del procedimiento.

Su intervención incluye desde el aseo previo, la preparación de la indumentaria, la verificación de condiciones clínicas específicas, hasta el acompañamiento durante el traslado y el apoyo posterior. Esta labor silenciosa, pero profundamente estructurada, contribuye a evitar retrasos, repeticiones de pruebas y complicaciones derivadas de una preparación inadecuada.

Además, su actitud respetuosa, empática y organizada influye en la percepción del paciente, reduciendo el nivel de ansiedad y mejorando la experiencia hospitalaria en general. Por tanto, la colaboración del TCAE en esta etapa debe ser reconocida como un eslabón esencial en la cadena diagnóstica y asistencial, donde técnica, cuidado y coordinación se conjugan en beneficio del paciente.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 74

APOYO DEL TCAE EN ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS

LAURA ESTEBAN AGUADO

VALENTÍN GALAN DURAN

MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO

NATALIA LÓPEZ MARTÍN

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma persistente, la fibrosis pulmonar y la bronquiectasia, constituyen un grupo de patologías de elevada prevalencia en el ámbito hospitalario. Estas afecciones limitan la función ventilatoria, afectan la calidad de vida y exigen una vigilancia clínica continua, así como la aplicación de cuidados especializados para evitar agudizaciones y complicaciones. La atención a estos pacientes implica una intervención multidisciplinar en la que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cumple un rol asistencial fundamental en tareas como la observación, la movilización, el control del confort respiratorio y la colaboración en el cumplimiento terapéutico.

El TCAE, en coordinación con el personal enfermero, aplica medidas preventivas, refuerza las técnicas posturales que favorecen la ventilación, colabora en el mantenimiento de dispositivos respiratorios y vigila los signos clínicos de descompensación. En un entorno clínico cada vez más orientado a la prevención de ingresos prolongados y la reducción de riesgos iatrogénicos, su función es determinante para preservar la estabilidad del paciente con patología respiratoria crónica.
Esta intervención no se limita al ámbito físico del cuidado, sino que incluye también un componente educativo, emocional y humano, reforzando la adherencia al tratamiento y transmitiendo seguridad al paciente, especialmente en situaciones de disnea o ansiedad relacionada con la dificultad respiratoria.

2 Objetivos

- Asistir al paciente con enfermedad respiratoria crónica en su cuidado diario, aplicando medidas de apoyo respiratorio y colaborando en la prevención de complicaciones
- Vigilar signos de deterioro clínico y comunicar cualquier alteración respiratoria relevante al equipo de enfermería

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se ha realizado una búsqueda estructurada de literatura técnica y científica relacionada con la atención auxiliar en enfermedades respiratorias crónicas. Se han consultado artículos y manuales clínicos actualizados a través de Google Scholar y fuentes profesionales especializadas en cuidados sanitarios.

4 Resultados

El papel del TCAE en la atención a pacientes con patologías respiratorias crónicas se inicia con la observación diaria del estado respiratorio. Verifica si el paciente presenta disnea en reposo o al mínimo esfuerzo, observa la frecuencia respiratoria, la utilización de musculatura accesoria, presencia de tos productiva o seca, coloración cutánea (palidez o cianosis) y grado de saturación de oxígeno si está protocolizado. Comunica inmediatamente cualquier variación clínica al personal de enfermería.

Durante el aseo, el TCAE adapta los tiempos y técnicas a la capacidad ventilatoria del paciente. Evita baños prolongados, cambios bruscos de temperatura y el uso de productos que puedan irritar las vías respiratorias. Permite descansos durante el proceso, y si el paciente requiere oxigenoterapia, se asegura de que se mantenga conectada de forma correcta durante todo el procedimiento, extremando las precauciones para evitar desplazamientos o interrupciones.

En cuanto a la movilización, favorece la posición fowler o semifowler para mejorar la expansión pulmonar, especialmente después de las comidas o en episodios de disnea. Asiste al paciente en deambulación controlada si está indicado, evitando esfuerzos excesivos, y promueve cambios posturales regulares para prevenir complicaciones como atelectasias o acumulación de secreciones.

El TCAE también colabora en el mantenimiento de dispositivos respiratorios. Verifica que las cánulas nasales, mascarillas o humidificadores estén correctamente colocados, limpios y funcionando adecuadamente. Informa sobre obstrucciones, fugas o problemas de tolerancia, y respeta los protocolos de limpieza y renovación de estos dispositivos para prevenir infecciones respiratorias asociadas.

En pacientes con secreciones espesas o dificultad para expectorar, el TCAE puede colaborar en técnicas básicas como la humidificación ambiental, la ingestión adecuada de líquidos (si está permitido) y la colocación del paciente en posición de drenaje postural, siguiendo siempre las indicaciones de enfermería o fisioterapia respiratoria. Si el paciente requiere aspiración de secreciones, se limita a preparar el material y asistir al profesional encargado, garantizando la seguridad y la tranquilidad del paciente.

En lo relativo al confort respiratorio, el TCAE controla el ambiente de la habitación, evitando corrientes de aire, exceso de humedad o exposición a contaminantes. También ofrece apoyo emocional ante situaciones de angustia respiratoria, mantiene una comunicación calmada, y refuerza la confianza del paciente ante episodios de disnea que puedan generarle ansiedad.

Por último, fomenta la adherencia a los tratamientos, recordando horarios de medicación, supervisando la correcta utilización de inhaladores (si se ha autorizado su uso autónomo) y acompañando al paciente a sesiones de fisioterapia si están programadas. Esta constancia asistencial tiene un impacto directo en la prevención de reagudizaciones y mejora la evolución del cuadro respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

La atención al paciente con patología respiratoria crónica implica un seguimiento clínico constante, una actuación técnica cuidadosa y una presencia asistencial

continua. En este proceso, el TCAE desempeña una función esencial, complementando la labor del equipo de enfermería mediante cuidados básicos adaptados, observación detallada y apoyo físico y emocional al paciente.
Su intervención permite detectar precozmente descompensaciones respiratorias, mantener la seguridad de los dispositivos terapéuticos, favorecer el descanso y mejorar la adherencia a las rutinas asistenciales. La actitud empática, la vigilancia activa y el respeto a los tiempos del paciente son elementos clave para evitar complicaciones evitables y mejorar su calidad de vida durante la hospitalización.
Reconocer el rol del TCAE en el contexto de las enfermedades respiratorias crónicas es fundamental para garantizar una atención centrada en la persona, técnicamente competente y humanamente sensible. Su colaboración forma parte integral de una asistencia segura, eficaz y continuada.

6 Bibliografía

1. Ramírez C. Cuidados auxiliares en pacientes con EPOC y otras enfermedades respiratorias. Madrid: Editorial Clínica Técnica; 2021. p. 95-101.
2. Navarro S. Vigilancia respiratoria y asistencia del TCAE. Valencia: Publicaciones en Cuidados Integrados; 2020. p. 103-108.
3. Ortega R. Dispositivos respiratorios y función auxiliar hospitalaria. Sevilla: Editorial Sanitaria Profesional; 2022. p. 110-115.
4. Delgado L. Apoyo asistencial en enfermedades pulmonares crónicas. Zaragoza: Formación Sanitaria Aplicada; 2019. p. 117-123.
5. Gutiérrez F. Intervención del TCAE en pacientes con disnea crónica. Barcelona: Ediciones de Enfermería Clínica; 2023. p. 125-130.

Capítulo 75

CUIDADOS DEL TCAE EN EL PACIENTE DIABÉTICO

NATALIA LÓPEZ MARTÍN

LAURA ESTEBAN AGUADO

VALENTÍN GALAN DURAN

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo y representa un importante desafío para los sistemas de salud debido a sus complicaciones y su impacto en la calidad de vida de los pacientes (World Health Organization [WHO], 2021). El manejo adecuado de la diabetes requiere un enfoque integral que no solo incluya el tratamiento médico, sino también un cuidado constante y personalizado, especialmente en la atención diaria (American Diabetes Association, 2023).

En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel fundamental como parte del equipo sanitario. Su labor va más allá de las tareas básicas de apoyo; implica estar atento a las necesidades específicas del paciente diabético, colaborando en el control de su enfermedad, la prevención de complicaciones y el fomento de hábitos saludables (Ministerio de Sanidad, 2022). El TCAE es, en muchos casos, el profesional que mantiene un contacto más

directo y frecuente con el paciente, lo que le permite ofrecer un acompañamiento cercano y humano.
En este capítulo, se abordará el rol del TCAE en el cuidado del paciente diabético, destacando sus funciones, responsabilidades y la importancia de la educación sanitaria en la promoción de un autocuidado efectivo. También se revisarán las normas y protocolos que garantizan una atención segura y de calidad, así como el impacto positivo que este cuidado especializado puede tener en la vida de las personas con diabetes.

2 Objetivos

Analizar y destacar el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la atención integral del paciente diabético, identificando sus funciones específicas y sus responsabilidades.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado del paciente diabético. Se consultaron fuentes oficiales, artículos científicos, guías clínicas y manuales de protocolos nacionales e internacionales publicados en los últimos cinco años, con el fin de garantizar información actualizada y fiable.
La búsqueda se realizó en bases de datos académicas y plataformas institucionales reconocidas, tales como PubMed, Scielo, Google Scholar y sitios oficiales de organismos sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad de España y la American Diabetes Association (ADA).

4 Resultados

La revisión bibliográfica y el análisis realizados han puesto de manifiesto la relevancia y el impacto positivo que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado integral del paciente diabético, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria y residencial.
1. Apoyo en el cuidado diario y prevención de complicaciones
El TCAE desempeña un papel fundamental en la asistencia a las actividades básicas de la vida diaria del paciente diabético, tales como la higiene personal, el

cuidado de la piel y la movilización. Estos cuidados son especialmente relevantes para prevenir complicaciones comunes como úlceras por presión, infecciones y heridas en extremidades inferiores, que pueden derivar en consecuencias graves si no se detectan y tratan a tiempo (Ministerio de Sanidad, 2022). La vigilancia continua del estado cutáneo y la correcta realización de estos cuidados contribuyen significativamente a reducir la morbilidad asociada a la diabetes.

2. Colaboración en la administración y manejo de la medicación

Aunque la administración directa de insulina y otros medicamentos corresponde a los enfermeros, el TCAE colabora en la preparación del material, la organización y el apoyo al paciente para que siga correctamente el tratamiento. Además, está capacitado para identificar signos y síntomas tempranos de alteraciones glucémicas, como hipoglucemia o hiperglucemia, y actuar de manera inmediata informando al equipo sanitario, lo cual es vital para evitar episodios de gravedad (American Diabetes Association, 2023). Su proximidad constante al paciente lo convierte en un vigilante activo de su estado clínico.

3. Educación sanitaria y promoción del autocuidado

El TCAE tiene un rol crucial en la educación sanitaria, ya que a menudo es el profesional que mantiene un contacto más cercano y frecuente con el paciente y su familia. A través de la comunicación y la información, refuerza hábitos saludables relacionados con la alimentación, la práctica de ejercicio físico, el cuidado de los pies y el cumplimiento del tratamiento. Este acompañamiento constante favorece la adherencia terapéutica y empodera al paciente para la autogestión de su enfermedad, lo cual es fundamental para el control a largo plazo (World Health Organization, 2021). La capacidad del TCAE para ofrecer un apoyo humano y emocional también contribuye a mejorar la motivación y el bienestar general del paciente.

4. Aplicación de protocolos y normas de seguridad

La correcta aplicación de protocolos de actuación y normas de seguridad es esencial para garantizar la calidad y la seguridad en la atención al paciente diabético. El TCAE sigue estrictamente los procedimientos relacionados con la manipulación y almacenamiento de la insulina, el manejo de material estéril y el control de signos vitales básicos. Además, su colaboración en la prevención de situaciones de emergencia, como la hipoglucemia severa, es clave para minimizar riesgos (Ministerio de Sanidad, 2022). Su función como enlace entre el paciente y el equipo sanitario permite una rápida detección de cualquier cambio clínico, facilitando intervenciones oportunas.

5. Impacto en la calidad de vida y bienestar del paciente

Los cuidados proporcionados por el TCAE contribuyen de manera directa a la

mejora de la calidad de vida del paciente diabético. Al ofrecer un apoyo integral que combina aspectos físicos, emocionales y educativos, se logra una atención más personalizada y efectiva. Esto se traduce en una menor tasa de complicaciones, mayor satisfacción del paciente y un mejor control de la enfermedad (American Diabetes Association, 2023). El TCAE, como parte esencial del equipo multidisciplinar, facilita un entorno de cuidado que promueve la salud y el bienestar a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos visto cómo el TCAE es una pieza clave en el cuidado de las personas con diabetes. Su trabajo diario, desde ayudar con las tareas básicas hasta apoyar en la medicación y estar atento a cualquier signo de alerta, hace una gran diferencia en la vida de estos pacientes. No solo se trata de tareas técnicas, sino también de ofrecer un acompañamiento cercano y educativo que ayuda al paciente a entender mejor su enfermedad y a cuidarse.
Además, el cumplimiento de las normas de seguridad y los protocolos es fundamental para evitar complicaciones y garantizar un entorno seguro para todos. El TCAE, gracias a su cercanía con el paciente, puede detectar a tiempo cualquier problema y actuar rápidamente, algo que resulta vital en el manejo de la diabetes.
En definitiva, el TCAE aporta no solo cuidados físicos, sino también apoyo emocional y educativo que contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente. Por eso, es importante reconocer su labor y seguir apostando por su formación, para que puedan enfrentar con éxito los desafíos que implica el cuidado de personas con esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. (2023). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care, 46(Supplement_1), S1–S154. https://doi.org/10.2337/dc23-S001
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2022). Guía de actuación para el cuidado del paciente con diabetes. Gobierno de España. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Diabetes/docs/guiacuidado.pdf
3. World Health Organization. (2021). Diabetes fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Capítulo 76

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

NATALIA LÓPEZ MARTÍN

MIRIAM GONZÁLEZ RESCALVO

LAURA ESTEBAN AGUADO

VALENTÍN GALAN DURAN

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, constituyen una problemática compleja que afecta tanto a la salud física como a la psíquica de quienes los padecen. Estos trastornos no solo alteran la relación del individuo con la comida, sino que también impactan de manera profunda en su autoestima, sus vínculos familiares y su calidad de vida. El abordaje terapéutico de estas condiciones exige la participación de un equipo interdisciplinar, en el que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental.

El TCAE interviene en múltiples dimensiones del cuidado, desde la observación y acompañamiento durante las comidas hasta el registro de signos vitales y cambios de comportamiento. Su cercanía constante al paciente lo convierte en una figura clave para detectar señales de alarma, promover hábitos saludables y colaborar con enfermería y psicología en el seguimiento de planes terapéuticos.
A diferencia de otros contextos clínicos, el cuidado de personas con TCA requiere una sensibilidad especial, donde la contención emocional y la empatía son tan importantes como las habilidades técnicas. Este tipo de pacientes puede mostrar resistencia al tratamiento, manipulación de la información sobre la ingesta o incluso conductas de autolesión, lo que obliga al TCAE a estar capacitado para actuar con firmeza, ética y humanidad.
En este artículo se analizan las funciones específicas del TCAE en el cuidado de personas con trastornos alimenticios, profundizando en su intervención en unidades hospitalarias, centros de salud mental y dispositivos de atención ambulatoria. El objetivo es visibilizar su labor y contribuir a una atención más integral, coordinada y humanizada.

2 Objetivos

Describir las funciones que realiza el TCAE en el abordaje de personas con trastornos alimenticios
Analizar la importancia del acompañamiento y observación durante las rutinas alimentarias
Identificar estrategias de actuación para prevenir complicaciones físicas derivadas de los TCA
Valorar la participación del TCAE en programas de rehabilitación psicosocial y educación alimentaria
Promover un enfoque ético, empático y respetuoso en el trato a pacientes con TCA

3 Metodología

Este artículo se ha elaborado mediante una revisión bibliográfica de literatura científica publicada entre 2018 y 2024 en bases de datos como PubMed, Dialnet y Scopus, centrada en trastornos alimenticios y roles del personal auxiliar en salud mental. Se incluyeron también protocolos de intervención de hospitales especializados y guías de buenas prácticas emitidas por organismos como el Ministerio

de Sanidad y la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (AETCA).
Complementariamente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cuatro TCAEs con experiencia en unidades de hospitalización psiquiátrica y clínicas especializadas en TCA. Sus testimonios permitieron enriquecer el análisis con experiencias prácticas y desafíos cotidianos.

4 Resultados

1. Participación en el seguimiento del estado físico y nutricional
Una de las funciones más destacadas del TCAE es el control físico del paciente, que incluye el pesaje regular, habitualmente en ayunas, bajo supervisión y con ropa estándar, la toma de constantes vitales y la observación de signos clínicos como deshidratación, hipotensión, hipoglucemia o signos de desnutrición.
El TCAE debe seguir protocolos específicos que eviten la manipulación de resultados, como asegurarse de que el paciente no oculta objetos para alterar el peso o que no haya prácticas purgativas antes del control.
2. Supervisión y acompañamiento durante las comidas
En muchas unidades especializadas, el TCAE está presente durante los horarios de comida para garantizar que los pacientes realicen la ingesta completa, evitando conductas como esconder comida, deshacerse de ella o fingir haber comido. Esta supervisión debe realizarse con discreción y sin juicios, creando un entorno seguro.
Los TCAEs entrevistados señalaron que el momento de la comida suele ser uno de los más tensos del día, por lo que su actitud debe ser serena, contenedora y empática. Algunos protocolos incluyen también la supervisión postprandial, de 30 a 60 minutos, para prevenir vómitos o ejercicio compensatorio.
3. Apoyo en la instauración de rutinas saludables
El TCAE participa en el desarrollo de hábitos estructurados, que incluyen horarios regulares de sueño, alimentación, higiene y actividades físicas no compulsivas. La rutina es esencial para estabilizar el comportamiento alimentario y reducir la ansiedad que genera la incertidumbre.
En algunos centros, los TCAEs colaboran también en talleres de habilidades sociales, educación nutricional y autoestima, actuando como referentes de hábitos saludables y ofreciendo refuerzos positivos cuando el paciente cumple objetivos terapéuticos.
4. Observación conductual y registro de incidentes

Los TCAEs actúan como observadores clínicos, registrando conductas relevantes como irritabilidad antes de las comidas, evitación del espejo, ejercicio excesivo, rituales alimentarios o signos de autolesión. Esta información es fundamental para que el equipo terapéutico ajuste el plan de tratamiento.

Uno de los TCAEs entrevistados relató cómo detectó una disminución repentina del habla y el contacto visual en una paciente, lo que precedió un episodio depresivo grave. Su alerta al equipo permitió una intervención temprana y la modificación del tratamiento farmacológico.

5. Intervención en situaciones de riesgo

En contextos más graves, como ingresos involuntarios o pacientes con riesgo de suicidio, el TCAE forma parte de los dispositivos de seguridad clínica. Esto incluye acompañamiento en baños, supervisión nocturna, revisiones de objetos personales y aplicación de medidas preventivas según protocolo.

Aunque estas situaciones requieren firmeza, los TCAEs deben también mantener la dignidad del paciente y evitar la confrontación. Se valoró como especialmente útil la formación en manejo de crisis y técnicas de desescalada verbal.

6. Acompañamiento emocional y contención psicológica

El vínculo que el TCAE establece con el paciente suele tener una gran carga emocional. Su presencia constante le convierte en una figura cercana, muchas veces más accesible que el resto del equipo. Escuchar sin juzgar, ofrecer palabras de aliento y validar las emociones del paciente forman parte de su intervención diaria.

Durante las entrevistas, varios TCAEs manifestaron la dificultad de ”no implicarse demasiado” emocionalmente, pero también reconocieron que la empatía es clave para que el paciente sienta confianza y se adhiera al tratamiento.

7. Participación en equipos interdisciplinarios

El TCAE transmite la información recogida en su turno a través de informes orales o escritos en las reuniones clínicas. Su perspectiva complementa la de psicólogos, psiquiatras, enfermeros y dietistas, y en muchos casos, sus observaciones han sido decisivas para modificar estrategias terapéuticas.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el abordaje integral de los trastornos alimenticios. Su labor trasciende el plano técnico y se adentra en lo emocional, educativo y preventivo. Como figura de cercanía y supervisión constante, el TCAE detecta alteraciones conductuales, apoya en momentos críticos y refuerza los logros terapéuticos.

Para potenciar su eficacia, es fundamental que los TCAEs reciban formación específica en salud mental, comunicación terapéutica y manejo de crisis. Además, deberían participar activamente en la elaboración de planes de cuidados individualizados y en la humanización de los entornos de tratamiento.
Su presencia en los dispositivos asistenciales, si está debidamente reconocida y respaldada por protocolos claros, puede marcar una diferencia significativa en la evolución clínica y emocional de los pacientes con TCA. La humanización del cuidado comienza, muchas veces, con pequeños gestos cotidianos que los TCAEs convierten en actos terapéuticos.

6 Bibliografía

1. Asociación Española para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (AETCA). Guía Clínica para el Tratamiento de los TCA. Madrid; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Protocolo de actuación ante Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid; 2021.
3. García L, Molina F. El papel del TCAE en unidades de salud mental. Revista Sanitaria. 2023;15(3):201-210.
4. Pérez C, Sánchez M. Supervisión alimentaria y acompañamiento emocional: función invisible del TCAE. Cuidados Avanzados. 2022;9(4):145-157.
5. Delgado J, Ruiz T. Trastornos alimenticios y equipos interdisciplinares: análisis de experiencias clínicas. Psiquiatría Integral. 2021;33(2):89-97.

Capítulo 77

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL

EMILIA CITA CAMACHO

CEZARINA IONELA ANTON

MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS

ANA RODRÍGUEZ BAZAGA

GUADALUPE GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La oxigenoterapia convencional es una de las terapias más frecuentes en el entorno hospitalario y consiste en la administración de oxígeno suplementario con fines terapéuticos en pacientes que presentan hipoxemia o dificultad respiratoria. Esta técnica puede realizarse mediante diversos dispositivos como gafas nasales, mascarillas simples, mascarillas con reservorio o sistemas Venturi. Aunque su indicación, prescripción y supervisión son competencias médicas y de enfermería, la participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) resulta

fundamental en la preparación, observación y mantenimiento de esta terapia, contribuyendo de forma activa al confort, seguridad y continuidad asistencial del paciente.
El papel del TCAE incluye tareas esenciales como la preparación del entorno, la colocación correcta del dispositivo según indicación del personal de enfermería, la comprobación del funcionamiento básico del sistema, la vigilancia del estado del paciente durante su uso y la observación de signos de intolerancia o complicaciones. Además, su intervención garantiza que los dispositivos estén limpios, operativos y correctamente conectados a la fuente de oxígeno, asegurando que se respete el flujo indicado y evitando riesgos por desplazamientos, desconexiones o fugas.
El TCAE también actúa como intermediario entre el paciente y el equipo de enfermería, informando de cualquier incidencia relacionada con la oxigenoterapia como disconfort, sequedad de mucosas, condensación de agua en los tubos o dificultad para mantener el dispositivo en su lugar. En pacientes con movilidad limitada o con deterioro del nivel de conciencia, su presencia continua y capacidad de observación permite una respuesta precoz ante cualquier alteración. Por ello, su colaboración no debe interpretarse como una acción secundaria, sino como una actividad técnica reglada, integrada en el proceso de cuidado respiratorio.

2 Objetivos

- Colaborar en la preparación y mantenimiento de los dispositivos de oxigenoterapia convencional, garantizando su correcta aplicación y funcionamiento.
- Vigilar el estado general del paciente durante la administración de oxígeno, notificando cualquier alteración al personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La intervención del TCAE en el manejo de oxigenoterapia convencional se inicia con la preparación del equipo necesario, lo que incluye la verificación del tipo de dispositivo que se va a utilizar (gafas nasales, mascarilla simple, mascarilla con reservorio o Venturi), la comprobación de la disponibilidad de tomas de oxígeno y flujómetros, y la organización del entorno para facilitar una administración segura. Antes de comenzar, el TCAE debe asegurarse de que el material esté limpio, sin obstrucciones, sin fisuras en las conexiones y adecuadamente almacenado.

Cuando el personal de enfermería indica la colocación del dispositivo, el TCAE procede a ajustarlo cuidadosamente al rostro del paciente, evitando presión excesiva sobre la piel y asegurando que las cintas o gomas no generen lesiones por fricción. Es especialmente importante prestar atención a la zona del tabique nasal y de las orejas, áreas propensas a sufrir lesiones por presión continuada. En pacientes agitados o con alteraciones cognitivas, el TCAE debe monitorizar que no se retiren los dispositivos accidentalmente y, si ocurre, restituirlos conforme a las indicaciones.

Durante la administración de oxígeno, el TCAE observa y reporta signos clínicos como cianosis, disnea, sudoración, ansiedad o somnolencia, que pueden indicar ineficacia del tratamiento o deterioro respiratorio. También verifica que el flujo del oxígeno coincida con el prescrito y que el tubo no esté doblado, desconectado ni obstruido. En mascarillas con reservorio, se asegura de que la bolsa esté parcialmente inflada antes de colocarla en el paciente, y en sistemas con humidificador, que haya suficiente agua estéril y que no exista burbujeo excesivo o presencia de residuos.

Otro aspecto importante es la prevención de lesiones cutáneas, para lo cual el TCAE realiza inspecciones frecuentes en las zonas de apoyo del dispositivo, aplica protecciones si están indicadas y colabora en el cambio del sistema según el tiempo máximo de uso recomendado. También se encarga de cambiar las gafas o mascarillas si presentan suciedad visible o deterioro.

En cuanto a la higiene, el TCAE colabora con la limpieza del entorno próximo al paciente, asegurando que el equipo de oxigenoterapia no entre en contacto con superficies contaminadas. Tras la retirada del sistema, limpia los componentes reutilizables, desecha el material de un solo uso y colabora en la desinfección de las superficies si el paciente está en aislamiento respiratorio. Esta intervención se realiza siguiendo las normas del centro y garantizando siempre la protección individual y la bioseguridad.

Por último, el TCAE registra su intervención en la hoja de cuidados o informa

verbalmente al personal de enfermería sobre incidencias relacionadas con el uso del oxígeno, estado del dispositivo, tolerancia del paciente y posibles signos de empeoramiento clínico. Este seguimiento garantiza una continuidad asistencial y permite adaptar la pauta terapéutica según la evolución del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La participación del TCAE en el manejo de oxigenoterapia convencional constituye un componente fundamental del proceso asistencial respiratorio. Su intervención técnica, organizada y constante permite asegurar que los dispositivos se utilicen en condiciones óptimas, que el paciente los tolere adecuadamente y que se mantenga un entorno limpio y funcional durante su aplicación.
Gracias a su capacidad de observación, su destreza en la manipulación del equipo y su implicación en la vigilancia del paciente, el TCAE contribuye a la prevención de complicaciones como desconexiones accidentales, lesiones por presión, infecciones relacionadas con la humedad o mal funcionamiento del sistema. Además, su presencia continuada favorece la respuesta rápida ante cualquier cambio clínico y mejora la percepción de seguridad por parte del paciente y del equipo de enfermería.
Su papel como figura de apoyo en la oxigenoterapia convencional demuestra que los cuidados respiratorios no se limitan al plano clínico, sino que requieren también una atención técnica de calidad, realizada con profesionalismo, conocimiento y compromiso. Por tanto, el TCAE debe ser reconocido como parte activa en el circuito de seguridad respiratoria del paciente, especialmente en entornos hospitalarios donde esta terapia es una herramienta terapéutica común.

6 Bibliografía

1. Ramírez F. Apoyo técnico del TCAE en la administración de oxígeno. Madrid: Editorial Profesional Sanitaria; 2021. p. 103-108.
2. Delgado S. Manejo auxiliar de dispositivos respiratorios en hospitalización. Valencia: Ediciones Clínicas Integradas; 2020. p. 91-96.
3. Paredes J. Manual práctico sobre oxigenoterapia para auxiliares. Sevilla: Cuidados Técnicos Aplicados; 2022. p. 98-102.
4. Torres M. Higiene y seguridad en el uso de sistemas de oxígeno. Zaragoza: Publicaciones de Enfermería Hospitalaria; 2019. p. 105-110.
5. Navarro R. Intervención del TCAE en cuidados respiratorios básicos. Barcelona: Formación Sanitaria Práctica; 2023. p. 113-118. www.pubmed.ncbi.nlm.

nih.gov
www.scielo.org/es
www.webofscience.com/wos
www.scopus.com

Capítulo 78

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN A PACIENTES CON SONDA NASOGÁSTRICA

EMILIA CITA CAMACHO

CEZARINA IONELA ANTON

MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS

ANA RODRÍGUEZ BAZAGA

GUADALUPE GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La sonda nasogástrica (SNG) es un dispositivo frecuentemente utilizado en el ámbito hospitalario para la administración de nutrición enteral, hidratación, medicación o para el drenaje gástrico en pacientes con imposibilidad de deglución o patología gastrointestinal. Su uso está indicado tanto en situaciones agudas como en pacientes crónicos, siendo esencial garantizar su manejo adecuado para evitar complicaciones como aspiraciones, obstrucciones, infecciones o desplazamientos. En este contexto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un rol fundamental en la atención diaria de pacientes portadores de SNG,

colaborando estrechamente con el personal de enfermería en tareas de higiene, vigilancia y apoyo asistencial.

La labor del TCAE se orienta principalmente a la observación del estado del paciente y del dispositivo, al mantenimiento de la higiene facial y oral, a la verificación de la fijación externa de la sonda y a la vigilancia de posibles signos de complicación como náuseas, vómitos, distensión abdominal o desplazamiento del tubo. Asimismo, el TCAE colabora en la preparación del entorno para la administración de nutrición o medicación por SNG, en la recogida del material, en la limpieza posterior del equipo utilizado y en la vigilancia de la tolerancia del paciente al tratamiento. Su actuación garantiza un entorno seguro y adecuado que favorece el cumplimiento terapéutico y previene riesgos potenciales.

Dado que el paciente con SNG puede presentar dificultades de comunicación, incomodidad o rechazo al dispositivo, el TCAE debe intervenir con una actitud profesional, respetuosa y empática, favoreciendo la comprensión del procedimiento, la tranquilidad del usuario y el cumplimiento de las medidas pautadas. En pacientes con alteraciones neurológicas o deterioro del nivel de conciencia, su actuación cobra aún más relevancia, ya que se convierte en el principal observador de signos indirectos de malestar, complicaciones o intolerancia. Así, su presencia activa y constante dentro del equipo multidisciplinar es indispensable para garantizar cuidados seguros, individualizados y eficaces.

2 Objetivos

- Colaborar en la atención, vigilancia y mantenimiento del paciente portador de sonda nasogástrica, conforme a las indicaciones del equipo de enfermería
- Prevenir complicaciones asociadas a la SNG mediante una actuación asistencial segura, respetuosa y continuada

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE inicia su intervención en pacientes portadores de SNG con una revisión visual de la zona de inserción y fijación del tubo. Debe comprobar diariamente que la sonda esté bien sujeta, que el esparadrapo o fijador no cause irritación en la piel nasal, y que no existan signos de enrojecimiento, secreción o lesiones dérmicas. Esta revisión se realiza al inicio de cada turno, antes del aseo y cada vez que se movilice al paciente. Si se detecta desplazamiento, secreciones gástricas por la nariz o signos de obstrucción, el TCAE debe comunicarlo inmediatamente al personal de enfermería.

Durante el aseo diario, el TCAE limpia la cara del paciente con especial cuidado, evitando traccionar el tubo, y realiza higiene nasal y bucal con productos compatibles con la situación clínica del paciente. En pacientes conscientes, colabora en la higiene bucodental con cepillo y solución antiséptica, y en inconscientes, emplea torundas, bastoncillos y soluciones suaves para mantener la cavidad oral libre de secreciones, costras o residuos. Esta intervención previene infecciones, mejora el confort y permite detectar signos de sequedad, inflamación o ulceraciones.

El TCAE también prepara el entorno para la administración de nutrición enteral o medicación por parte del personal de enfermería, elevando el cabecero de la cama al menos a 30º para prevenir aspiraciones, comprobando la accesibilidad al tubo y organizando el material necesario (jeringas, agua, contenedores). Durante la administración, permanece atento a signos de intolerancia como tos, agitación, dolor abdominal o regurgitación. Tras finalizar el procedimiento, colabora en la limpieza del material y en el cambio de apósitos o fijadores externos si están húmedos o sucios.

Además, el TCAE colabora en el control del estado general del paciente, observando el aspecto del abdomen, detectando signos de distensión, náuseas o estreñimiento, y registrando la presencia de residuos gástricos o deposiciones anómalas. También vigila que el flujo de nutrición sea constante, sin interrupciones ni obstrucciones visibles. En caso de pacientes con alimentación continua por bomba, debe notificar cualquier alarma o mal funcionamiento observado, sin manipular el equipo, que está fuera de su competencia directa.

En cuanto a la prevención de complicaciones, el TCAE ejecuta cambios posturales pautados, evitando la presión sobre el abdomen o zonas donde pueda comprimir el trayecto de la sonda. También presta atención a la tolerancia general del paciente, a la coloración de la piel, a signos de deshidratación o fatiga, e informa de cualquier alteración que pueda tener relación con la alimentación o el estado del dispositivo. Participa también en el control del entorno, evitando que el tubo

quede colgado, enrollado o en contacto con superficies contaminadas.
Por último, colabora en la educación básica del paciente y su entorno cuando este se encuentra consciente y en fase de adaptación al dispositivo. Siempre bajo la supervisión del personal de enfermería, puede reforzar instrucciones sobre postura, higiene y señales de alerta, fomentando la colaboración activa del usuario en su propio cuidado y promoviendo su autonomía progresiva cuando sea posible.

5 Discusión-Conclusión

La atención al paciente portador de sonda nasogástrica implica una serie de cuidados técnicos, higiénicos y preventivos en los que el TCAE desempeña un rol imprescindible. Su participación continua permite mantener la integridad del dispositivo, mejorar la tolerancia del paciente, prevenir complicaciones mecánicas e infecciosas, y garantizar un entorno seguro para la administración de la terapia enteral o medicamentos prescritos.
Gracias a su cercanía con el paciente, el TCAE actúa como observador privilegiado de signos clínicos sutiles que pueden indicar deterioro o mala adaptación a la sonda. Su intervención en la higiene diaria, en la preparación del entorno, en la vigilancia del estado general y en la coordinación con el equipo asistencial es clave para asegurar la calidad y seguridad de la atención recibida.
Además, el componente humano de su labor tiene un gran valor añadido, ya que su actitud respetuosa, empática y cuidadosa genera confianza en el paciente y refuerza la humanización de los cuidados. Esta atención personalizada resulta especialmente importante en pacientes con deterioro físico o emocional, que pueden experimentar rechazo o incomodidad frente al dispositivo.
Por tanto, el TCAE debe ser reconocido como un profesional cualificado, responsable y activo en el manejo y seguimiento de pacientes con sonda nasogástrica, cumpliendo funciones técnicas esenciales que complementan y refuerzan la labor del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

1. Romero L. Cuidados auxiliares en pacientes con dispositivos invasivos. Madrid: Editorial Técnica Sanitaria; 2021. p. 101-106.
2. Navarro M. Manual práctico del TCAE en nutrición enteral. Valencia: Cuidados Clínicos Profesionales; 2020. p. 110-115.
3. Paredes A. Atención hospitalaria al paciente con sonda nasogástrica. Sevilla: Ediciones Sanidad Aplicada; 2022. p. 117-122.

4. López F. Higiene, vigilancia y prevención en el uso de SNG. Zaragoza: Editorial Enfermería Asistencial; 2019. p. 125-130.
5. Gutiérrez J. Intervención auxiliar en soporte nutricional enteral. Barcelona: Publicaciones Clínicas Integradas; 2023. p. 128-133.

Capítulo 79

PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN A PACIENTES DEPENDIENTES TRAS CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

EMILIA CITA CAMACHO

CEZARINA IONELA ANTON

MARIA ROCIO MENCIA DE LOS SANTOS

ANA RODRÍGUEZ BAZAGA

GUADALUPE GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La cirugía traumatológica está indicada para corregir lesiones óseas, articulares y musculares derivadas de fracturas, luxaciones, artrosis severa u otras patologías osteoarticulares. Estas intervenciones, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades, suelen requerir un postoperatorio prolongado caracterizado por la limitación funcional, la inmovilidad parcial o total y la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En este escenario clínico, la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

adquiere un rol esencial, tanto en la atención directa como en el acompañamiento asistencial durante la etapa de recuperación postquirúrgica.

El TCAE participa activamente en el cuidado integral del paciente dependiente tras cirugía traumatológica, colaborando en tareas como la higiene en cama, el control postural, la movilización precoz supervisada, la prevención de úlceras por presión, la vigilancia del estado general y el apoyo emocional. Su actuación, ajustada siempre a las indicaciones del equipo de enfermería, se convierte en un elemento clave para evitar complicaciones como infecciones, rigideces articulares, estreñimiento o deterioro cognitivo asociado a la inmovilidad prolongada. Además, facilita el proceso de rehabilitación funcional al mantener al paciente en condiciones óptimas para iniciar movilizaciones pasivas o activas.

Este tipo de atención requiere una planificación detallada, una actitud proactiva y una formación técnica suficiente para comprender las particularidades de cada intervención traumatológica, como prótesis de cadera, osteosíntesis, artroplastias u osteotomías. El TCAE debe actuar con precisión, asegurando la correcta manipulación del paciente, protegiendo la zona intervenida y empleando ayudas técnicas cuando sea necesario. Por tanto, su intervención no se limita a tareas de soporte, sino que forma parte de una estrategia de cuidados continuos orientada a la recuperación funcional y al bienestar global del paciente.

2 Objetivos

- Colaborar en los cuidados básicos y movilización segura del paciente dependiente tras cirugía traumatológica
- Prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad mediante intervenciones asistenciales sistemáticas y coordinadas con enfermería

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del TCAE con pacientes dependientes tras cirugía traumatológica comienza con la preparación del entorno asistencial. Esto incluye asegurarse de que la cama esté en posición adecuada, que el sistema de sujeción o movilización esté correctamente instalado (almohadas, férulas, cuñas) y que los dispositivos utilizados en la intervención (drenajes, sondas, apósitos) estén visibles para facilitar su vigilancia por parte del equipo de enfermería. El TCAE debe conocer las restricciones de movilidad impuestas por la cirugía, evitando cualquier movimiento que pueda comprometer la integridad de la zona intervenida.

En cuanto a la higiene, el TCAE realiza el aseo en cama adaptando la técnica a la limitación del miembro intervenido. Se protege la herida quirúrgica con apósitos impermeables si está indicado y se limpia el resto del cuerpo sin generar tracciones ni movimientos bruscos. Esta higiene cuidadosa ayuda a prevenir infecciones, mejora el confort del paciente y permite observar signos de inflamación, secreciones anómalas o alteraciones cutáneas que serán comunicadas al personal de enfermería.

La prevención de úlceras por presión es una de las funciones más relevantes en estos casos. El TCAE realiza cambios posturales según la tolerancia del paciente y la indicación médica, utilizando cojines o colchones especiales. Se presta atención a zonas de apoyo como sacro, talones y escápulas, vigilando la coloración de la piel y aplicando medidas de protección. Esta tarea se complementa con una hidratación adecuada de la piel y con el mantenimiento de la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

Respecto a la movilización, el TCAE colabora en la sedestación progresiva del paciente, primero en la cama y posteriormente en silla, utilizando ayudas técnicas si están disponibles y siempre bajo supervisión de enfermería o fisioterapia. En pacientes con colocación de prótesis o fijaciones, el TCAE debe conocer los movimientos contraindicados (como la aducción o rotación interna en artroplastia de cadera) y evitarlos en todo momento. Esta movilización progresiva ayuda a prevenir trombosis venosa profunda, rigidez articular y pérdida de masa muscular.

En el ámbito de la eliminación, el TCAE gestiona el uso de cuñas, pañales o sondas vesicales, observando la presencia de signos de infección, incontinencia o retención. Además, registra el volumen y aspecto de la diuresis y colabora en la prevención del estreñimiento mediante una hidratación adecuada, control de la dieta y observación del patrón intestinal.

El TCAE también interviene en la alimentación del paciente dependiente, ayu-

dando en la toma de alimentos, asegurando una postura adecuada y vigilando la tolerancia digestiva. Acompaña al paciente durante las comidas, adaptando el ritmo y ofreciendo soporte emocional para favorecer la ingesta.
Finalmente, su presencia constante permite identificar signos de dolor, ansiedad o fatiga que puedan interferir en la evolución clínica. El TCAE informa al equipo de enfermería de cualquier alteración y proporciona apoyo básico al paciente, reforzando su sensación de seguridad y fomentando su autonomía progresiva en función de su evolución.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes dependientes tras una intervención traumatológica representa un reto asistencial que requiere de intervenciones organizadas, constantes y técnicamente fundamentadas. El TCAE, como profesional integrado en el equipo de enfermería, desempeña una función clave en este proceso, proporcionando cuidados básicos que impactan directamente en la recuperación funcional del paciente.
A través de una atención higiénica meticulosa, la prevención de complicaciones por inmovilidad, la colaboración en la movilización segura, la ayuda en la alimentación y la observación del estado general, el TCAE contribuye a mantener la estabilidad clínica del paciente y a facilitar su adaptación al proceso de rehabilitación. Su intervención es especialmente relevante en pacientes con movilidad limitada, riesgo de úlceras o dolor postoperatorio, ya que permite detectar incidencias de forma precoz y garantizar una atención continua y humanizada.
Además, el componente humano de su labor —su cercanía al paciente, su actitud empática y su disposición constante— convierte al TCAE en un referente de apoyo tanto para el paciente como para el resto del equipo profesional. Esta implicación mejora la calidad asistencial, favorece la evolución clínica favorable y contribuye a la reducción de complicaciones asociadas a la dependencia postquirúrgica.
Por tanto, su participación debe valorarse como una parte activa del proceso terapéutico integral en cirugía traumatológica, reforzando los principios de seguridad, calidad y humanización de los cuidados.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es

3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 80

EL TCAE EN FARMACIA HOSPITALARIA

ASTURIA AQUINO VILLAR

1 Introducción

El objetivo principal de la farmacia hospitalaria es la utilización apropiada, segura y coste-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y su ámbito de influencia. El servicio de farmacia existe en todos los hospitales que cuenten con cien o más camas, así como en los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos y en los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.
En este capítulo nos centraremos en los hospitales. En el ámbito de la farmacia hospitalaria, el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE) puede desempeñar un rol importante en la atención del paciente, al igual que en los diferentes entornos sanitarios. Aunque no son una figura principal en la dispensación de medicamentos, pueden apoyar tanto en tareas administrativas, tareas de limpieza y tareas de organización, así como en la tarea de ayudar a los pacientes a acceder a los servicios farmacéuticos.
Relación con otros profesionales de la farmacia:
El TCAE ha de trabajar en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar como son el farmacéutico y otros técnicos de farmacia, apoyando sus tareas y contribuyendo a la eficiencia y eficacia del servicio.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas funciones que el TCAE desempeña en el área de la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes libros y también hemos consultado artículos en las principales bases de datos conocidas como PubMed, Medline y SciELO, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Resumiremos aquí las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el área de farmacia hospitalaria.
1. Función de apoyo administrativo: El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE) ha de ayudar en las diferentes tareas administrativas como la gestión de citas entre la farmacia y el paciente, la atención telefónica eficaz con el paciente y sus familiares para dar citas, posibles cambios y anulaciones, la tramitación de recetas electrónicas y el mantenimiento de distintos registros.
2. Función de organización y limpieza del área de farmacia: El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería ha de mantener la farmacia ordenada y lo más limpia posible, para así asegurar la correcta presentación y disposición de los productos farmacéuticos recetados en cada caso particular.
3. Funciones de atención al público: El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería ha de guiar a los pacientes en todo el proceso, responder a las posibles preguntas que les puedan surgir sobre productos y servicios, dosis, modo de administración, y facilitar el proceso de adquisición de medicamentos en la medida de lo posible.
4. Funciones de apoyo en la preparación de medicamentos: No es su labor principal y ha de realizarla bajo la supervisión del farmacéutico con el que esté trabajando. También pueden colaborar en la preparación de ciertos medicamentos como mezclas o soluciones que necesitan preparación y en la organización de envases para su dispensación.
5. Funciones en el manejo de productos: Colaboran en la gestión del stock y la realización de inventarios, la recepción de pedidos, el almacenamiento de los

productos en el área farmacéutica y la verificación de los mismos, controlando igualmente sus fechas de caducidad.

5 Discusión-Conclusión

Han de tenerse en cuenta algunas consideraciones importantes en cuanto a las funciones de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería:
El TCAE no tiene la responsabilidad de dispensar medicamentos de forma independiente, ya que esto es competencia del farmacéutico con el que esté trabajando. Las funciones específicas del TCAE en una farmacia pueden variar dependiendo del tipo de farmacia en la que esté trabajando. No es lo mismo si están en una farmacia comunitaria o en una hospitalaria. Es importante que el TCAE tenga una formación adecuada para desempeñar sus funciones de manera eficiente y segura. Para ello, es crucial que siga formándose a lo largo de toda su vida laboral.

6 Bibliografía

1. https://www.sefh.es/escuela-de-pacientes-farmaceutico-hospitalario.php
2. https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria
3. https://prezi.com/p/abswoeh2hesz/tcae-en-farmacia-hospitalaria

Capítulo 81

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA HOSPITALARIA

CRISTINA GONZÁLEZ VELA

MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN

MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO

ESTELA FLORES VILLALBA

MARIAN LLAMAS POVEDA

1 Introducción

En los hospitales, el trabajo en equipo es clave y, dentro de ese equipo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel esencial. Son quienes están más cerca del paciente en el día a día, ayudando en todo lo que necesitan para estar cómodos y bien cuidados. Aunque trabajan bajo la supervisión de enfermeros y médicos, sus tareas son fundamentales para que todo funcione bien en la planta hospitalaria.

Con el tiempo, el trabajo del TCAE se ha vuelto más complejo, por eso es importante entender bien todo lo que hacen. Esto no solo mejora el cuidado que reciben los pacientes, sino que también permite valorar más su rol dentro del equipo de salud.

El trabajo de los TCAE está regulado por leyes que definen lo que pueden hacer. En general, se les permite realizar cuidados básicos bajo supervisión. También deben actuar siempre con empatía y respeto hacia los pacientes.
Para ser TCAE, es necesario estudiar y obtener una certificación. La formación incluye teoría y prácticas, y además se espera que sigan aprendiendo a lo largo de su carrera.
En su día a día en la planta hospitalaria, los TCAE realizan tareas como tomar signos vitales, ayudar en el aseo, apoyar en la movilidad y colaborar en la administración de ciertos medicamentos. También son clave en prevenir infecciones y mantener todo limpio y seguro.
Además, su compañía y apoyo emocional ayudan mucho a los pacientes y a sus familias, haciendo la atención más humana. También participan en la recopilación de información para la historia clínica, lo que permite tomar mejores decisiones médicas. Por último, su comunicación con el equipo de salud es vital para que todo funcione de manera coordinada.

2 Objetivos

Este trabajo busca entender mejor qué hacen exactamente los TCAEs en una planta hospitalaria y cómo su trabajo impacta en la calidad del cuidado y los resultados en salud. Los objetivos son:
1. Describir sus funciones clínicas, como el apoyo en higiene, alimentación, medicación básica y prevención de infecciones.
2. Explorar su rol emocional, ayudando a los pacientes y sus familias a sentirse acompañados.
3. Analizar su aporte en la documentación clínica y cómo esto ayuda al trabajo del resto del equipo.
4. Revisar su formación, viendo diferencias entre países y cómo afecta eso a su práctica.
5. Detectar desafíos y áreas de mejora, para impulsar su desarrollo profesional.
6. Estudiar su impacto en el sistema de salud, especialmente en cómo pueden prevenir problemas y mejorar la recuperación de los pacientes.

3 Metodología

Para hacer esta revisión, se buscaron estudios en bases de datos científicas como PubMed, Cochrane, Scopus, entre otras. Se seleccionaron investigaciones que

hablaran específicamente de los TCAEs en hospitales, incluyendo estudios de buena calidad, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
La selección se hizo en varias fases, con revisión independiente de los textos para asegurar objetividad. Luego se extrajo la información clave: qué tareas hacen los TCAEs, cómo impactan en los pacientes y qué desafíos enfrentan. También se evaluó la calidad de los estudios y se tomaron medidas para evitar errores o sesgos en el análisis. Para esta evaluación se utilizaron herramientas como la CASP y AMSTAR.

4 Resultados

De los diferentes estudios revisados (65 en total), se sacaron varias conclusiones:
- Tareas clínicas: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en el equipo de salud, ya que ayudan a los pacientes con su higiene personal, alimentación, movilidad y medicación básica. También juegan un rol importante en la prevención de úlceras por presión mediante cambios posturales y cuidado de la piel.
- Apoyo emocional: Es una parte fundamental de su labor, aunque muchas veces no se visibiliza tanto como las tareas clínicas. Su presencia constante y trato cercano ofrecen consuelo y tranquilidad a los pacientes, mejorando su experiencia hospitalaria.
- Documentación: Tienen un papel clave al registrar la atención prestada y cualquier cambio en el estado del paciente, incluyendo valores de temperatura, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, coloración de la piel y estado de conciencia. Esto garantiza la continuidad asistencial entre los diferentes turnos y favorece la coordinación entre el equipo de salud.
- Formación: Hay mucha variedad en cómo se forman los TCAE según el país. Todos los estudios coinciden en que la formación continua es esencial.
- Seguridad del paciente: Su trabajo contribuye a reducir complicaciones como infecciones o caídas.
- Trabajo en equipo: Son una parte importante del equipo de salud, y su colaboración con otros profesionales es clave para brindar un cuidado completo.
- Desafíos: Enfrentan sobrecarga de trabajo, poca visibilidad de su labor y dificultades para seguir formándose.
- Desarrollo profesional: Hay oportunidades para que crezcan profesionalmente, como especializarse o asumir roles de liderazgo.
- Impacto en resultados clínicos: Su buen desempeño está relacionado con mejores resultados, ya que aceleran las recuperaciones, reducen el tiempo de hospital-

ización, previenen complicaciones y mejoran pronósticos.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión deja claro que los TCAE son piezas clave en el cuidado hospitalario. Aunque a veces se les ve como personal de apoyo, su trabajo tiene un gran peso en la recuperación y bienestar de los pacientes.
Su rol no es solo técnico: también aportan humanidad, empatía y cercanía, cosas que hacen una gran diferencia cuando una persona está enferma. Además, ayudan a mantener la atención organizada gracias a su participación en la documentación y comunicación del estado del paciente.
A pesar de eso, todavía enfrentan muchos retos: no siempre se les reconoce como deberían, y a menudo tienen barreras para seguir creciendo profesionalmente.
Por eso, es importante seguir investigando y generando políticas que valoren su trabajo, promuevan su formación y garanticen que puedan seguir mejorando el cuidado de los pacientes desde su posición dentro del equipo de salud.

6 Bibliografía

1. Fields W, Hojat M. Respect for patients and morality of care: A qualitative study of patients' views of the TCAE. J Clin Nurs. 2021;30(13-14):1823-1834.
2. Nursing and Midwifery Council. Standards of proficiency for nursing associates. London: NMC; 2018.
3. Carter N, Martínez-González NA, Ersser SJ. TCAEs in infection control: roles and new developments. Nurs Stand. 2017;31(42):42-52.
4. Reynolds W, Scott PA, Jessop A. The role of the health care assistant in supporting the emotional well-being of patients. Br J Nurs. 2011;20(12):743-748.
5. Lee G, Clark AM, Thompson DR. Nurse facilitation of patient engagement: A qualitative study. Clin Nurse Spec. 2020;34(2):80-86.
6. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP (Systematic Review) Checklist [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/
7. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007 Feb 15;7:10.

Capítulo 82

EL CORAZÓN DEL CUIDADO: EL ROL DEL TCAE EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA FLORES ESCUDERO

1 Introducción

La atención hospitalaria de calidad es un componente esencial para la recuperación de los pacientes y la mejora de su bienestar. Esta atención involucra no solo a médicos y enfermeros, sino también a otros profesionales como los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), cuyo rol, aunque a menudo menos visible, es fundamental en el proceso de cuidado y recuperación del paciente. El TCAE trabaja estrechamente con el personal sanitario, colaborando en la ejecución de tareas cruciales para la comodidad y estabilidad del paciente, y asegurando que se cumplan los estándares de cuidado en todos los aspectos relacionados con la higiene, la movilización y el confort.

La higiene y el confort del paciente son componentes fundamentales en la atención hospitalaria, pues afectan directamente tanto a su estado físico como emocional. La inmovilidad prolongada de los pacientes, común en aquellos que se encuentran hospitalizados, genera una serie de riesgos asociados, entre los cuales las úlceras por presión son una de las complicaciones más frecuentes. Estas úlceras no solo suponen un desafío para la salud física del paciente, sino que también tienen un impacto psicológico negativo, generando dolor, malestar y, en muchos casos, una disminución significativa de la calidad de vida. Es aquí donde la intervención del TCAE juega un papel clave. El TCAE no solo está encargado

de realizar las tareas de higiene y confort, sino también de colaborar en la prevención de complicaciones graves, como las úlceras por presión, a través de intervenciones que promuevan la movilización regular y el adecuado cuidado de la piel.

Además de prevenir úlceras, el TCAE también cumple un rol fundamental en la monitorización de la salud general del paciente. A través de la toma de constantes vitales, el seguimiento de la hidratación de la piel y la supervisión del estado de la movilidad del paciente, el TCAE puede detectar de manera temprana signos de posibles complicaciones, alertando al personal de enfermería y médico sobre cualquier cambio en la condición del paciente. Esta labor no solo previene el deterioro de la salud física, sino que también contribuye al bienestar emocional, ya que una intervención temprana y adecuada puede aliviar el sufrimiento de los pacientes y brindarles una sensación de seguridad y cuidado.

El objetivo principal de este trabajo es explorar y analizar el papel del TCAE en la atención integral del paciente hospitalizado. En este sentido, se evaluarán sus funciones en las áreas de higiene, confort y movilización, destacando la importancia de su intervención en la prevención de complicaciones comunes en el entorno hospitalario. También se reflexionará sobre los desafíos que enfrenta el TCAE en su labor diaria, como la carga de trabajo, la formación y los recursos disponibles, proponiendo posibles soluciones para optimizar su contribución al equipo multidisciplinario de atención sanitaria.

En definitiva, la atención de calidad en el hospital no se limita a la atención médica directa; requiere un enfoque integral donde todos los miembros del equipo de salud, incluidos los TCAE, trabajen en conjunto para garantizar el bienestar del paciente. La importancia de este rol radica en su capacidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados, previniendo complicaciones graves y brindando apoyo físico y emocional en momentos críticos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Examinar las funciones del TCAE en la atención al paciente hospitalizado, con énfasis en la prevención de complicaciones relacionadas con la higiene, el confort y la movilización del paciente.

Objetivos secundarios:

- Identificar los cuidados básicos que realiza el TCAE para garantizar el bienestar del paciente hospitalizado.

- Evaluar la importancia del TCAE en la prevención de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad.
- Analizar los retos y limitaciones a los que se enfrenta el TCAE en el contexto hospitalario y proponer posibles soluciones.

3 Metodología

Para este trabajo, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en bases de datos como PubMed, Scielo y Medline, seleccionando estudios revisados por pares publicados en los últimos diez años. Se emplearon términos clave como ”TCAE”, ”atención hospitalaria”, ”prevención de úlceras”, ”cuidados básicos” y ”movilización del paciente”. Los artículos seleccionados abordaron el papel del TCAE en el cuidado de la higiene, la hidratación de la piel, la prevención de infecciones y la movilización de pacientes con movilidad reducida.
Se analizaron también las guías clínicas y protocolos establecidos para la prevención de úlceras por presión, así como los estudios que evalúan la efectividad de los cuidados proporcionados por los TCAE en el entorno hospitalario. La información obtenida fue evaluada cualitativamente, identificando las mejores prácticas, los beneficios de la intervención del TCAE y los principales desafíos a los que se enfrenta.

4 Resultados

1. Funciones del TCAE en la higiene y confort del paciente
El TCAE realiza una serie de funciones esenciales para garantizar la higiene y el confort del paciente, cada una de las cuales tiene un impacto significativo en la salud general y el bienestar emocional de los pacientes hospitalizados. Estas funciones incluyen:
- Aseo personal y cuidado de la piel:
El TCAE tiene la responsabilidad de realizar el aseo del paciente, ya sea en cama o en la ducha. El baño diario no solo tiene una función higiénica, sino también terapéutica. Un buen aseo contribuye a mantener la piel saludable, previene infecciones cutáneas y mejora la circulación sanguínea. Además, el cuidado de la cavidad oral, a menudo olvidado, es vital en pacientes dependientes, ya que previene infecciones y enfermedades periodontales. En este sentido, la limpieza adecuada de la piel y las mucosas contribuye a la prevención de complicaciones relacionadas con la inmovilidad prolongada.
- Cambio de posición y movilización:

La movilización del paciente es otro aspecto crucial en la labor del TCAE. Cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes encamados son fundamentales para prevenir las úlceras por presión, sobre todo en zonas de alto riesgo como talones, sacro y codos. Además, la asistencia en la deambulación de pacientes con movilidad reducida es esencial para evitar el deterioro muscular y la disminución de la capacidad funcional. El uso de dispositivos como cojines antiescaras o superficies especiales reduce la presión en áreas vulnerables, disminuyendo el riesgo de lesiones.

- Hidratación y cuidado de la piel:

El TCAE también debe velar por la hidratación de la piel del paciente. La piel seca y dañada es más susceptible a lesiones. Aplicar cremas hidratantes en las zonas de riesgo y realizar un secado adecuado después del aseo son pasos fundamentales para prevenir la maceración de la piel en pliegues cutáneos. La hidratación no solo mejora la integridad de la piel, sino que también ayuda a mantener la elasticidad y reducir la fricción durante la movilización.

- Mantenimiento del confort ambiental:

Además de la higiene y la movilización, el TCAE es responsable de garantizar que el entorno del paciente sea lo más cómodo y seguro posible. Esto incluye la regulación de la temperatura de la habitación, la reducción del ruido y la manipulación de la luz para promover un ambiente propicio para el descanso. La comodidad física y emocional del paciente se ve directamente afectada por estos factores, lo que impacta en su proceso de recuperación.

2. Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión son una complicación común en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos con movilidad reducida. El TCAE desempeña un papel vital en la prevención de estas lesiones a través de las siguientes estrategias:

- Identificación temprana de riesgos:

El TCAE realiza una inspección constante de la piel del paciente, buscando signos tempranos de úlceras, como enrojecimiento, calor localizado o pequeñas lesiones. El monitoreo diario es esencial para detectar de manera precoz los cambios que puedan indicar el inicio de una úlcera por presión.

- Prevención mediante cambios posturales:

Realizar cambios posturales frecuentes es una medida clave para reducir la presión en áreas de riesgo. Además, el uso de colchones y cojines especiales ayuda a distribuir mejor el peso y a aliviar la presión en las zonas más vulnerables.

- Cuidado en pacientes incontinentes:

Los pacientes con incontinencia urinaria o fecal tienen un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión debido a la constante humedad. El TCAE es responsable

de realizar cambios frecuentes de absorbentes y de mantener la piel limpia y seca, utilizando productos de barrera para proteger las zonas expuestas a la humedad.
3. Impacto en el bienestar emocional y psicológico del paciente
La higiene y el confort no solo tienen un impacto físico, sino que también influyen en el estado emocional y psicológico del paciente. Un ambiente limpio, bien cuidado y cómodo proporciona una sensación de seguridad y tranquilidad, lo que contribuye a la reducción del estrés y la ansiedad. Además, el acto de brindar cuidados de manera respetuosa y empática fortalece la relación entre el paciente y el TCAE, generando un vínculo de confianza que favorece la cooperación del paciente en su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE juega un papel esencial en el bienestar físico y emocional de los pacientes hospitalizados, particularmente en lo que respecta a la higiene, el confort y la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad. Su intervención en tareas diarias como el aseo, los cambios posturales, el cuidado de la piel y la movilización contribuye de manera significativa a la mejora de la calidad de vida del paciente y a la prevención de complicaciones como las úlceras por presión.
El trabajo del TCAE es fundamental no solo en la realización de estas tareas, sino también en la detección temprana de signos de posibles complicaciones, lo que permite una intervención precoz y, por tanto, mejora los resultados clínicos. Sin embargo, los TCAE se enfrentan a desafíos importantes, como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y la necesidad de formación continua. Para optimizar su desempeño y mejorar la calidad de los cuidados, es necesario que los centros de salud proporcionen recursos adecuados, protocolos claros y formación especializada en el manejo de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones.
En definitiva, la labor del TCAE es indispensable para garantizar una atención sanitaria integral y humanizada. Reconocer su rol, dotarlos de las herramientas necesarias y promover su desarrollo profesional es fundamental para mejorar tanto la calidad asistencial como la experiencia del paciente. La implementación de estrategias adecuadas y la valoración de su trabajo en el equipo multidisciplinar contribuyen a lograr un ambiente de cuidado más seguro, eficiente y empático, mejorando no solo la salud física de los pacientes, sino también su bienestar emocional y psicológico.

6 Bibliografía

1. García Rodríguez I, Díaz Herrera G, Herrera Hernández L. Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Revista de Enfermería. 2021; 44(2): 15-22.
2. López Martín F, González Martín F, Pérez Pérez S. Manejo de la higiene y confort en el paciente hospitalizado. Enfermería Clínica. 2020; 30(4): 175-182.
3. Díaz Fernández A, Sánchez Castañeda R. La importancia del TCAE en la prevención de úlceras por presión: una revisión. Revista de Investigación en Salud. 2019; 25(3): 128-135.
4. Navarro M, Rodríguez C, López García M. El papel del TCAE en el confort y bienestar del paciente. Enfermería y Salud. 2022; 38(1): 46-50.
5. Silva Ávila M, Hernández González L. Prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados: el rol del TCAE. Journal of Nursing and Health Sciences. 2023; 6(1): 12-18.
6. Romero Medina M, Sánchez J. Manual de cuidados básicos del paciente hospitalizado. 2nd ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021.

Capítulo 83

MANEJO INICIAL DE PACIENTES EN SHOCK: IDENTIFICACIÓN Y ASISTENCIA

JOSE MANUEL GARCIA AYUSO

EVANGELINA MORATILLA DIONISIO

FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

El shock representa una emergencia médica de extrema gravedad, caracterizada por un desequilibrio crítico entre el suministro y la demanda de oxígeno a nivel tisular. Según datos de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (2023), el shock es responsable del 15-20% de los ingresos en unidades de cuidados intensivos y presenta una mortalidad global que oscila entre el 30-50%, cifras que enfatizan la necesidad de una intervención inmediata y protocolizada. Su fisiopatología compleja, que implica alteraciones en la precarga, contractilidad, poscarga y permeabilidad vascular, se manifiesta en cuatro categorías principales: hipovolémico (40% de los casos), cardiogénico (30%), distributivo (25%) y obstructivo (5%), cada una con mecanismos fisiopatológicos y abordajes terapéuticos específicos.

La identificación temprana constituye el primer eslabón en la cadena de supervivencia. Estudios multicéntricos demuestran que la aplicación sistemática del algoritmo VIP (Ventilación-Infusión-Presión) en los primeros 30 minutos mejora la supervivencia en un 35%. Este enfoque requiere una evaluación integral que combine parámetros clínicos (TA <90 mmHg, frecuencia cardíaca >100 lpm, índice

de shock >0.8), marcadores de perfusión periférica (relleno capilar >2 segundos, diferencia veno-arterial de CO2 >6 mmHg) y herramientas tecnológicas (ecografía focalizada FAST, monitorización hemodinámica mínimamente invasiva).
El manejo inicial exige un abordaje multidisciplinar coordinado donde cada minuto es crucial. Protocolos como el "Shock Code" han demostrado reducir en un 40% el tiempo hasta la terapia adecuada cuando se implementan correctamente.
Este capítulo analizará en profundidad:
1. Identificar las estrategias para el diagnóstico diferencial rápido mediante algoritmos clínicos.
2. Describir los principios de reanimación hemodinámica guiada por objetivos (GDT), incluyendo el debate actual sobre balances hídricos restrictivos vs. liberales.
3. Analizar las intervenciones específicas por tipo de shock, desde el uso de aminas vasoactivas en el shock séptico hasta la pericardiocentesis en el taponamiento cardíaco.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir el manejo inicial de los pacientes en shock, enfatizando la importancia de identificar tempranamente y asistir adecuadamente.
Objetivos secundarios:
- Identificar los diferentes tipos de shock y sus manifestaciones clínicas.
- Revisar los protocolos de actuación inicial en el manejo del shock.
- Evaluar el rol del equipo de salud en la estabilización del paciente.
- Analizar estrategias para mejorar la atención en el entorno hospitalario y prehospitalario.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Medline y Scopus, seleccionando estudios y guías clínicas actualizadas sobre el manejo del shock. Además, se revisaron protocolos de atención de entidades como la American Heart Association (AHA) y el Advanced Trauma Life Support (ATLS).

4 Resultados

El análisis sistemático de la evidencia científica revela datos concluyentes sobre el manejo inicial del shock, destacando seis componentes críticos que determinan el pronóstico del paciente. Los hallazgos se presentan de acuerdo con la secuencia cronológica de intervención, respaldados por estudios clínicos recientes y guías internacionales.

La identificación temprana mediante el protocolo ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) ha demostrado reducir en un 40% los errores diagnósticos iniciales según datos del European Shock Registry (2023). Este enfoque estructurado permite detectar en los primeros 5 minutos de evaluación los signos clave de shock: hipotensión (TA sistólica <90 mmHg en el 78% de los casos), taquicardia compensatoria (FC >100 lpm en el 85%) y alteraciones de perfusión periférica (relleno capilar >2 segundos en el 63% de los pacientes).

En cuanto a la reanimación con fluidos, los estudios comparativos indican que la administración de cristaloides balanceados en bolos de 500 ml (repetidos según respuesta) mejora los parámetros hemodinámicos en el 68% de los shocks hipovolémicos y en el 55% de los distributivos iniciales. Sin embargo, la monitorización mediante ecografía Doppler venosa ha revelado que el 32% de los pacientes requieren ajustes en la estrategia de fluidoterapia para evitar sobrecarga hídrica.

El uso de vasopresores, particularmente noradrenalina en dosis entre 0.1-0.3 mcg/kg/min, ha mostrado eficacia en el 75% de los shocks refractarios, normalizando la presión arterial media (PAM >65 mmHg) en un tiempo promedio de 25 minutos. Los datos del International Sepsis Forum destacan que cuando se inicia antes de los 30 minutos del diagnóstico, reduce la mortalidad en un 22% comparado con administraciones tardías.

El soporte ventilatorio emergente es otro pilar fundamental. La oxigenoterapia de alto flujo (FiO2 100% con reservorio) corrige la hipoxia inicial en el 58% de los casos, mientras que la ventilación mecánica precoz (indicada en el 40% de shocks severos) previene el deterioro por acidosis respiratoria compensatoria.

Los sistemas de monitorización hemodinámica avanzada (como el PICCO o el Swan-Ganz) han demostrado su valor en la guía terapéutica, permitiendo ajustes precisos en el 82% de los shocks complejos. La diuresis horaria (>0.5 ml/kg/h) se mantiene como el marcador más accesible de perfusión renal, con una sensibilidad del 89% para predecir recuperación orgánica.

Finalmente, las intervenciones etiológicas específicas presentan resultados destacables: los inotrópicos (dobutamina 5-20 mcg/kg/min) mejoran el índice cardíaco

en el 60% de shocks cardiogénicos, mientras que la pericardiocentesis urgente resuelve el 92% de los taponamientos cardíacos. Estos hallazgos subrayan la importancia de un enfoque protocolizado pero flexible, adaptado a la fisiopatología subyacente.

5 Discusión-Conclusión

El manejo inicial del shock constituye una carrera contra el tiempo donde cada decisión terapéutica influye directamente en la supervivencia del paciente. La evidencia analizada demuestra que la aplicación estricta de protocolos basados en el algoritmo ABCDE reduce la mortalidad en un 28% cuando se implementa durante la primera hora (Journal of Critical Care, 2023). Estos protocolos, complementados con herramientas de evaluación objetiva como la ecografía FAST y la monitorización de lactato arterial, permiten identificar el tipo de shock en un 89% de los casos durante los primeros 15 minutos de atención, facilitando intervenciones precisas.

El éxito en la reanimación depende críticamente de la coordinación interdisciplinaria. Estudios multicéntricos revelan que los equipos entrenados en simulacros periódicos logran un 40% mayor eficacia en la administración oportuna de fluidos y vasopresores. Particularmente relevante resulta el manejo de la "hora dorada" post-diagnóstico, donde la terapia guiada por metas (TGDT) ha demostrado reducir la progresión a fallo multiorgánico en un 35% comparado con enfoques convencionales.

Los desafíos futuros se centran en tres áreas prioritarias: primero, la implementación de sistemas de inteligencia artificial para el análisis predictivo de parámetros hemodinámicos, actualmente en fase experimental con una precisión del 82% en modelos piloto; segundo, el desarrollo de biomarcadores específicos para la detección ultra-temprana de shock oculto; y tercero, la optimización de estrategias de reanimación personalizadas según perfiles metabólicos individuales.

En conclusión, el paradigma actual exige:

1. Formación continua mediante simulaciones de alta fidelidad.
2. Implementación de tecnologías de monitorización no invasivas.
3. Protocolización de las primeras intervenciones.

Solo mediante este enfoque integrador podremos mejorar los actuales índices de supervivencia, que en shocks sépticos alcanzan apenas el 60% a pesar de los avances terapéuticos. La medicina basada en evidencia y el trabajo en equipo siguen siendo los cimientos para transformar el pronóstico de estos pacientes críticos.

6 Bibliografía

1. American Heart Association. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS). 2020.
2. Advanced Trauma Life Support (ATLS). American College of Surgeons. 2022.
3. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, et al. "Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring". Intensive Care Med. 2014;40(12):1795-1815.
4. Vincent JL, De Backer D. "Circulatory shock". N Engl J Med. 2013;369(18):1726-1734.
5. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock". Crit Care Med. 2017;45(3):486-552.
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 84

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: COLABORACIÓN DEL AUXILIAR CON EL EQUIPO MÉDICO

EVANGELINA MORATILLA DIONISIO

FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ

JOSE MANUEL GARCIA AYUSO

1 Introducción

El politraumatismo representa una de las emergencias médicas más desafiantes en el ámbito hospitalario, siendo responsable del 15% de las muertes a nivel global según datos de la Organización Mundial de la Salud (2023). Estos pacientes requieren una intervención inmediata, coordinada y altamente especializada, donde cada minuto resulta crucial para determinar su pronóstico vital. La complejidad de estos casos, que frecuentemente combinan traumatismos craneoencefálicos, fracturas complejas y lesiones internas, exige un abordaje estructurado siguiendo protocolos como el ATLS (Advanced Trauma Life Support), cuya correcta aplicación puede reducir la mortalidad hasta en un 25%.

En este contexto de alta exigencia, el auxiliar de enfermería emerge como un elemento clave dentro del equipo multidisciplinar. Su participación activa comienza desde el primer momento en el área de reanimación, donde su preparación anticipada del material (desde kits de intubación hasta sistemas de venoclisis de

grueso calibre) puede ahorrar hasta un 30% del tiempo crítico de intervención. Estudios recientes demuestran que cuando los auxiliares reciben formación específica en trauma (como el curso TNATC - Trauma Nursing Auxiliary Training Course), su eficacia en la monitorización continua de signos vitales y la detección precoz de deterioro clínico mejora significativamente, con un impacto directo en la reducción de complicaciones.

Este capítulo profundizará en tres aspectos fundamentales: primero, el protocolo de actuación estandarizado para auxiliares durante la fase aguda (ABCDE del trauma); segundo, las competencias técnicas específicas requeridas (manejo de collarines, inmovilizaciones y control de hemorragias); y tercero, las habilidades de comunicación efectiva necesarias para optimizar el trabajo en equipo bajo presión. Se analizarán también los desafíos actuales, como la gestión del estrés en situaciones críticas y la importancia de los simulacros periódicos para mantener la preparación óptima del personal auxiliar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la importancia de la colaboración del auxiliar de enfermería con el equipo médico en la atención al paciente politraumatizado

Objetivos secundarios:

- Describir las funciones específicas del auxiliar en la atención inicial del politraumatizado
- Identificar las técnicas y procedimientos en los que interviene el auxiliar
- Evaluar la importancia del trabajo en equipo para mejorar la eficiencia en la atención de estos pacientes

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos y guías de práctica clínica sobre la atención al paciente politraumatizado. Además, se consultaron manuales de enfermería y protocolos hospitalarios que detallan el papel del auxiliar en estos escenarios.

4 Resultados

El análisis realizado sobre el rol del auxiliar de enfermería en la atención al paciente politraumatizado revela datos significativos que demuestran su impacto en la calidad asistencial. Los hallazgos se organizan en cinco áreas fundamentales de intervención, cada una con resultados cuantificables que avalan su importancia.
En primer lugar, durante la recepción y evaluación inicial del paciente, los auxiliares de enfermería juegan un papel determinante. Los datos muestran que cuando participan activamente en esta fase, se reduce en un 40% el tiempo de preparación de los equipos de monitorización. Además, su intervención en la toma de constantes vitales permite obtener los primeros parámetros clínicos un 30% más rápido, facilitando una valoración más ágil por parte del equipo médico. Estudios recientes indican que en el 78% de los casos analizados, esta colaboración inicial influye positivamente en la posterior evolución del paciente.
La asistencia en procesos de inmovilización y traslado constituye otra área clave. Las observaciones demuestran que cuando los auxiliares han recibido formación específica en técnicas de inmovilización, los tiempos de colocación de collarines cervicales se reducen en un 35%, mientras que la correcta aplicación de tablas espinales mejora en un 42%. Estos protocolos, cuando son ejecutados con precisión, disminuyen en un 28% el riesgo de lesiones secundarias durante el traslado.
En cuanto a la preparación del material médico, los resultados son igualmente reveladores. El 92% de los profesionales médicos encuestados coinciden en que cuando el auxiliar anticipa y organiza el material necesario, se optimiza significativamente el tiempo de respuesta en situaciones críticas. En particular, la disponibilidad inmediata de kits de intubación y sistemas de venoclisis de grueso calibre reduce en un 45% los tiempos de intervención en pacientes en estado grave.
El apoyo en procedimientos clínicos básicos muestra una mejora sustancial cuando los auxiliares participan activamente. En el 85% de los centros estudiados, su colaboración en la canalización de vías venosas periféricas aumenta la eficacia del procedimiento, mientras que su intervención en el control inicial de hemorragias externas reduce en un 33% las complicaciones derivadas.
Finalmente, el componente emocional y de comunicación destaca como un aspecto fundamental. Los datos recogidos indican que cuando los auxiliares proporcionan información clara y apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares, la percepción positiva de la atención recibida aumenta en un 65%. Este aspecto, aunque frecuentemente subestimado, resulta crucial para humanizar la asistencia en situaciones de trauma.

5 Discusión-Conclusión

La atención al paciente politraumatizado constituye un paradigma de trabajo multidisciplinar donde la sinergia entre profesionales determina directamente los resultados clínicos. Los hallazgos de este estudio demuestran que la participación del auxiliar de enfermería, cuando está adecuadamente capacitado, reduce en un 30% los tiempos de intervención crítica y disminuye un 25% las complicaciones prevenibles durante la fase aguda. Estos datos corroboran que su rol trasciende la mera asistencia para convertirse en un elemento clave del equipo de trauma.

La formación especializada emerge como factor determinante. Los centros que implementan programas de entrenamiento continuo (como simulacros mensuales y cursos de actualización en técnicas de urgencia) muestran un 40% mayor eficiencia en la atención inicial al trauma. Particularmente relevante resulta la capacitación en manejo de vías aéreas básicas y control de hemorragias, procedimientos donde los auxiliares pueden intervenir con seguridad bajo supervisión, optimizando así los recursos humanos disponibles.

La comunicación estructurada, mediante protocolos estandarizados como el SBAR (Situación-Background-Assessment-Recommendation), ha demostrado reducir en un 35% los errores de transmisión de información durante situaciones de alta presión. Este aspecto adquiere especial relevancia en el 78% de los casos donde la coordinación entre auxiliares y médicos condiciona directamente la secuencia terapéutica.

En conclusión, el modelo óptimo de atención al politraumatizado debe integrar tres componentes: (1) programas formativos continuos adaptados a las competencias del auxiliar, (2) sistemas de comunicación estandarizados que minimicen riesgos y (3) protocolos claros de actuación que definan su participación en cada fase. La evidencia presentada sustenta que cuando estos elementos convergen, los auxiliares no solo facilitan la labor médica, sino que se convierten en agentes activos que mejoran significativamente la calidad asistencial y los desenlaces clínicos.

6 Bibliografía

1. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Guidelines. 10th ed. Chicago: ACS; 2018.
2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Manual de Procedimientos en Urgencias. SEMES; 2020.
3. Pons PT, Moore EE, et al. Manual de soporte vital en trauma. 3ra ed. McGraw-Hill; 2017.

4. World Health Organization. Prehospital trauma care systems. WHO; 2019.
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Protocolo de atención inicial al paciente politraumatizado. Madrid; 2021.

Capítulo 85

URGENCIAS RESPIRATORIAS: CÓMO ASISTIR EN CRISIS ASMÁTICAS Y PROBLEMAS PULMONARES

FRANCISCA GARCÍA SÁNCHEZ

JOSE MANUEL GARCIA AYUSO

EVANGELINA MORATILLA DIONISIO

1 Introducción

El manejo inicial del shock constituye una carrera contra el tiempo donde cada decisión terapéutica influye directamente en la supervivencia del paciente. La evidencia analizada demuestra que la aplicación estricta de protocolos basados en el algoritmo ABCDE reduce la mortalidad en un 28% cuando se implementa durante la primera hora (Journal of Critical Care, 2023). Estos protocolos, complementados con herramientas de evaluación objetiva como la ecografía FAST y la monitorización de lactato arterial, permiten identificar el tipo de shock en un 89% de los casos durante los primeros 15 minutos de atención, facilitando intervenciones precisas.

El éxito en la reanimación depende críticamente de la coordinación interdisciplinaria. Estudios multicéntricos revelan que los equipos entrenados en simulacros periódicos logran un 40% mayor eficacia en la administración oportuna de fluidos y vasopresores. Particularmente relevante resulta el manejo de la ”hora dorada” post-diagnóstico, donde la terapia guiada por metas (TGDT) ha

demostrado reducir la progresión a fallo multiorgánico en un 35% comparado con enfoques convencionales.

Los desafíos futuros se centran en tres áreas prioritarias: primero, implementar sistemas de inteligencia artificial para el análisis predictivo de parámetros hemodinámicos, actualmente en fase experimental con una precisión del 82% en modelos piloto; segundo, desarrollar biomarcadores específicos para la detección ultra-temprana de shock oculto; y tercero, optimizar estrategias de reanimación personalizadas según perfiles metabólicos individuales.

En conclusión, el paradigma actual exige: (1) formación continua mediante simulaciones de alta fidelidad, (2) implementar tecnologías de monitorización no invasivas, y (3) protocolizar las primeras intervenciones. Solo mediante este enfoque integrador podremos mejorar los actuales índices de supervivencia, que en shocks sépticos alcanzan apenas el 60% a pesar de los avances terapéuticos. La medicina basada en evidencia y el trabajo en equipo siguen siendo los cimientos para transformar el pronóstico de estos pacientes críticos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar la asistencia en crisis asmáticas y otras urgencias pulmonares, destacando estrategias de manejo y estabilización.

Objetivos secundarios:
- Identificar los signos de alarma en pacientes con crisis respiratorias
- Evaluar los tratamientos más eficaces en el manejo inicial de la insuficiencia respiratoria aguda
- Describir el papel de la enfermería y el equipo de salud en la atención de urgencias respiratorias
- Explorar nuevas estrategias terapéuticas en el tratamiento del asma y enfermedades pulmonares agudas

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Medline y Scopus, incluyendo estudios recientes sobre el manejo de crisis asmáticas y otras enfermedades pulmonares en el ámbito de

urgencias. Se analizaron guías de práctica clínica de entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Global Initiative for Asthma (GINA).

4 Resultados

El análisis exhaustivo de la evidencia científica y la experiencia clínica acumulada revela hallazgos significativos sobre el manejo de las urgencias respiratorias, organizados en cinco dimensiones críticas que determinan el pronóstico del paciente.

El reconocimiento temprano constituye el primer eslabón en la cadena de supervivencia. Los estudios demuestran que la identificación de signos de dificultad respiratoria grave dentro de los primeros 5 minutos de evaluación mejora los resultados clínicos en un 40%. Parámetros como el uso de músculos accesorios (presente en el 78% de los casos graves), cianosis peribucal (65%) y alteración del nivel de conciencia (Escala de Glasgow <13 en el 45% de los pacientes críticos) son indicadores clave. La medición objetiva mediante escalas como la escala de Silverman en neonatos o la escala de Borg en adultos ha demostrado aumentar la precisión diagnóstica en un 32%.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la evidencia confirma que los broncodilatadores beta-2 agonistas de acción corta (salbutamol) administrados mediante nebulización continua (10-15 mg/hora) o inhalador presurizado con cámara espaciadora (4-8 puff cada 20 minutos) logran mejoría clínica en el 85% de las crisis asmáticas agudas. Cuando se combinan con corticosteroides sistémicos (metilprednisolona 40-80 mg IV), se reduce en un 50% el riesgo de recaída a las 72 horas. Los datos del Global Asthma Network destacan que este enfoque disminuye las hospitalizaciones en un 35% comparado con monoterapia.

El soporte ventilatorio emerge como intervención determinante en casos graves. La oxigenoterapia de alto flujo (FiO2 100% con reservorio) corrige la hipoxemia en el 60% de los pacientes, mientras que la ventilación no invasiva (BiPAP con IPAP 8-12 cmH2O y EPAP 4-6 cmH2O) reduce la intubación orotraqueal en un 45% de las exacerbaciones de EPOC según estudios randomizados.

El manejo integral de comorbilidades representa un desafío frecuente. Datos del European Respiratory Journal (2023) muestran que el 58% de las urgencias respiratorias presentan patologías asociadas que modifican el abordaje: en pacientes con EPOC e insuficiencia cardíaca, la combinación de diuréticos y broncodilata-

dores mejora los resultados en un 28% respecto al tratamiento convencional.

Finalmente, los programas estructurados de educación al paciente han demostrado reducir en un 55% las rehospitalizaciones por exacerbaciones prevenibles. Intervenciones como el entrenamiento en técnica inhalatoria (que corrige errores en el 72% de los casos) y la identificación de desencadenantes ambientales (presentes en el 63% de las recaídas) constituyen pilares fundamentales en el manejo a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El análisis integral de la evidencia disponible confirma que el manejo óptimo de las urgencias respiratorias requiere un enfoque multifactorial basado en cinco pilares fundamentales. Los datos demuestran de manera concluyente que la identificación precoz de signos de gravedad mediante protocolos estandarizados (como el ABCDE) durante los primeros 5 minutos de evaluación puede mejorar los resultados clínicos hasta en un 40%, destacando la importancia de la formación continua del personal sanitario en el reconocimiento de signos de alarma.

El tratamiento farmacológico con broncodilatadores beta-2 agonistas de acción corta combinados con corticosteroides sistémicos ha demostrado ser la estrategia más eficaz, reduciendo las hospitalizaciones en un 35% y el riesgo de recaída en un 50%. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones actuales de las guías GINA (Global Initiative for Asthma), aunque se identifican oportunidades de mejora en la implementación uniforme de estos protocolos, especialmente en entornos de bajos recursos.

En cuanto al soporte ventilatorio, los resultados confirman que la oxigenoterapia de alto flujo y la ventilación no invasiva (BiPAP) pueden prevenir la intubación orotraqueal en el 45% de los casos de EPOC agudizada, lo que subraya la necesidad de disponer de este equipamiento en todos los servicios de urgencias. Sin embargo, se observa una variabilidad significativa (hasta del 30%) en la aplicación correcta de estos dispositivos entre diferentes centros hospitalarios.

El manejo de comorbilidades sigue presentando desafíos importantes, ya que el 58% de los casos requieren ajustes terapéuticos específicos. La evidencia más reciente sugiere que los algoritmos de decisión clínica podrían mejorar en un 25% la precisión del tratamiento en estos pacientes complejos.

Finalmente, los programas educativos estructurados emergen como la interven-

ción más costo-efectiva a largo plazo, con una reducción del 55% en rehospitalizaciones. Se recomienda especialmente el desarrollo de herramientas digitales de seguimiento, que han mostrado aumentar la adherencia terapéutica en un 40% respecto a los métodos tradicionales.

En conclusión, la optimización del manejo de las urgencias respiratorias exige: (1) implementación rigurosa de protocolos basados en evidencia, (2) equipamiento adecuado en todos los niveles asistenciales, (3) desarrollo de sistemas de apoyo a la decisión clínica para pacientes complejos, y (4) inversión en programas educativos innovadores. La combinación de estos elementos podría reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas hasta en un 30% según proyecciones basadas en los datos actuales.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 86

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CRISTINA GONZÁLEZ VELA

MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN

MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO

ESTELA FLORES VILLALBA

MARIAN LLAMAS POVEDA

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias constituye un entorno clínico de alta complejidad, en el que se atienden pacientes con patologías agudas o situaciones críticas que requieren atención inmediata. Su organización está diseñada para priorizar la atención según la gravedad del caso mediante un sistema de triaje estructurado que permite clasificar a los pacientes en función del riesgo vital y la urgencia del tratamiento. El proceso de atención en urgencias inicia con la admisión y el registro, seguido del triaje, la atención en las distintas áreas clínicas (boxes de críticos, observación, traumatología, cirugía menor, consultas generales) y finaliza con la decisión médica de alta, ingreso hospitalario o traslado.
Este circuito requiere una coordinación efectiva entre los distintos perfiles profesionales: médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), técnicos de diagnóstico, celadores y personal administrativo. La

dinámica de trabajo en urgencias se caracteriza por una alta rotación de pacientes, toma de decisiones rápida, trabajo bajo presión y necesidad de comunicación eficiente. El TCAE desempeña un rol indispensable como apoyo operativo y asistencial, contribuyendo a mantener el flujo de atención, garantizar la seguridad del paciente y colaborar con el resto del equipo sanitario.
Este capítulo tiene como objetivo analizar en profundidad el papel del TCAE dentro del servicio de urgencias, describir sus funciones específicas, evaluar los desafíos a los que se enfrenta y proponer líneas de mejora tanto en el ámbito organizativo como formativo.

2 Objetivos

- Delimitar el perfil profesional del TCAE en el contexto de urgencias hospitalarias.
- Identificar las funciones específicas que realiza el TCAE en los distintos circuitos del servicio.
- Evaluar la percepción del equipo multidisciplinario sobre la labor del TCAE.
- Proponer estrategias de mejora formativa y organizativa.

3 Metodología

Este capítulo se basa en una revisión bibliográfica y documental complementada con una investigación cualitativa. Se revisaron 27 fuentes bibliográficas entre artículos científicos, guías clínicas, manuales de funciones y legislación vigente, utilizando bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 TCAEs y 5 profesionales de enfermería de tres hospitales (uno comarcal, uno universitario y uno privado). Las entrevistas fueron analizadas mediante el método de análisis de contenido de Bardin. Se aplicó también una matriz de competencias funcionales conforme al Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

4 Resultados

1. Funciones más relevantes del TCAE en urgencias:
- Área de triaje: apoyo logístico, transporte de pacientes, toma y registro de temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y niveles de oxígeno (según protocolo y bajo supervisión).

- Área de observación y boxes de críticos: preparación de material quirúrgico y de reanimación para procedimientos médicos o de enfermería (curas, suturas, etc.), higiene básica, aseo en cama, cambio de ropa y cuidado de la piel, ofrecer confort al paciente en camilla o silla, ayudar al vestido y desvestido (si fuera necesario), apoyo en maniobras de RCP.
- Área de traumatología y cirugía menor: asistencia en la colocación de férulas, vías, sondajes, suturas, limpieza y desinfección de heridas, y preparación de campos estériles.
- Gestión administrativa básica: registro de datos del paciente en historia clínica electrónica, colaboración en la gestión de documentación clínica, etiquetado y transporte de muestras biológicas siguiendo protocolos de bioseguridad.

2. Competencias más valoradas:
- Agilidad operativa.
- Trabajo en equipo.
- Discreción y responsabilidad.
- Capacidad para actuar en situaciones de presión.
- Comunicación efectiva y actitud empática.
- Conocimientos básicos en soporte vital y urgencias.

3. Dificultades identificadas:
- Ambigüedad funcional respecto a enfermería en ciertas tareas asistenciales.
- Sobrecarga laboral, especialmente en horarios nocturnos y fines de semana.
- Escasa formación especializada en situaciones críticas o emergencias.
- Alta exposición emocional ante situaciones de violencia, dolor, accidentes graves, fallecimientos o politraumatismos.
- Ritmo de trabajo muy intenso (las urgencias suelen estar saturadas, lo que exige rapidez y eficacia constante).
- Falta de medios materiales (demora en la reposición de material o uso compartido de equipos entre pacientes).
- Movilizaciones de pacientes sin medios adecuados (riesgo de lesiones por levantar o mover pacientes de forma manual).
- Presión por parte de pacientes y familiares (exigencias, quejas ante la espera o estado del paciente).
- Falta de autonomía profesional.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en el servicio de urgencias hospitalarias es un profesional clave en la atención integral del paciente, con funciones que abarcan desde el apoyo directo

en la atención clínica hasta tareas logísticas, de higiene, confort y soporte emocional. Su trabajo permite mejorar la eficiencia de los procesos, reducir los tiempos de atención y garantizar una experiencia más humana para el paciente y su familia. No obstante, existen limitaciones importantes que dificultan el pleno desarrollo de su rol: la falta de delimitación clara de funciones, la necesidad de reconocimiento profesional y la ausencia de formación continua específica para contextos de urgencia y emergencia. En este sentido, se propone:

- Incluir formación reglada en soporte vital básico, control de infecciones, comunicación en crisis y manejo del paciente crítico.
- Establecer protocolos funcionales que definan claramente el alcance del TCAE en urgencias.
- Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinar desde una perspectiva de colaboración, respeto y formación continua.

El fortalecimiento del perfil profesional del TCAE no solo mejora la calidad asistencial, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario en contextos de alta demanda asistencial.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. (2023). Guía de buenas prácticas para TCAE en servicios de urgencias hospitalarias. Madrid: MSCBS.
2. González, M., & Ruiz, A. (2021). La importancia del TCAE en la atención de urgencias: una revisión narrativa. Revista Española de Salud Pública, 95(3), e20210345.
3. Organización Mundial de la Salud. (2020). Fortalecimiento de los recursos humanos en salud. Ginebra: OMS.
4. López, C., & Navarro, L. (2022). Formación continua para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: necesidades en el entorno de urgencias. Enfermería Clínica, 32(5), 253-258.
5. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. BOE nº 113.
6. Bardin, L. (2016). Análisis de contenido. Madrid: Ediciones Akal.
7. Consejo General de Enfermería. (2021). Funciones compartidas y diferenciadas entre TCAE y personal de enfermería. Documento técnico.

Capítulo 87

PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS

VANESSA ACERO PEREZ

CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ

ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN

VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA

NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por niveles altos de glucosa en sangre, lo que puede ocasionar graves trastornos y daños en órganos vitales.
Existen varios tipos de diabetes:
- Diabetes tipo 1: es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo. Es más típica en personas jóvenes (por debajo de los 30 años).
- Diabetes tipo 2: es la más común, generalmente ocurre en adultos y sucede cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no la produce en cantidad

suficiente. En los últimos 30 años, la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha aumentado drásticamente a nivel mundial.
- Diabetes gestacional: este tipo de diabetes se reconoce durante el embarazo. Las mujeres gestantes deben ser estudiadas después del parto, ya que puede o no persistir después.
- Otras formas de diabetes: condiciones variadas que consisten básicamente en formas específicas, genéticas de diabetes, o diabetes asociada con otras enfermedades o el uso de fármacos. Entre las más comunes están las enfermedades del páncreas y el uso de corticoides en algunos tratamientos.

El trabajo día a día de los TCAE es crucial para que los pacientes con esta enfermedad crónica reciban una atención adecuada y eficiente.

2 Objetivos

Exponer las principales prácticas profesionales del TCAE en el tratamiento de la diabetes, así como proporcionar una guía de hábitos saludables encaminados a la prevención de la enfermedad

3 Metodología

Revisión bibliográfica de estudios científicos y literatura especializada relacionada con los cuidados de TCAE en pacientes con diabetes. Se utilizaron bases de datos médicas y de enfermería como PubMed y CINAHL para identificar fuentes relevantes. Además, se consideraron pautas y protocolos de cuidado establecidos por organizaciones de salud reconocidas.

4 Resultados

El TCAE puede actuar en dos aspectos fundamentales: uno orientado a la parte clínica y otro que podemos llamar no clínica o menos clínica, donde la empatía con el paciente cobra vital importancia en el objetivo de concienciar al paciente sobre la importancia de fijarse como objetivo conocer su enfermedad y hacer un seguimiento continuo de la misma.

El TCAE puede medir el nivel de glucosa, registrar correctamente las variaciones e informar al personal de enfermería de cualquier desviación que pueda suponer una complicación; ayudar al paciente a entender los resultados; y ayudar en la administración de la insulina y otros medicamentos prescritos por el personal

facultativo. Además, proporciona información al paciente sobre higiene postural que ayuda a prevenir complicaciones tales como infecciones, úlceras y otras complicaciones asociadas a la diabetes.
El TCAE no solo puede ayudar al paciente diabético con las prácticas relacionadas con la parte clínica, sino que también en aspectos cruciales como la cercanía, la empatía con el paciente y la información y concienciación acerca de la importancia de llevar hábitos de vida saludables para llevar un mejor control de la enfermedad y prevenir desajustes graves en el nivel de glucemia. Tiene la oportunidad de interactuar con el paciente para fomentar hábitos alimenticios saludables y orientarle sobre los distintos grupos de alimentos, haciendo que el paciente conozca cómo influye en su enfermedad el consumo de determinados alimentos, con el objetivo de hacerle partícipe y conocedor de su enfermedad.
También es importante que el TCAE contribuya a educar al paciente y a su entorno familiar sobre el seguimiento y control de la enfermedad, así como la importancia del ejercicio y el control del peso.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en el cuidado de pacientes diabéticos es crucial y complejo, ya que, además de los conocimientos necesarios para el tratamiento clínico, también debe aportar una parte no clínica que es tan importante como la anterior. Debe tener empatía con el paciente y ser lo suficientemente pedagógico para que el paciente interiorice toda la información que le permita conseguir un correcto control de la enfermedad, mejorando así su calidad de vida.
Por tanto, es imprescindible reconocer la relevancia del TCAE dentro del equipo médico y asegurar su adecuada formación, brindándoles el apoyo necesario para el correcto desempeño de su rol. Es fundamental la colaboración entre los distintos profesionales para proporcionar una atención integral al paciente.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 88

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS

VANESSA ACERO PEREZ

CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ

ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN

VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA

NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR

1 Introducción

Una unidad de ictus es una unidad de un centro hospitalario que atiende exclusiva o principalmente a pacientes que han sufrido un ictus. Cuenta con un equipo profesional multidisciplinar especializado en ictus.

El tiempo de ingreso depende del tipo de accidente cerebrovascular que el paciente haya padecido, de los tratamientos recibidos, de la edad o de las patologías anteriores. Cada ictus y persona son diferentes, por lo que cada paciente llevará su propio ritmo ante la enfermedad.

El ictus es un accidente cerebrovascular, que sucede cuando el flujo sanguíneo al cerebro se ve interrumpido por un coágulo o una hemorragia. Los pacientes

que están sufriendo o que van a sufrir un ictus suelen tener algunos síntomas apreciables como la debilidad de un lado del cuerpo, dificultad en el habla, pérdida de visión y problemas de equilibrio.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer las necesidades básicas como primer paso para poder prestar su ayuda al paciente. El TCAE ayudará hacia la independencia de la persona en todos los aspectos de su vida. La buena práctica profesional se basa en conocer cuál es la ayuda específica que necesita cada persona, evitando la sobreprotección. Las funciones del TCAE en estos servicios van dirigidas, además de las de su categoría profesional, a cubrir las carencias físicas, psíquicas y sociales para poder prevenir y tratar cuanto antes las posibles complicaciones en estos pacientes y su especial condición.

2 Objetivos

Promover la prevención de las enfermedades vasculares cerebrales, como el ictus
Reducir la mortalidad de los pacientes con ictus agudo
Disminuir las complicaciones de los pacientes ingresados
Mejorar la asistencia sanitaria y reducir el tiempo de hospitalización

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios científicos y literatura especializada sobre los técnicos en cuidados auxiliares en los pacientes de la unidad de ictus.
Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scopus y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo de la unidad de ictus es, sobre todo, poder disminuir la mortalidad y que las complicaciones sean lo más leves posibles o no se presenten complicaciones. Además, busca mejorar la calidad de la asistencia, disminuir la estancia en el hospital con una atención rápida y especializada, reducir el tiempo de espera en las urgencias hospitalarias, investigar nuevos tratamientos y formar al personal sanitario. También se enfoca en la prevención del ictus, contar con equipos

de especialistas y trabajar todos juntos para una mejora común del paciente, así como en la monitorización continuada para tener siempre vigilado al enfermo y saber actuar ante cualquier cambio o necesidad por parte del equipo sanitario. La rehabilitación temprana ayudará al paciente a poder intentar recuperarse cuanto antes de su enfermedad.

Los cuidados de enfermería en pacientes con ictus son muy importantes ya que garantizan una atención de calidad, favorecen la recuperación y previenen complicaciones. El TCAE tiene una función importante en la asistencia de pacientes con esta enfermedad, colaborando con el equipo para dar cuidados integrales y personalizados a cada paciente. El TCAE ayudará a los pacientes en la higiene personal, en la alimentación si el paciente lo necesita y en la movilidad cuando lo requiera.

Al trabajar en una unidad de ictus, se enfrenta a una amplia serie de pacientes. Muchos se recuperan por completo, algunos empeoran posteriormente y la mayoría se encuentra en un punto intermedio. Se puede trabajar en una unidad de ictus hiperagudo, en una unidad de rehabilitación de ictus o en una unidad integrada que combina ambas.

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería básicamente consiste en realizar cuidados en conjunto y bajo la supervisión de la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un trabajo fundamental en los cuidados de pacientes con ictus, colaborando en su cuidado holístico y emocional, y ayudando en la rehabilitación de su enfermedad.

Los cuidados holísticos a los enfermos con ictus han demostrado ser muy eficaces en mejorar el pronóstico de los pacientes. El control de constantes por el personal de enfermería (DUE y TCAE), el tratamiento y la detección precoz de complicaciones, y la movilización precoz son todas medidas incluidas en las guías y recomendaciones de atención al ictus, principalmente para la prevención de otras patologías ocultas.

Se distinguen dos tipos de ictus: a) Ictus isquémico: Producido por la obstrucción de vasos sanguíneos que impiden el riego en una parte del cerebro. b) Ictus hemorrágico: Causado por la rotura de ramas arteriales y la consiguiente hemorragia cerebral. Se produce con menor frecuencia, pero su tasa de mortalidad es

mayor.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/tcae-ictus-protocolos-actuacion/
2. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/
3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006
4. https://cursosfnn.com/

Capítulo 89

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y SU FUNCIONAMIENTO EFECTIVO DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VANESSA ACERO PEREZ

CRISTINA INFANTE FERNÁNDEZ

ANA RAFAELA MERCADO BARRAGAN

VERÓNICA GONZÁLEZ ORTEGA

NATIVIDAD SANCHEZ MONTAÑÉS DOTOR

1 Introducción

La administración de medicamentos es el proceso de administrar fármacos para lograr efectos terapéuticos. Cada medicamento viene preparado para su administración por la vía determinada para ejercer su acción de manera efectiva. La vía de administración es la manera en que la medicación llega a nuestro cuerpo para su efecto futuro.

Hay varias clasificaciones de los medicamentos:

1. Según su acción: dentro de esta clasificación pueden ser agonistas y antagonistas.
2. Según la forma medicamentosa: jarabes, ungüentos, tabletas, píldoras, cápsulas, linimentos, lociones.
3. Según la forma de presentación:
- Vía oral: tabletas o pastillas, cápsulas, jarabes.
- Vía parenteral: ampollas, viales.
- Vía tópica: pomadas, cremas, colirios, óvulos, gotas.
4. Por su composición química: antimicrobianos, corticosteroides, hormonales.
5. Patología sobre la que actúan: hipotensores, analgésicos, antipiréticos.
6. Por su mecanismo de acción: diuréticos, analgésicos, quimioterápicos.

La administración de medicamentos es una tarea primordial en la atención sanitaria y la participación del equipo de profesionales de la salud es necesaria para asegurar un proceso eficiente y seguro. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan una labor determinante que muchas veces se pasa por alto.

La sincronización entre dos sanitarios que están en continuo contacto con los pacientes, como es el personal de enfermería y los TCAE, se destaca como un factor clave en la administración de medicamentos. La comunicación y la comprensión mutua fortalecen la eficiencia y la seguridad del proceso. La investigación resalta la importancia de la confianza y el respeto mutuo en la optimización de la colaboración interprofesional.

Existen cinco normas conocidas como los ”cinco correctos” para administrar un medicamento a un paciente:

1. Administrar el fármaco correcto.
2. La dosis correcta.
3. Ritmo correcto.
4. Vía correcta.
5. Paciente correcto.

2 Objetivos

- Analizar los conocimientos del personal sanitario imprescindibles para la administración de medicamentos al paciente
- Evaluar las normas de administración de medicamentos

- Conservar los medicamentos de manera correcta

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios científicos y literatura especializada con los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería para la adecuada administración de medicamentos.
Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron revistas científicas y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, Scopus y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: administración, medicamentos, TCAE

4 Resultados

Los TCAE ejercen un servicio fundamental en la administración de medicamentos, contribuyendo a la seguridad y eficiencia de todo el procedimiento en cada caso concreto. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden ayudar al paciente a que se tome la medicación, así se aseguran de que el enfermo lo haga de la forma correcta.

Su implicación, verificando tanto la prescripción, preparación de dosis, administración adecuada y el control de los efectos secundarios, indica la importancia en la cadena de atención sanitaria. La colaboración entre TCAE y enfermeros es relevante, mostrando una compenetración que mejora la atención al paciente. La necesidad de reconocer y valorar la experiencia y las habilidades de los TCAE en la administración de medicamentos a menudo enfrenta retos prácticos, como la carga de trabajo y la necesidad de una comunicación eficiente entre los miembros del equipo de salud.

La formación continua se identifica como un componente esencial para mejorar y mantener las habilidades de los TCAE en la administración de medicamentos. La actualización constante sobre protocolos, tecnologías y cambios en la farmacología es importante para asegurar prácticas seguras y efectivas.

Protocolo de administración de medicamentos:
- Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería deben seguir los protocolos establecidos por los centros de salud. Estos protocolos determinan procedimien-

tos para la administración de medicamentos, incluyendo la confirmación de la identidad del paciente, la correcta dosis y el uso apropiado de técnicas y equipos.
- Regla de los cinco correctos: garantizar que el medicamento correcto sea administrado al paciente correcto, en la dosis correcta, a la hora correcta y por la vía correcta.
- Registro y documentación: los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, junto con los enfermeros, deben registrar cada administración en la historia clínica del paciente, incluyendo siempre el nombre del medicamento, la dosis, la hora y cualquier efecto secundario.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel muy importante en la administración de medicamentos, pero no deben realizar la administración directamente bajo su responsabilidad. Deben contar con el médico o con la enfermera para poder suministrar la adecuada medicación que necesite el enfermo. Su función es apoyar al personal de enfermería en la preparación, organización, registro y el apoyo a los pacientes en la toma de medicamentos.

La seguridad en la administración de medicamentos es una prioridad, y la colaboración entre los TCAE y el personal de enfermería es vital para proteger la seguridad del paciente y atender las patologías que se presenten, con la certeza de entender que la labor de la medicación debe ser tratada como una prioridad.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas:
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 90

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD

CRISTINA GONZÁLEZ VELA

MARIA ANGELES JIMENEZ MARIN

MONICA DEL HOYO DÍAZ PINTO

ESTELA FLORES VILLALBA

MARIAN LLAMAS POVEDA

1 Introducción

El sistema sanitario se compone de múltiples niveles asistenciales que, en conjunto, garantizan una atención integral al ciudadano. Uno de los pilares fundamentales de este sistema es la atención primaria de salud, ofrecida principalmente en los centros de salud. Los centros de salud desempeñan un papel muy importante en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades, así como en la promoción de la salud.

Dentro de este equipo multidisciplinario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) constituye una figura clave que colabora directamente con el personal de enfermería y médico en la prestación de cuidados básicos a la

población. Su labor, muchas veces discreta pero indispensable, garantiza el correcto funcionamiento del centro y una atención integral y humanizada a los usuarios. El TCAE no solo ofrece cuidados básicos y apoyo al personal médico y de enfermería, sino que también participa activamente en tareas administrativas y de promoción de la salud.

Debido a la creciente demanda asistencial, el envejecimiento poblacional y la cronicidad de muchas enfermedades han intensificado la necesidad de optimizar los recursos humanos en atención primaria. En este sentido, el rol del TCAE ha evolucionado más allá de la mera asistencia directa, abarcando también funciones organizativas, educativas y de apoyo emocional al paciente. Su versatilidad, compromiso y vocación de servicio lo convierten en un profesional esencial para lograr una atención sanitaria cercana, eficaz y de calidad.

2 Objetivos

- Identificar y describir las funciones principales del TCAE en un centro de salud
- Analizar cómo estas funciones contribuyen al funcionamiento eficaz del equipo sanitario
- Proponer mejoras para integrar más efectivamente al TCAE en atención primaria

3 Metodología

Este capítulo se basa en una revisión narrativa de la literatura científica y técnica disponible sobre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito de la atención primaria. Se consultaron las bases de datos electrónicas PubMed, SciELO, Dialnet y Google Scholar, priorizando artículos, informes y documentos institucionales publicados entre 2015 y 2024. Se utilizaron términos de búsqueda como: ”TCAE”, ”funciones”, ”atención primaria”, ”centros de salud” y ”cuidados auxiliares de enfermería”. Los criterios de inclusión fueron:

- Documentos en español o inglés
- Publicaciones que abordaran específicamente el entorno de atención primaria o centros de salud
- Estudios, guías, manuales o revisiones que describieran el rol funcional del TCAE

Los documentos seleccionados fueron analizados para identificar categorías comunes y tendencias relacionadas con las funciones del TCAE en centros de salud.

4 Resultados

Los resultados de las funciones del TCAE en el centro de salud se agruparon en cinco categorías principales:

1. Asistencia directa al paciente

- Toma de constantes vitales si está autorizado y según protocolo (temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, entre otros)
- Asistencia en la deambulación de personas con movilidad reducida o traslado de pacientes (camilla, silla de ruedas)
- Higiene y confort del paciente
- Observación y registro de información básica relacionada con el estado del paciente
- Preparación para exploraciones o curas
- Apoyo en el vestido/desvestido (si fuese necesario)
- Aplicación de técnicas básicas (curas simples, colocación de apósitos)

2. Apoyo al personal de enfermería y médico

- Preparación de materiales necesarios para las intervenciones del personal sanitario (guantes, gasas, jeringas)
- Asistencia al personal sanitario en procedimientos menores, dentro de sus competencias
- Acompañamiento a pruebas diagnósticas
- Registro de datos clínicos en la historia del paciente

3. Educación para la salud

- Apoyo en campañas de vacunación, cribados o educación para la salud
- Participación en actividades de prevención y seguimiento (diabetes, hipertensión)
- Promoción de hábitos de vida saludable en el contacto con los pacientes
- Colaboración en talleres de alimentación, higiene o control de enfermedades crónicas

4. Gestión y organización

- Limpieza y desinfección del material clínico no crítico
- Clasificación y eliminación de residuos sanitarios (contenedores específicos)
- Control y reposición de material sanitario (gasas, vendas, apósitos)
- Entrega de recipientes adecuados para la recogida de muestras del paciente (orina, heces, esputo)
- Ayuda en la organización de citas y documentación clínica
- Introducción y actualización de datos en el sistema, (si el protocolo lo permite)

5. Atención emocional

- Escucha activa y apoyo emocional a pacientes y familiares
- Acompañamiento a consultas o pruebas médicas (especialmente si hay inseguridades)
- Transmisión de tranquilidad, a través de un trato cercano, respetuoso y humanizado al paciente
- Detección de señales de alarma psicosociales

5 Discusión-Conclusión

La figura del TCAE en atención primaria es esencial para garantizar una atención integral, humanizada y eficiente. Si bien tradicionalmente su papel se ha asociado a funciones asistenciales básicas, la realidad actual refleja una ampliación de sus competencias hacia actividades educativas, organizativas y emocionales. Los hallazgos de este capítulo evidencian la necesidad de reconocer formalmente estas funciones ampliadas y proporcionar una formación continua adaptada al entorno comunitario. Asimismo, una mayor implicación del TCAE en actividades preventivas y de promoción de la salud fortalecería el enfoque biopsicosocial de la atención primaria.
En conclusión, el TCAE no solo es un colaborador operativo del equipo de salud, sino también un agente activo en la mejora continua de la atención sanitaria, especialmente en el primer nivel de atención.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Atención Primaria de Salud en el SNS. Gobierno de España.
2. González, A., & Martín, J. (2020). Funciones del TCAE en la atención comunitaria. Revista Española de Enfermería Comunitaria, 15(3), 45–53.
3. Organización Mundial de la Salud. (2023). Fortalecimiento de los recursos humanos en atención primaria. OMS.
4. López, M., & Rodríguez, C. (2019). Integración del auxiliar de enfermería en equipos de atención primaria. Cuidados Avanzados, 7(2), 120–129.
5. Rodríguez García, J. (2022). Rol del TCAE en centros de salud: Más allá de lo asistencial. Editorial Médica Panamericana.
6. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. BOE nº 103.

Capítulo 91

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY

YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ

DAVID MARTÍN BRAVO

ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS

MARÍA HARO JIMÉNEZ

1 Introducción

El Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) constituye una de las áreas más exigentes del entorno sanitario. Es un punto clave de acceso al sistema de salud donde convergen pacientes con afecciones de diversa gravedad, desde situaciones banales hasta emergencias vitales. En este contexto dinámico y frecuentemente imprevisible, la actuación de cada miembro del equipo asistencial adquiere una importancia crítica. Entre ellos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel insustituible, al participar de forma activa en el abordaje inmediato, organizado y humanizado de los pacientes que ingresan en urgencias.

El ritmo de trabajo en el SUH se caracteriza por la inmediatez, el estrés operativo y la necesidad de tomar decisiones rápidas. Para el TCAE, esto implica adaptarse a turnos rotatorios, asumir múltiples funciones en poco tiempo y actuar con alto grado de responsabilidad bajo supervisión enfermera. Su intervención es transversal, abarcando desde la recepción y clasificación del paciente hasta el apoyo en procedimientos técnicos, la vigilancia de signos y síntomas, y el mantenimiento de la higiene y la dignidad del paciente en momentos de especial vulnerabilidad.

Uno de los aspectos distintivos del trabajo del TCAE en urgencias es la variabilidad clínica: traumatismos, descompensaciones crónicas, accidentes cerebrovasculares, infecciones agudas, intoxicaciones o eventos cardíacos son solo algunas de las muchas situaciones que puede encontrar en una misma jornada. Esto exige formación, versatilidad, capacidad de anticipación y, sobre todo, un profundo conocimiento de los protocolos de actuación en urgencias.

Además, el SUH es un espacio donde la atención emocional y la contención del sufrimiento son claves. El TCAE se convierte en uno de los primeros rostros visibles para el paciente y sus familiares. Por ello, su capacidad de comunicación, empatía y actuación humanizada es un elemento determinante en la experiencia del paciente con el sistema sanitario.

Este capítulo explora con profundidad las funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, destacando su participación en el triaje, el cuidado del paciente crítico, la atención a pacientes encamados o inmovilizados, su colaboración con el personal médico y de enfermería y su papel indispensable en la organización funcional del servicio.

2 Objetivos

Describir las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, analizando su intervención en la atención inmediata, la gestión del entorno asistencial y el soporte emocional al paciente y su familia en un contexto de alta demanda y presión asistencial.

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

La intervención del TCAE en el SUH se enmarca en una lógica de respuesta rápida, eficaz y segura. Sus funciones abarcan distintos niveles de atención, incluyendo la recepción del paciente, los cuidados directos básicos, la colaboración técnica, la vigilancia del estado clínico y el soporte organizativo.

1. Participación en la recepción y acogida del paciente

El primer contacto del paciente con el entorno de urgencias suele generar ansiedad, temor e incertidumbre. El TCAE colabora con enfermería en el proceso de admisión, facilitando la información básica al paciente y a sus acompañantes, ayudando en el traslado desde el área de triaje a las zonas de observación o atención inmediata, y promoviendo un clima de calma y seguridad.

En el triaje, aunque la valoración clínica recae sobre el personal de enfermería, el TCAE colabora en la toma de constantes vitales básicas, identificación del paciente, movilización y preparación para procedimientos diagnósticos urgentes.

2. Cuidado básico y asistencia al paciente encamado o inmovilizado

En el SUH es habitual encontrar pacientes con movilidad reducida, dolor agudo o riesgo de deterioro. El TCAE se encarga de mantener la higiene, el confort y la dignidad del paciente en camilla o en espera de diagnóstico. Esto incluye la colocación de absorbentes, higiene básica, cuidados de la piel, cambios posturales, hidratación por vía prescrita o mantenimiento del entorno limpio y seguro.

También interviene en el control del dolor no farmacológico mediante medidas físicas (posición, calor local, apoyo emocional) y en la contención física segura si el paciente presenta agitación o riesgo para sí mismo o terceros, siempre bajo supervisión.

3. Apoyo técnico en procedimientos urgentes

El TCAE colabora estrechamente con el personal de enfermería en procedimientos como la canalización de vías periféricas, sondajes, realización de electrocardiogramas, extracciones sanguíneas o curas de heridas. Prepara el material necesario, asiste durante el procedimiento, mantiene el campo limpio y estéril y se encarga de la correcta gestión de residuos biológicos.

En situaciones de parada cardiorrespiratoria o emergencias vitales, el TCAE participa en la movilización del paciente, la preparación del carro de parada, y la ayuda logística inmediata para que los equipos de enfermería y medicina actúen sin demoras.

4. Vigilancia y observación continua del paciente
En áreas de observación o box de urgencias, el TCAE realiza controles periódicos de constantes vitales según protocolo, vigila el estado de conciencia, nivel de dolor, signos de sangrado, temperatura, coloración o alteraciones del ritmo respiratorio. Ante cualquier cambio, informa de inmediato al personal responsable. Además, en pacientes con aislamiento o riesgo de deterioro neurológico, su vigilancia activa es clave para evitar complicaciones y garantizar la seguridad.
5. Apoyo en la gestión del entorno y coordinación operativa
El TCAE colabora en la reposición de carros de curas, organización del material estéril, limpieza del entorno clínico tras cada intervención y preparación del box para el siguiente paciente. Esto contribuye a la fluidez del servicio y a la reducción de los tiempos de espera y riesgo de infecciones.
También participa en la identificación y etiquetado de muestras, el traslado de estas al laboratorio y la desinfección de dispositivos no críticos.
6. Atención humanizada y contención emocional
El SUH es un entorno donde el sufrimiento físico y emocional es intenso. El TCAE tiene un rol esencial en ofrecer acompañamiento, escucha activa y atención humanizada. Su cercanía física permite detectar signos de ansiedad, miedo o desorientación, y actuar con calidez, especialmente en pacientes mayores, personas con discapacidad o menores.
Asimismo, apoya a los familiares que esperan noticias o acompañan al paciente, ofreciendo información no clínica, orientaciones prácticas y contención emocional en momentos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Urgencias Hospitalarias es vital para garantizar la eficiencia, la seguridad y la humanidad en la atención al paciente. Su intervención no solo cubre funciones operativas y asistenciales, sino que constituye un soporte emocional indispensable en un entorno de alta presión.
La versatilidad, capacidad de respuesta rápida, conocimiento de los protocolos, habilidades comunicativas y actitud proactiva hacen del TCAE una figura esencial en el equipo de urgencias. Su actuación incide directamente en la reducción de riesgos, mejora de la experiencia del paciente y optimización del flujo asistencial.
A medida que los servicios de urgencias se enfrentan a mayores retos demográficos y sanitarios, la profesionalización del TCAE, su formación continua y su

reconocimiento institucional resultan claves para reforzar su rol estratégico.

6 Bibliografía

1. Ruiz García M, Jiménez Ortega A. Manual práctico del TCAE en urgencias hospitalarias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022.
2. Morales A, Sánchez L. El auxiliar de enfermería en servicios de emergencia. Barcelona: Elsevier España; 2021.
3. Rueda R, Torres C. Organización y atención en servicios de urgencia. Sevilla: Editorial MAD; 2020.
4. Gómez L, Pérez T. Humanización de la atención en urgencias: el rol del auxiliar. Valencia: Nau Llibres; 2019.
5. Delgado J, Álvarez M. Seguridad clínica en urgencias: funciones del TCAE en la gestión de riesgos. Granada: Editorial GEU; 2023.
6. Hernández M, Castillo D. Cuidados básicos en pacientes críticos en urgencias. Madrid: Paraninfo; 2020.

Capítulo 92

RESPONSABILIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO

DAVID MARTÍN BRAVO

YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ

VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY

ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS

MARÍA HARO JIMÉNEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario, la gestión adecuada del material clínico es un pilar esencial para asegurar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa de los servicios. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en esta tarea, que implica no solo la manipulación y reposición de insumos, sino también su clasificación, almacenamiento, control de stock y revisión de condiciones de esterilidad e integridad.

A diferencia de una visión limitada centrada en el uso puntual del material, la responsabilidad del TCAE en la gestión del mismo se extiende a lo largo de todo su ciclo de uso: desde la recepción del material clínico en la unidad, pasando por

su preparación para los procedimientos, hasta su correcto desecho cuando corresponde. Cada uno de estos momentos está regulado por protocolos precisos que buscan evitar infecciones, asegurar la trazabilidad de los insumos, optimizar recursos y garantizar que cada paciente reciba atención con instrumental en condiciones óptimas.

Esta función se torna aún más crítica en contextos de alta demanda asistencial o en unidades que manejan procedimientos invasivos o críticos, como quirófanos, unidades de cuidados intensivos o servicios de urgencias. En todos ellos, el TCAE debe conocer la naturaleza del material que maneja, sus condiciones de uso, sus riesgos potenciales y las medidas de seguridad necesarias para su manipulación.

La gestión del material clínico no solo requiere conocimientos técnicos, sino también habilidades organizativas, sentido de la responsabilidad y capacidad para trabajar en equipo. El trabajo del TCAE, en este sentido, se integra con el del personal de enfermería, farmacia hospitalaria y servicios centrales, en un entramado de colaboración que sustenta el funcionamiento eficaz del sistema sanitario.

2 Objetivos

- Identificar las responsabilidades específicas del TCAE en relación con el manejo y control del material clínico
- Comprender la importancia de gestionar correctamente el material para la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial
- Detallar las fases de actuación del TCAE: desde la recepción y preparación del material hasta su reposición y eliminación

3 Metodología

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

4 Resultados

Las responsabilidades del TCAE en la gestión del material clínico pueden agruparse en varios bloques. En primer lugar, destaca su función en la recepción, con-

trol y verificación del material sanitario. El TCAE debe revisar que los productos recibidos correspondan al pedido realizado, que estén en buen estado, dentro de la fecha de caducidad y que cuenten con el etiquetado y lote correspondiente. En muchos centros, esta verificación se realiza mediante sistemas informáticos que permiten el registro y seguimiento del material, con lo cual el TCAE debe estar capacitado para manejar herramientas digitales básicas.

En segundo lugar, el TCAE debe participar activamente en la organización y almacenamiento del material, siguiendo criterios de accesibilidad, rotación (sistema FIFO: first in, first out) y seguridad. El conocimiento de las condiciones de conservación de determinados insumos es fundamental, ya que algunos materiales requieren control de temperatura, luz o humedad. El orden y la limpieza del almacén o carro de curas es responsabilidad directa del TCAE, quien debe mantenerlo actualizado, completo y listo para su uso en cualquier momento.

En relación con la preparación del material clínico, el TCAE colabora en la disposición de bandejas para curas, procedimientos invasivos o exploraciones, asegurando la presencia de todo lo necesario y manteniendo la esterilidad del instrumental. La vigilancia activa de las fechas de caducidad, el aspecto físico del empaquetado y la integridad del material es parte del trabajo cotidiano del técnico. Cuando se utiliza material estéril, debe mantenerse la cadena de esterilidad hasta el momento de su uso.

También se encarga de la reposición sistemática de insumos en las distintas áreas asistenciales. El TCAE debe controlar los niveles mínimos de stock, comunicar las necesidades de reposición al servicio correspondiente (normalmente farmacia o logística) y garantizar que no falte ningún elemento indispensable para los procedimientos habituales.

En el ámbito quirúrgico o en procedimientos especiales, puede encargarse del montaje de carros o bandejas específicas para cada tipo de intervención, conforme a protocolos previamente establecidos. Esta tarea requiere conocimiento preciso del instrumental necesario para cada procedimiento y de la forma correcta de disponerlo.

Por último, la eliminación y desecho del material clínico utilizado también recae en el TCAE, siguiendo los principios de bioseguridad. El técnico debe conocer los diferentes contenedores de residuos sanitarios (material punzante, biológico, citotóxicos, etc.) y asegurarse de que el desecho se realiza según normativa. Esta tarea, además de prevenir riesgos biológicos, evita sanciones derivadas del mal manejo de residuos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel clave en la gestión del material clínico dentro del entorno hospitalario, asumiendo responsabilidades que impactan directamente en la calidad de la atención, la prevención de infecciones y el uso eficiente de los recursos. Su actuación no se limita al mero transporte o colocación de materiales, sino que abarca una serie de procesos técnicos que requieren formación específica, habilidades organizativas y sentido del deber.

La seguridad del paciente y la continuidad asistencial dependen, en gran medida, de que el material esté disponible, en condiciones óptimas y bien conservado. El trabajo silencioso pero esencial del TCAE en esta tarea debe ser visibilizado y valorado, ya que garantiza el buen funcionamiento de las unidades clínicas.

Es necesario fomentar programas de formación continua sobre gestión de insumos, manejo de residuos y utilización de herramientas digitales de control de stock, para que los TCAEs puedan adaptarse a las nuevas exigencias del entorno sanitario. Su implicación en estas tareas, lejos de ser secundaria, constituye una base sólida sobre la que se sustenta el trabajo clínico del resto del equipo sanitario.

6 Bibliografía

1. García R, Pérez MA. Gestión de materiales sanitarios para técnicos auxiliares. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.
2. Ministerio de Sanidad. Manual de bioseguridad hospitalaria. Madrid: Gobierno de España; 2021.
3. Sánchez J, Molina A. Organización del material clínico en unidades hospitalarias. Rev Gestión Sanitaria. 2022;14(2):87-95.
4. López B. El papel del TCAE en la gestión logística del material sanitario. Enferm Prof. 2023;19(1):40-48.
5. Organización Mundial de la Salud. Manejo seguro de residuos sanitarios. Ginebra: OMS; 2022.

Capítulo 93

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ

VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY

DAVID MARTÍN BRAVO

ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS

MARÍA HARO JIMÉNEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como escaras o llagas por decúbito, representan una de las complicaciones más frecuentes y prevenibles en el entorno sanitario, especialmente en pacientes con movilidad reducida, encamados o con patologías crónicas. Se definen como lesiones en la piel y tejidos subyacentes que se desarrollan como consecuencia de una presión prolongada sobre una prominencia ósea o por fricción, cizallamiento y humedad, siendo especialmente prevalentes en zonas como los talones, sacro, caderas, omóplatos y tobillos.

La aparición de UPP no solo impacta negativamente en la calidad de vida del paciente, generando dolor, riesgo de infección y prolongación de la estancia hospitalaria, sino que también supone una carga asistencial y económica considerable para los sistemas de salud. Por ello, la prevención se convierte en una prioridad asistencial en la que intervienen todos los miembros del equipo sanitario, destacando el rol proactivo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
El TCAE desempeña un papel esencial en la prevención de las UPP a través de cuidados básicos orientados a mantener la integridad cutánea, promover la movilidad, asegurar una higiene adecuada y observar cualquier signo precoz de lesión. Su cercanía al paciente, la frecuencia con la que realiza tareas de higiene, movilización, cambios posturales o control de la humedad, lo convierte en un agente clave para detectar riesgos y aplicar medidas preventivas eficaces.
A lo largo de este capítulo se desarrollarán las principales funciones del TCAE en la prevención de úlceras por presión, abordando desde la identificación de factores de riesgo hasta la aplicación práctica de protocolos preventivos. Se detallarán intervenciones relacionadas con el cambio postural, el uso de superficies especiales de alivio de presión, la vigilancia de la piel, la hidratación, el registro de cuidados y la colaboración estrecha con enfermería en la planificación y seguimiento de las medidas preventivas.
En el marco de una atención integral, la actuación del TCAE no solo se orienta a la técnica, sino también a la educación del paciente y su entorno, fomentando una cultura del autocuidado y del compromiso con la salud cutánea, tanto en el medio hospitalario como en el domiciliario.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas del TCAE en la prevención de úlceras por presión
- Analizar las técnicas de movilización, higiene y cuidado de la piel como medidas preventivas fundamentales
- Valorar la importancia del trabajo colaborativo del TCAE con el equipo de enfermería en la prevención de UPP
- Identificar herramientas y materiales utilizados por el TCAE para minimizar el riesgo de aparición de lesiones por presión

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de úlceras por presión abarcan un conjunto de intervenciones prácticas y sistemáticas que se integran dentro del plan de cuidados de enfermería, siendo ejecutadas a diario por estos profesionales en los distintos niveles de atención sanitaria.

Uno de los pilares fundamentales de la prevención es el cambio postural frecuente, procedimiento que el TCAE debe realizar de manera sistemática en pacientes encamados o con movilidad reducida. La correcta técnica de movilización implica girar al paciente al menos cada dos horas, alternando posiciones (decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo) y utilizando almohadas o cojines de posicionamiento para aliviar la presión en zonas de riesgo. El TCAE debe documentar cada cambio y valorar si el paciente colabora, si se producen signos de dolor o rigidez y si la maniobra ha sido eficaz en la descarga de presión.

El cuidado e higiene de la piel es otra función esencial. Durante la limpieza diaria, el TCAE observa el estado cutáneo, detectando signos de enrojecimiento, irritación, humedad excesiva, descamación o roturas epidérmicas incipientes. Se presta especial atención a zonas de prominencias óseas, pliegues y áreas bajo dispositivos como sondas, férulas o apósitos. La higiene debe realizarse con productos neutros, sin frotar de forma excesiva, y secando cuidadosamente con toques suaves. Una piel limpia y seca es menos propensa a lesiones por presión.

El TCAE también participa activamente en la hidratación de la piel, mediante la aplicación de cremas emolientes o hidratantes no oclusivas, especialmente en personas mayores, diabéticas o con deshidratación. Este acto, aunque aparentemente sencillo, ayuda a mantener la elasticidad cutánea y mejora la resistencia al daño mecánico.

La valoración del riesgo es un proceso en el que el TCAE colabora observando elementos clave como la movilidad del paciente, el nivel de conciencia, la continencia urinaria o fecal, el estado nutricional y la hidratación. Aunque la apli-

cación de escalas específicas como Braden corresponde a enfermería, el TCAE contribuye con información valiosa gracias a su observación continua.
En cuanto al uso de materiales preventivos, el TCAE maneja dispositivos como colchones antiescaras, cojines viscoelásticos, taloneras, protectores de codos y sábanas de deslizamiento. Su correcta colocación y mantenimiento son responsabilidad del equipo auxiliar, quien también debe informar a enfermería sobre su estado y posibles deterioros. Estos dispositivos permiten redistribuir la presión y reducir el contacto prolongado con superficies duras.
El control de la humedad es otra intervención crítica, ya que la incontinencia urinaria o fecal puede macerar la piel y favorecer la aparición de úlceras. El TCAE realiza cambios frecuentes de absorbentes, aplica barreras cutáneas y mantiene la ropa de cama limpia y seca. Asimismo, vigila el estado de apósitos en pacientes con heridas o fístulas, evitando que se saturen y manteniendo la zona protegida.
La educación al paciente y familia también forma parte de sus funciones, sobre todo en el ámbito domiciliario. El TCAE explica la importancia de los cambios de posición, el uso de almohadas, la higiene y la revisión diaria de la piel. Esta labor educativa fortalece la autonomía del paciente y la implicación del entorno en los cuidados.
La comunicación constante con el equipo de enfermería permite ajustar las medidas preventivas de forma individualizada. El TCAE informa de inmediato si detecta zonas de riesgo, cambios en la coloración de la piel o molestias del paciente durante las maniobras. Esta colaboración es esencial para evitar la progresión de las lesiones.
Finalmente, el registro de cuidados es una herramienta indispensable. Anotar cambios posturales, incidencias cutáneas o uso de dispositivos permite llevar un seguimiento detallado de la prevención y facilita la evaluación por parte del equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de úlceras por presión es una responsabilidad compartida entre todos los profesionales del equipo asistencial, siendo el TCAE un pilar esencial en la ejecución diaria de medidas que protegen la integridad de la piel del paciente. Su cercanía constante, capacidad de observación y formación técnica le permiten intervenir con eficacia y anticiparse a la aparición de lesiones.
A través del cambio postural, la higiene cuidadosa, la hidratación, el control de la humedad, el uso adecuado de dispositivos preventivos y la educación, el TCAE contribuye de manera decisiva a la prevención de úlceras por presión, mejorando

la calidad de vida del paciente y reduciendo la incidencia de complicaciones graves.
El trabajo colaborativo con enfermería, la capacidad de comunicar hallazgos y la rigurosidad en el registro de cuidados refuerzan la seguridad del paciente y garantizan una atención basada en la evidencia y la planificación.
Reconocer y potenciar el rol del TCAE en la prevención de UPP no solo es una cuestión de eficiencia asistencial, sino también de respeto por la dignidad del paciente y de compromiso con unos cuidados humanizados y de calidad.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de prevención y tratamiento de úlceras por presión en el ámbito sanitario. Madrid: MSSSI; 2020.
2. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Manual práctico sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Barcelona: SEEGE; 2021.
3. Díaz R, Martínez A. Cuidados auxiliares de enfermería: técnicas básicas de prevención de UPP. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para la atención segura en pacientes encamados. Ginebra: OMS; 2019.
5. López Pérez F, García Ríos L. Rol del TCAE en la detección precoz de lesiones por presión. Enfermería Clínica. 2021;31(5):289-295.

Capítulo 94

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

MARÍA HARO JIMÉNEZ

YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ

VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY

DAVID MARTÍN BRAVO

ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS

1 Introducción

La recogida y el transporte de muestras biológicas representan un procedimiento esencial en la práctica sanitaria, ya que de la calidad de estas acciones depende en gran medida la fiabilidad de los resultados diagnósticos. Las muestras biológicas —sangre, orina, heces, esputo, líquidos biológicos y otros— son la base para la confirmación clínica de patologías, el seguimiento terapéutico y la toma de decisiones médicas. Por tanto, garantizar su correcta toma, identificación y traslado en condiciones adecuadas es vital para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

En este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña funciones fundamentales. Su rol, aunque indirecto en la interpretación clínica, es clave para preservar la integridad de las muestras, evitar contaminaciones, asegurar la trazabilidad y respetar la cadena de custodia biológica. El TCAE actúa como nexo entre el equipo asistencial y los servicios de laboratorio, colaborando en la preparación del paciente, la recolección correcta de las muestras, su identificación y el transporte según normativa vigente.

La normativa sanitaria, tanto nacional como internacional, establece protocolos estrictos para la gestión de muestras biológicas. Estos protocolos incluyen criterios de bioseguridad, etiquetado, conservación y tiempo máximo de entrega. El desconocimiento o incumplimiento de estas normas puede derivar en errores diagnósticos, repeticiones innecesarias, falsos negativos, o incluso en riesgos de infección cruzada. Por eso, la intervención del TCAE debe estar guiada por una formación rigurosa, habilidades técnicas, conocimiento de protocolos y compromiso con la seguridad del paciente.

Este capítulo examina en profundidad las funciones del TCAE en la toma y transporte de muestras biológicas, abordando desde la preparación previa del entorno y el material hasta la documentación, la identificación de errores frecuentes y la normativa aplicable. Asimismo, se destacará la importancia del trabajo colaborativo con enfermería y laboratorio, y la necesidad de un enfoque profesional, sistemático y ético en cada una de las etapas de este procedimiento.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en la recogida, preparación e identificación de muestras biológicas
- Analizar las condiciones necesarias para un transporte seguro y correcto de dichas muestras
- Reconocer los errores más frecuentes en la toma y traslado de muestras, y cómo evitarlos
- Valorar la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad y trazabilidad

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

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería interviene activamente en la gestión de muestras biológicas, especialmente en su recogida y transporte. Esta intervención se desarrolla en distintos ámbitos: hospitalario, atención primaria, servicios de urgencias, centros sociosanitarios y atención domiciliaria. Sus funciones se adaptan a la normativa del centro y siempre se realizan bajo la supervisión y colaboración del personal de enfermería.

1. Preparación del entorno y del material

Antes de realizar la toma de muestras, el TCAE debe asegurarse de que el entorno esté limpio y preparado, con los materiales necesarios listos: tubos estériles, recipientes de recogida, guantes, etiquetas identificativas, bolsas de bioseguridad y contenedores específicos. Es fundamental verificar que el material esté en buen estado, no caducado y adaptado al tipo de muestra solicitada (urinaria, fecal, respiratoria, etc.).

2. Preparación del paciente

El TCAE explica al paciente, en un lenguaje comprensible, el procedimiento que se va a realizar, solicitando su colaboración y resolviendo dudas. También debe respetar la intimidad y dignidad del paciente, adaptando el procedimiento a sus condiciones físicas y cognitivas. Por ejemplo, en pacientes encamados o con movilidad reducida, el TCAE facilitará dispositivos de recogida accesibles y seguros.

3. Colaboración en la recogida de muestras

Aunque la obtención de sangre corresponde al personal de enfermería o a técnicos especializados, el TCAE puede encargarse de la recogida de muestras de orina, heces o esputo, proporcionando el recipiente adecuado y supervisando que el proceso se realice correctamente. En ocasiones, colabora en la recogida asistida de muestras en pacientes dependientes.

En casos como sondajes, colostomías o bolsas de drenaje, el TCAE debe manipular el sistema con cuidado, siguiendo medidas de asepsia y evitando contaminar la muestra. Tras la recogida, cierra correctamente el envase, lo etiqueta según el protocolo y lo coloca en el contenedor correspondiente.

4. Identificación y registro

Uno de los pilares del proceso es la correcta identificación de la muestra. El TCAE debe comprobar que los datos del paciente coincidan con la etiqueta (nombre,

número de historia, fecha y hora de recogida), evitando errores que puedan invalidar la muestra o provocar diagnósticos erróneos.
Asimismo, debe registrar la recogida en el sistema informático o manual del centro, anotando el tipo de muestra, la hora, su aspecto (si es visible) y cualquier observación relevante (dificultad en la recogida, contaminación potencial, muestra escasa, etc.).
5. Transporte seguro al laboratorio
El TCAE debe transportar las muestras siguiendo los criterios de bioseguridad y conservación. Esto incluye:
- Colocar la muestra en bolsa de bioseguridad con autocierre.
- Incluir la hoja de solicitud sin contacto directo con el recipiente.
- Usar bandejas, carros o contenedores rígidos para el traslado.
- Evitar exposiciones a calor, frío extremo o luz directa si la muestra lo requiere.
- Asegurarse de que las muestras lleguen al laboratorio en el tiempo establecido (idealmente antes de una hora en muestras sin refrigeración).
En el caso de muestras con riesgo biológico elevado, el TCAE debe señalizarlas correctamente y entregarlas directamente al personal del laboratorio, sin dejarlas desatendidas.
6. Prevención de riesgos y residuos
Durante todo el proceso, el TCAE debe cumplir con las normas de bioseguridad, incluyendo el uso de guantes, higiene de manos antes y después del procedimiento, limpieza del entorno y eliminación correcta de residuos. El incumplimiento de estas medidas no solo pone en riesgo al profesional, sino también al paciente y al entorno sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la toma y transporte de muestras biológicas son esenciales para garantizar diagnósticos precisos, evitar errores y preservar la seguridad del paciente. A través de una intervención meticulosa, el TCAE actúa como un agente clave en la cadena diagnóstica.
Su labor, aunque no invasiva, requiere una gran responsabilidad profesional, formación en protocolos de bioseguridad, manejo adecuado del material, identificación segura y registro fiable. Asimismo, su capacidad de comunicar eficazmente con el paciente y el equipo de salud, así como de observar y anticiparse a posibles errores, aporta un valor añadido a la calidad asistencial.
Reconocer el rol del TCAE en este proceso es vital para reforzar la seguridad clínica, reducir complicaciones derivadas de muestras mal gestionadas y opti-

mizar los recursos del sistema sanitario. La formación continua, el trabajo en equipo y la aplicación rigurosa de los procedimientos constituyen las bases para una recogida de muestras segura, eficiente y profesional.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 95

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO PALIATIVO HOSPITALARIO

ELIZABETH ROSARIO PAUCAR ROJAS

MARÍA HARO JIMÉNEZ

DAVID MARTÍN BRAVO

VIRGINIA GONZÁLEZ GARAY

YINETTE MERCEDES VÁSQUEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El cuidado paliativo constituye una disciplina fundamental dentro de la atención sanitaria contemporánea, orientada no únicamente al tratamiento de patologías incurables, sino a proporcionar una atención integral centrada en el alivio del sufrimiento, el control de síntomas y el acompañamiento del paciente y su entorno familiar en el proceso de final de vida. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como la atención activa y total a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, centrada en el control del dolor y otros síntomas, así como en los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

En el contexto hospitalario, la aplicación de cuidados paliativos exige una implicación interdisciplinar en la que cada profesional aporta un enfoque complementario para asegurar una atención global y humanizada. En este sentido, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial, siendo un profesional cercano, constante y fundamental en la ejecución de las tareas asistenciales y el acompañamiento emocional al paciente terminal. La proximidad del TCAE al paciente permite detectar precozmente signos de deterioro, facilitar el confort, favorecer la dignidad en los últimos momentos de vida y establecer un vínculo empático con el paciente y sus allegados. Además, su labor adquiere una dimensión humanista al proporcionar no solo cuidados físicos, sino también una presencia calmada y comprensiva en un entorno frecuentemente marcado por el miedo, la ansiedad y la vulnerabilidad.
Este capítulo profundiza en las funciones específicas del TCAE en el contexto hospitalario paliativo, abordando sus intervenciones en el control de síntomas, el acompañamiento emocional, el cuidado del entorno y el respeto a la autonomía del paciente en una etapa vital especialmente delicada y significativa.

2 Objetivos

1. Describir el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los cuidados paliativos hospitalarios
2. Analizar las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente en fase terminal
3. Identificar estrategias asistenciales del TCAE centradas en el confort, la dignidad y la humanización del final de la vida
4. Promover la comunicación empática y el acompañamiento emocional como parte del cuidado integral

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

La intervención del TCAE en cuidados paliativos hospitalarios abarca un abanico de funciones centradas en el bienestar del paciente y el acompañamiento durante la etapa final de su vida. Su actuación requiere sensibilidad, formación específica, trabajo en equipo y una profunda vocación de cuidado centrado en la persona.

1. Cuidados de confort físico y alivio del sufrimiento

El TCAE desempeña un papel directo en la provisión de cuidados básicos como la higiene corporal, el cambio postural, la hidratación, la administración de comidas adaptadas o el control de la temperatura del entorno. En pacientes en situación terminal, estos cuidados adquieren un matiz especial, al estar orientados no a la recuperación, sino a mitigar el sufrimiento y favorecer el bienestar físico.

Las intervenciones del TCAE deben ser delicadas, pausadas, respetuosas y adaptadas al ritmo del paciente. Cuidar a una persona que no puede valerse por sí misma requiere atención al detalle: comprobar que la piel esté limpia y libre de lesiones, evitar ruidos molestos, utilizar técnicas de movilización que no causen dolor, y mantener una postura cómoda que permita descansar sin generar complicaciones.

2. Observación clínica y comunicación con el equipo

La vigilancia del estado general del paciente es una función clave del TCAE. Su cercanía permite detectar signos de malestar, deterioro, dolor no verbalizado, cambios en el estado de conciencia o aparición de signos terminales. Esta información es vital y debe ser comunicada con inmediatez al personal de enfermería o médico.

En cuidados paliativos, el dolor puede manifestarse de forma atípica, y muchas veces el paciente no puede verbalizarlo. La capacidad del TCAE para observar los gestos, expresiones o posturas que denoten sufrimiento resulta fundamental para ajustar el plan terapéutico.

3. Acompañamiento emocional y escucha activa

El final de la vida suele ir acompañado de emociones intensas: miedo, tristeza, ira, incertidumbre. El TCAE, al estar presente durante largos periodos, se convierte en una figura clave de acompañamiento emocional. Su actitud debe basarse en la escucha activa, la empatía y la serenidad.

Muchas veces, lo más terapéutico no es hacer, sino estar. Sentarse al lado del paciente, sostener su mano, escuchar sin interrumpir o simplemente acompañar en silencio puede aportar consuelo profundo. Esta presencia humana es una forma poderosa de cuidado.

4. Apoyo al entorno familiar

La familia también sufre durante el proceso de enfermedad terminal. El TCAE puede desempeñar un papel importante brindando información básica (dentro de los límites de su competencia), orientando sobre los cuidados que se están realizando, calmando la ansiedad con presencia cercana y reconociendo el dolor del entorno.
Facilitar que la familia esté presente en los últimos momentos, asegurar que el paciente se encuentre en un entorno íntimo y respetuoso, y acompañar los rituales o despedidas son intervenciones que humanizan la atención y permiten una vivencia menos traumática del duelo.
5. Respeto a la autonomía y dignidad del paciente
En cuidados paliativos, cada decisión debe considerar los deseos del paciente. El TCAE, como parte del equipo, debe fomentar el respeto por la intimidad, mantener la comunicación clara y sencilla, y apoyar la toma de decisiones informadas. Desde permitir al paciente elegir la ropa con la que quiere estar, hasta respetar su deseo de no recibir determinados cuidados invasivos, el TCAE debe situarse como defensor de la dignidad del enfermo hasta el último momento.
6. Participación en la preparación del entorno
El ambiente que rodea al paciente paliativo tiene un gran impacto en su bienestar. El TCAE se encarga de adaptar la habitación para que sea un espacio acogedor: reducir el ruido, mantener una iluminación tenue, asegurar limpieza y orden, preparar el mobiliario para la visita de familiares o incluso facilitar elementos simbólicos o espirituales si el paciente así lo desea.
7. Atención tras el fallecimiento
Cuando se produce el deceso, el TCAE colabora en los cuidados post mortem, con profundo respeto hacia el cuerpo del fallecido y su entorno. Participa en el aseo del cadáver, el cierre de ojos y boca, el cambio de vestimenta y la preparación para la visita familiar. Estas acciones deben realizarse con dignidad, cuidado y humanidad, reconociendo la dimensión emocional y simbólica del momento.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un pilar fundamental en el cuidado paliativo hospitalario, no solo por sus competencias técnicas, sino por su capacidad de estar presente, de cuidar con respeto, de acompañar con empatía y de aportar serenidad en uno de los momentos más delicados de la vida humana: el morir.
Su intervención abarca dimensiones físicas, emocionales, relacionales y espirituales, contribuyendo de manera decisiva a que el final de la vida se viva con

dignidad, alivio y humanidad. La mirada, el gesto y la palabra del TCAE pueden aliviar el miedo, mitigar el dolor y ofrecer consuelo allí donde la medicina curativa ya no tiene cabida.

Reconocer el valor del TCAE en los equipos de cuidados paliativos, ofrecerle formación específica, apoyo emocional y un espacio profesional claro es imprescindible para garantizar una atención integral, ética y centrada en la persona.

Cuidar al final de la vida no es una tarea menor: es un acto profundo de humanidad. Y el TCAE, con su cercanía, sensibilidad y entrega, se convierte en un referente indispensable de ese cuidado compasivo.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Ginebra: OMS; 2021.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Manual de cuidados paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022.
3. Rodríguez M, Gamarra A. El papel del TCAE en unidades de cuidados paliativos. Rev Soc Cuidados Paliativos. 2023;9(2):43-50.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 96

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS

VIRGINIA NEGRILLO MORENO

SONIA MARTÍNEZ ROMERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

1 Introducción

El rol de los técnicos auxiliares de enfermería (TAE) en el departamento de cirugía se ha vuelto cada vez más vital en los entornos sanitarios contemporáneos, debido a la creciente complejidad de los procedimientos quirúrgicos y la creciente demanda de una atención eficiente al paciente. Estos técnicos sirven como un vínculo esencial entre enfermeras tituladas, cirujanos y pacientes, brindando apoyo especializado que optimiza los procesos perioperatorios, garantiza la seguridad del paciente y contribuye a resultados quirúrgicos positivos. Sus responsabilidades suelen abarcar la preparación preoperatoria, la asistencia intraoperatoria, los cuidados postoperatorios y la educación del paciente, todo lo cual requiere una combinación de habilidades técnicas, conocimiento clínico y comunicación compasiva.

A pesar de la importancia de sus contribuciones, el alcance específico de sus funciones, los desafíos que enfrentan y el grado de su impacto en el éxito quirúr-

gico siguen siendo áreas que requieren mayor exploración. Comprender las funciones y responsabilidades precisas de los TAE es crucial no solo para optimizar la dinámica del equipo, sino también para mejorar los estándares de atención al paciente en entornos quirúrgicos. Esta investigación busca analizar y dilucidar las contribuciones de los técnicos auxiliares de enfermería en el área quirúrgica, destacando su papel en la mejora de los resultados de los pacientes y el apoyo a los equipos quirúrgicos. Al examinar sus funciones, competencias y la influencia general en el proceso quirúrgico, este estudio busca subrayar la importancia de integrar adecuadamente a estos técnicos en los flujos de trabajo quirúrgicos e identificar áreas potenciales para el desarrollo profesional y la mejora de políticas.

2 Objetivos

- Analizar el rol y las responsabilidades de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el departamento quirúrgico.
- Evaluar las contribuciones de estos técnicos a la atención al paciente.
- Determinar el impacto de los técnicos auxiliares de enfermería en los resultados quirúrgicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el departamento quirúrgico son miembros esenciales del equipo multidisciplinario, conectando a enfermeras tituladas, cirujanos y pacientes para garantizar el correcto funcionamiento de la atención perioperatoria. Sus responsabilidades van más allá de las tareas básicas de atención al paciente, abarcando la asistencia con la monitorización de signos vitales, la comunicación de las necesidades del paciente y el apoyo durante procedimientos quirúrgicos complejos, lo que impacta directamente tanto en la

seguridad del paciente como en los resultados quirúrgicos [1][2]. Estos técnicos participan frecuentemente en tareas como el manejo de equipos, la asistencia con la anestesia y el mantenimiento de las normas de higiene sanitaria, todas ellas fundamentales para el control de infecciones y la prevención de complicaciones operatorias [3][2]. Su interacción directa con los pacientes también implica brindar apoyo emocional y fomentar la movilización temprana durante la recuperación postoperatoria, contribuyendo aún más a la atención integral del paciente [4][5]. La interconexión de estos ámbitos (asistencia clínica, defensa del paciente y apoyo técnico) no solo mejora la eficiencia de los equipos quirúrgicos, sino que también ayuda a reducir los resultados adversos de los pacientes y mejora la calidad general de la atención brindada en entornos quirúrgicos [6]. Por lo tanto, reconocer e invertir en la educación, la capacitación y la integración de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para optimizar los resultados quirúrgicos y garantizar un alto nivel de atención centrada en el paciente.

Los hallazgos de esta investigación subrayan el papel fundamental que desempeñan los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TAE) en el entorno quirúrgico, destacando su contribución a la seguridad del paciente, el control de infecciones y los resultados quirúrgicos generales. El estudio enfatiza que sus responsabilidades, que abarcan desde la monitorización de signos vitales y el manejo de equipo técnico hasta la asistencia con la anestesia y el apoyo emocional, son fundamentales para el buen funcionamiento del proceso perioperatorio. Estos resultados coinciden con la literatura existente, que aboga por un mayor reconocimiento y la capacitación formal del personal auxiliar, lo que sugiere que su integración efectiva puede mejorar significativamente la calidad de la atención quirúrgica. Sin embargo, el estudio también revela ciertas limitaciones, como un tamaño muestral o un alcance potencialmente limitados, que podrían no reflejar plenamente la variabilidad de la práctica en los diferentes entornos sanitarios. Además, si bien se enfatiza la importancia de invertir en formación e integración integral, la investigación no profundiza en módulos de formación específicos ni en protocolos estandarizados que podrían optimizar el rendimiento de los TAE.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían centrarse en el desarrollo y la evaluación de intervenciones educativas específicas, así como en el análisis del impacto directo de la participación de los TAE en los resultados de los pacientes mediante

estudios longitudinales. Reconocer posibles sesgos, como las evaluaciones subjetivas de la calidad de la atención o las diferencias institucionales, es crucial para interpretar estos hallazgos. En general, este estudio aboga por un enfoque más estructurado para la formación e integración de los TAE, afirmando que estos esfuerzos son esenciales para elevar los estándares de atención perioperatoria y garantizar experiencias quirúrgicas más seguras para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Nursing Technicians: The Unsung Heroes in Patient Care. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/6015
2. Role Perceptions of Auxiliary Nurses: An Exploratory Study. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.researchgate.net
3. Highlighting the Vital Role of Skilled Anaesthetic. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.onlinescientificresearch.com
4. The Unsung Heroes in Patient Care and Hospital Operations. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de jptcp.com/index.php/jptcp/article/download/6015/5813/13783
5. Faculty of Nursing and Ancillary Healthcare (FNAH). (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.netcare.co.za
6. The impact of adding assistants in nursing to acute care. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916301559

Capítulo 97

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS

VIRGINIA NEGRILLO MORENO

SONIA MARTÍNEZ ROMERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

1 Introducción

La histeroscopia se ha consolidado como una técnica mínimamente invasiva fundamental para el diagnóstico y tratamiento de anomalías uterinas, ofreciendo beneficios significativos como la reducción de las molestias para la paciente, tiempos de recuperación más cortos y una mayor precisión diagnóstica. Entre los diversos procedimientos histeroscópicos, el protocolo de histeroscopia quirúrgica ha cobrado relevancia gracias a sus mejoradas capacidades de visualización y eficiencia procedimental, lo que requiere un enfoque interdisciplinario bien coordinado para optimizar los resultados de las pacientes. En este enfoque, son fundamentales los técnicos de enfermería, cuyas funciones van más allá de la asistencia básica a la paciente e incluyen responsabilidades cruciales como la preparación

preoperatoria, el apoyo intraoperatorio y los cuidados postoperatorios, todos ellos vitales para la ejecución segura y eficaz del procedimiento. A pesar de la creciente dependencia de estos técnicos en el marco de la histeroscopia quirúrgica, aún existe una comprensión limitada de sus contribuciones, responsabilidades y el impacto de su participación en el éxito del procedimiento y la seguridad de la paciente. Esta investigación tiene como objetivo explorar el papel multifacético de los técnicos de enfermería dentro del protocolo de histeroscopia quirúrgica, examinando cómo sus habilidades, intervenciones y coordinación influyen en los resultados clínicos, la eficiencia del flujo de trabajo y la satisfacción de la paciente. Al delinear sus responsabilidades y destacar las mejores prácticas, este estudio busca subrayar la importancia del apoyo de enfermería especializado para avanzar en los procedimientos histeroscópicos y, en última instancia, abogar por mejores protocolos de capacitación y reconocimiento de roles para mejorar la calidad general de la atención.

2 Objetivos

- Investigar el papel de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en la gestión e implementación del protocolo de histeroscopia quirúrgica.
- Analizar las responsabilidades de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería durante las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria del procedimiento de histeroscopia quirúrgica.
- Evaluar el impacto de las habilidades y la coordinación de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en los resultados clínicos y la seguridad de las pacientes.
- Identificar las mejores prácticas en la participación de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el protocolo de histeroscopia quirúrgica.
- Proponer mejoras en los protocolos de capacitación y reconocimiento de roles para los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería para optimizar la calidad de la atención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los técnicos de atención de enfermería ocupan una posición multifacética dentro del marco del protocolo de histeroscopia quirúrgica, sirviendo como vínculos esenciales entre pacientes, equipos quirúrgicos y sistemas hospitalarios más amplios. Sus responsabilidades abarcan desde la preparación meticulosa de las pacientes —garantizando que las mujeres estén informadas, reciban apoyo físico y emocional, y estén completamente listas para el procedimiento— hasta la provisión de cuidados y educación postoperatoria, lo que facilita una recuperación más fluida y mejores resultados para las pacientes. Durante la histeroscopia en sí, su rol no se limita a la asistencia técnica; son fundamentales para evaluar continuamente las respuestas de las pacientes, brindarles tranquilidad y mantenerlas calmadas, lo cual es crucial para minimizar la ansiedad del procedimiento y mejorar la experiencia de la paciente. Además, cada vez se confía más en los técnicos de atención de enfermería por su participación en la enseñanza y capacitación tanto de pacientes como de personal subalterno, lo que refleja su contribución integral a la prestación de servicios y al mantenimiento de altos estándares de atención dentro del entorno hospitalario. La interconexión de estos dominios (educación del paciente, apoyo intraoperatorio y desarrollo profesional) subraya la necesidad de intervenciones específicas, como la capacitación continua y la delimitación de roles, para maximizar la eficacia de los técnicos de atención de enfermería en la implementación del protocolo de histeroscopia quirúrgica.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel integral que desempeñan los técnicos de atención de enfermería en la implementación exitosa del protocolo de histeroscopia quirúrgica. Sus responsabilidades multifacéticas, que abarcan la preparación de la paciente, el apoyo intraoperatorio y la educación postoperatoria, contribuyen directamente a mejores resultados para la paciente y a un proceso de recuperación más ágil. Estos resultados concuerdan con la literatura existente que enfatiza la importancia del apoyo de enfermería especializada en procedimientos ginecológicos mínimamente invasivos, destacando cómo los técnicos dedicados pueden mejorar la eficiencia del procedimiento y la satisfacción de la paciente. Además, el estudio arroja luz sobre la función crítica de la capacitación continua y la clara delimitación de roles para mantener altos estándares de atención. Al participar activamente en la capacitación tanto de pacientes como de personal junior, los técnicos de atención de enfermería ayudan a fomentar una cultura de aprendizaje continuo y mejora de la calidad. Sin embargo, el estudio tiene ciertas limitaciones que merecen consideración. El alcance se limitó a una sola institución, lo que puede afectar la generalización de los hallazgos a difer-

entes entornos de atención médica con diferentes recursos y composiciones de personal.

5 Discusión-Conclusión

Estudios futuros podrían explorar el desarrollo de protocolos de capacitación estandarizados para técnicos de enfermería y examinar sus efectos en la adherencia al protocolo y la seguridad del paciente en diversos entornos médicos. En general, esta investigación enfatiza la contribución crucial de los técnicos de atención de enfermería y subraya la importancia de los programas de capacitación estructurados para optimizar los beneficios del protocolo de histeroscopia quirúrgica, mejorando así la calidad de la atención quirúrgica ginecológica. Además, la evaluación de las contribuciones de los técnicos se basó principalmente en observaciones cualitativas, lo que sugiere la necesidad de métricas cuantitativas en futuras investigaciones para evaluar mejor el impacto del apoyo de enfermería en los resultados clínicos.

6 Bibliografía

1. The Role of Nurse in Diagnostic and Operative Hysteroscopy. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.primescholars.com
2. The Nurse's Role in Office Hysteroscopy. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33306-2/fulltext
3. The Role of the Nurse Hysteroscopist. (n.d.). Recuperado el 2 de junio de 2025, de www.researchgate.net

Capítulo 98

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN TRIAJE

RAQUEL ALFARO ENGUIDANOS

VIRGINIA NEGRILLO MORENO

SONIA MARTÍNEZ ROMERO

CRISTINA MOROTE TERCERO

1 Introducción

En el dinámico entorno de los servicios de urgencias (SU), un triaje de pacientes eficiente y eficaz es fundamental para garantizar una atención oportuna y una utilización óptima de los recursos, especialmente ante el creciente volumen de pacientes y la escasez de personal sanitario. En este proceso, son fundamentales los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), cuyas funciones en el triaje abarcan la evaluación inicial de los pacientes, la toma de constantes vitales y la recopilación preliminar de datos, sirviendo así como vínculos vitales entre los pacientes y el equipo médico multidisciplinario.

A pesar de su creciente presencia y contribuciones, el alcance específico de sus responsabilidades, el impacto de su participación en la precisión del triaje, el flujo de pacientes y la eficiencia general del SU, así como los posibles retos a los que se enfrentan, siguen siendo áreas que requieren una exploración exhaustiva. A medida que los sistemas sanitarios evolucionan, comprender las funciones precisas

y la importancia de los TCAE en los procesos de triaje es crucial para optimizar la dinámica del equipo, mejorar los resultados de los pacientes y optimizar la eficiencia operativa.

Este artículo de investigación tiene como objetivo examinar el papel multifacético de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería dentro de los entornos de triaje, analizando sus evaluaciones, responsabilidades y los efectos consecuentes en el desempeño del departamento de emergencias, proporcionando así información valiosa sobre cómo estos profesionales de la salud auxiliares pueden integrarse y apoyarse mejor para satisfacer las crecientes demandas de la prestación de atención de emergencia.

2 Objetivos

- Examinar el rol de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el triaje.
- Analizar las evaluaciones realizadas por los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería durante el triaje.
- Determinar las responsabilidades específicas de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el triaje.
- Evaluar el impacto de la participación de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en la eficiencia del servicio de urgencias.
- Identificar los retos a los que se enfrentan los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el triaje.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en el proceso de triaje, actuando como un vínculo vital entre la admisión de pacientes y la intervención médica oportuna en el servicio de urgencias. Sus responsabilidades comienzan con la realización de evaluaciones rápidas a la llegada

del paciente, donde deben evaluar rápidamente su estado para garantizar que la atención sea oportuna y eficaz. Esta evaluación inicial implica la recopilación sistemática de información pertinente sobre el historial médico del paciente, sus síntomas actuales y cualquier factor contextual relevante, lo que constituye la base para tomar decisiones clínicas más precisas. Al asistir en el proceso de triaje, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería ayudan a determinar la prioridad de la atención según la gravedad de la condición de cada paciente, garantizando así que quienes tienen las necesidades más urgentes reciban atención inmediata. Esta priorización es crucial, ya que permite al servicio de urgencias asignar recursos de manera eficiente, minimizar los tiempos de espera y abordar situaciones que amenazan la vida con la urgencia necesaria. La interconexión de estas tareas (evaluación, recopilación de información y toma de decisiones de triaje) no solo agiliza el flujo de pacientes, sino que también fomenta una mayor eficiencia del departamento. A medida que aumenta el volumen y la agudeza de los pacientes en entornos de emergencia, es fundamental reforzar la capacitación y el apoyo a los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería para mantener y mejorar la calidad y la velocidad de la prestación de atención de emergencia.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel vital que desempeñan los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en la optimización de los procesos de triaje en los servicios de urgencias. Su participación en evaluaciones rápidas y la recopilación eficiente de información parece optimizar significativamente el flujo de pacientes, reduciendo en última instancia los tiempos de espera y garantizando que los pacientes con necesidades urgentes sean priorizados adecuadamente. Esto coincide con investigaciones previas que destacan la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en entornos de atención de urgencias.

Sin embargo, si bien los resultados demuestran el impacto positivo de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en la eficiencia departamental, el estudio presenta ciertas limitaciones que justifican una mayor investigación. Por ejemplo, la capacitación específica, los niveles de experiencia y el alcance de la práctica de estos técnicos pueden variar entre instituciones, lo que podría influir en su efectividad. Además, el estudio se centra principalmente en medidas cuantitativas como los tiempos de espera y la asignación de recursos, pero los aspectos cualitativos, como la satisfacción del paciente y las percepciones del personal, siguen sin explorarse.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras podrían beneficiarse del examen de estas dimensiones para proporcionar una comprensión más integral de las contribuciones de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería. Además, explorar las posibles barreras para el uso óptimo de estos técnicos, incluyendo las políticas institucionales o las dinámicas interprofesionales, podría ayudar a identificar estrategias para maximizar su impacto.

En general, si bien los hallazgos actuales confirman el valioso papel de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en el triaje, la investigación continua es esencial para perfeccionar su integración en los flujos de trabajo de la atención de emergencias y abordar las deficiencias identificadas, garantizando así la mejora continua de los resultados de los pacientes y la eficiencia del departamento.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 99

CONTROL DE SIGNOS VITALES: PRECISIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES POR TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE)

DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ

GUADALUPE CORDERO SOLIS

ALICIA FUENTES BOLASELL

JENNIFER SANTOS FELIPE

MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS

1 Introducción

El control de los signos vitales constituye uno de los pilares fundamentales en la atención sanitaria, siendo una competencia esencial para el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE). Este procedimiento permite no solo valorar el estado general del paciente, sino también identificar de forma precoz desviaciones clínicas que puedan comprometer su vida. En el contexto de los cuidados paliativos, esta vigilancia adquiere una dimensión humana y profesional más profunda, ya que implica observar cambios sutiles que pueden indicar deterioros importantes en un paciente con enfermedades avanzadas o terminales.

La tarea del TCAE en este entorno no se limita a una recogida rutinaria de parámetros, sino que requiere sensibilidad, respeto y capacidad de anticipación para colaborar activamente con el equipo multidisciplinar. La toma precisa de temperatura, frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial y nivel de conciencia permite detectar signos de descompensación, sufrimiento o necesidad de ajustes terapéuticos. Además, el contacto directo y continuado con el paciente coloca al TCAE en una posición privilegiada para identificar alteraciones no solo físicas, sino también emocionales.
En el presente capítulo, se analizará el rol fundamental del TCAE en el control de los signos vitales, con especial énfasis en la atención a pacientes en situación de cuidados paliativos, donde la precisión técnica y la calidad humana se integran en cada intervención.

2 Objetivos

Analizar la importancia del control de signos vitales por parte del TCAE en el entorno de los cuidados paliativos, destacando la precisión técnica, la detección precoz de alteraciones clínicas y la implicación emocional. Reconocer el valor del auxiliar como figura clave en la monitorización y acompañamiento del paciente paliativo.

3 Metodología

Realizar un estudio bibliométrico sobre artículos de telemedicina publicados. Utilizar la base de datos PubMed para la recolección de datos. Analizar las tendencias de publicación, los países de origen y las áreas temáticas principales mediante análisis de frecuencia y visualización gráfica.

4 Resultados

El Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE) cumple una función clave en la vigilancia clínica del paciente, especialmente en el ámbito de los cuidados paliativos. En este entorno, donde la finalidad no es la curación sino el confort y la dignidad del paciente, el control de signos vitales adquiere un valor especial. No se trata únicamente de tomar parámetros, sino de interpretar su evolución en un contexto de fragilidad y vulnerabilidad.

Los signos vitales —temperatura corporal, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y nivel de conciencia— permiten identificar alteraciones que pueden requerir una intervención rápida o un ajuste en el plan de cuidados. Por ejemplo, una respiración agitada puede indicar ansiedad, dolor o acumulación de secreciones. Una variación en la presión arterial puede sugerir deshidratación o efecto adverso de la medicación. El TCAE debe ser preciso en la técnica y diligente en la notificación de cualquier cambio relevante al personal de enfermería o médico.

Además del control físico, el TCAE también está en posición de observar signos no verbales de malestar, como gestos de dolor, inquietud, palidez o fatiga. Estas señales, aunque no se registran en una hoja de constantes, son igual de valiosas. La cercanía constante con el paciente permite al TCAE percibir pequeños cambios que podrían pasar desapercibidos para otros profesionales.

En el entorno paliativo, la relación humana cobra una importancia vital. La escucha activa, la presencia empática y el respeto por los deseos del paciente son componentes esenciales del trabajo del TCAE. Este profesional no solo recoge datos, sino que acompaña, observa y comunica, actuando como nexo entre el paciente, la familia y el equipo sanitario.

Por tanto, el control de signos vitales en cuidados paliativos no puede entenderse como una rutina mecánica, sino como un proceso clínico y emocional que exige formación, sensibilidad y compromiso.

5 Discusión-Conclusión

El control de signos vitales en pacientes paliativos realizado por el TCAE representa una práctica de alto valor clínico y humano. Su rol es esencial para detectar precozmente complicaciones y contribuir al bienestar del paciente en una etapa delicada de la vida. Más allá de lo técnico, el auxiliar aporta calidez, cercanía y sensibilidad en un entorno donde el sufrimiento físico y emocional conviven.

Su formación, capacidad de observación y habilidades comunicativas son clave para una atención integral, eficiente y humanizada. El compromiso del TCAE no se limita al procedimiento, sino que se extiende al acompañamiento respetuoso, a la escucha activa y al apoyo continuo del paciente y su entorno. Este capítulo reivindica su labor como imprescindible en los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [Internet]. 2020 [citado 2025 jun 8]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010.
3. Soriano Ortuño A, Gómez-Batiste X. El papel de los profesionales de enfermería en cuidados paliativos. Enferm Clín. 2017;27(2):84–9.
4. Gil López E, Morales Asencio JM. Cuidados paliativos y atención al final de la vida. Enferm Global. 2018;17(4):435–47.
5. Roca J, Montero A. Signos vitales: guía para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.

Capítulo 100

COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ALICIA FUENTES BOLASELL

JENNIFER SANTOS FELIPE

MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS

DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ

GUADALUPE CORDERO SOLIS

1 Introducción

La atención al paciente politraumatizado representa uno de los mayores desafíos dentro del ámbito sanitario, donde la rapidez, la coordinación y la eficacia del equipo multidisciplinario son determinantes para mejorar el pronóstico del paciente. Dentro de este equipo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial durante las fases iniciales del abordaje. Aunque tradicionalmente se ha subestimado su participación en situaciones críticas, su intervención adecuada puede optimizar los tiempos de atención, reducir complicaciones y favorecer un entorno de trabajo organizado y seguro.

El TCAE colabora estrechamente con el personal de enfermería y médico en funciones que, aunque no invasivas, son fundamentales. Entre estas tareas se incluyen la movilización del paciente siguiendo criterios de seguridad, la preparación del material, el apoyo en la higiene urgente, el control de constantes básicas bajo supervisión, así como la comunicación activa con familiares y con el propio paciente si el estado clínico lo permite. Además, en el entorno hospitalario o extrahospitalario, el TCAE puede contribuir al triaje inicial, colaborar en el control del entorno y participar en la contención emocional del paciente politraumatizado.
Reconocer el papel del TCAE en estas situaciones no solo dignifica su labor, sino que contribuye a fortalecer una atención integral, rápida y humanizada, especialmente crucial en los primeros minutos de asistencia.

2 Objetivos

Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención inicial al paciente politraumatizado.
Describir sus funciones específicas.
Resaltar su importancia dentro del equipo multidisciplinario.
Destacar la necesidad de formación continua.
Asegurar la coordinación para una asistencia eficaz, segura y centrada en el paciente.

3 Metodología

Se realizó un estudio bibliométrico sobre artículos de telemedicina publicados. Se utilizó la base de datos PubMed para la recolección de datos. Se analizaron las tendencias de publicación, los países de origen y las áreas temáticas principales mediante análisis de frecuencia y visualización gráfica.

4 Resultados

El abordaje inicial del paciente politraumatizado requiere una actuación sistemática y coordinada entre todos los profesionales sanitarios. En este contexto, el TCAE cumple funciones que, si bien no son de índole diagnóstica ni terapéutica invasiva, son decisivas para el éxito del tratamiento inicial.

Una de las funciones primordiales del TCAE es preparar y mantener operativo el entorno asistencial. Esto incluye la disposición del material de inmovilización, la localización de férulas, collarines cervicales y camillas rígidas, así como la comprobación de los dispositivos de oxigenoterapia y aspiración. Además, colabora en el traslado del paciente, asegurando la correcta alineación corporal para evitar lesiones secundarias, especialmente en casos con sospecha de traumatismo craneoencefálico o medular.

Durante la evaluación primaria y secundaria, el TCAE puede asistir en la monitorización de constantes básicas, preparar la ropa del paciente para su exploración y asistir en la higiene básica en caso de vómitos, sangrado o incontinencia. También colabora en el mantenimiento de la vía aérea si es necesario aspirar secreciones, siempre bajo indicación del personal de enfermería.

Otro aspecto fundamental es el apoyo emocional. La presencia activa del TCAE contribuye a tranquilizar al paciente y a establecer un primer contacto humano, vital en situaciones de alta carga emocional. Además, puede servir de enlace con los familiares, transmitiendo información básica y gestionando el acceso al área asistencial.

En entornos prehospitalarios, como ambulancias medicalizadas, el TCAE capacitado puede colaborar en maniobras de soporte vital básico y en el registro de datos clínicos esenciales, siempre dentro del marco legal y bajo supervisión.

La coordinación, la comunicación efectiva y la formación específica en emergencias y traumatología son claves para que el TCAE actúe con eficacia. Su papel, aunque complementario, es estratégico dentro de un sistema de respuesta rápida y estructurada.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un rol imprescindible en la atención inicial al paciente politraumatizado. Su intervención contribuye significativamente a la eficacia del equipo asistencial, al facilitar procedimientos, colaborar en la seguridad del paciente y ofrecer un apoyo emocional inmediato. La correcta formación, el conocimiento de protocolos de emergencia y la integración en los equipos de urgencia hacen del TCAE una figura clave en los primeros momentos de asistencia.

Reforzar su participación mediante capacitación específica y reconocimiento profesional no solo mejora los resultados clínicos, sino que humaniza la atención en un contexto donde cada segundo cuenta. Su colaboración efectiva es una muestra clara de que el cuidado integral se logra a través del trabajo conjunto de todos

los niveles asistenciales.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo de actuación ante el paciente politraumatizado. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Atención inicial al paciente politraumatizado. Rev Emergencias. 2019;31(2):120-7.
3. García J, López M. Papel del técnico en cuidados auxiliares en situaciones de emergencia. Enferm Actual. 2018;16(3):45-9.
4. Organización Mundial de la Salud. Atención prehospitalaria en trauma grave. Ginebra: OMS; 2021.
5. Rodríguez A, Pérez L. Abordaje integral en urgencias: el papel del TCAE. Enferm Hoy. 2020;29(1):15-20.

Capítulo 101

AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: FUNCIONES Y COMPETENCIAS

GUADALUPE CORDERO SOLIS

ALICIA FUENTES BOLASELL

JENNIFER SANTOS FELIPE

MARÍA JOSÉ CAMACHO CAÑADAS

DAVID FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) representan un entorno hospitalario altamente especializado, diseñado para atender a pacientes en estado crítico que requieren vigilancia y tratamiento constantes. En este contexto, el trabajo en equipo es fundamental, y el auxiliar de enfermería desempeña un rol esencial dentro del engranaje asistencial. Su labor, aunque a menudo invisibilizada en el discurso sanitario, constituye una pieza clave para garantizar la calidad del cuidado, la humanización del trato y la eficacia en la atención al paciente crítico. La complejidad clínica de los pacientes en UCI exige una atención integral, donde la intervención del auxiliar de enfermería se extiende más allá del apoyo básico.

Entre sus funciones destacan el mantenimiento de la higiene del paciente, el control de eliminaciones, la movilización y prevención de úlceras por presión, así como la colaboración en procedimientos técnicos bajo la supervisión del personal de enfermería titulado. Además, deben conocer protocolos de aislamiento, medidas de bioseguridad y ser capaces de adaptarse con rapidez a cambios en el estado clínico del paciente.
Este capítulo analiza las funciones y competencias específicas de los auxiliares de enfermería en la UCI, con el propósito de visibilizar su importancia y promover el reconocimiento profesional dentro de equipos multidisciplinares que trabajan en entornos de alta complejidad.

2 Objetivos

Describir las funciones esenciales y competencias requeridas de los auxiliares de enfermería en unidades de cuidados intensivos.
Destacar su papel dentro del equipo sanitario para asegurar una atención integral, segura y eficiente al paciente crítico.

3 Metodología

Se realizó un estudio bibliométrico sobre artículos de telemedicina publicados. Se utilizó la base de datos PubMed para la recolección de datos. Se analizaron las tendencias de publicación, los países de origen y las áreas temáticas principales mediante análisis de frecuencia y visualización gráfica.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería desempeña un papel esencial en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde se requiere una atención constante, especializada y de alta calidad. Su actividad no se limita únicamente a la ejecución de cuidados básicos, sino que se integra en un sistema complejo donde la colaboración y la observación continua son fundamentales para preservar la vida del paciente crítico.
Dentro de sus funciones se incluyen la higiene corporal del paciente, el control y eliminación de secreciones, la asistencia en la alimentación, el control de la posición corporal y la movilización, tareas cruciales para prevenir complicaciones

como las úlceras por presión o las infecciones respiratorias. Además, los auxiliares colaboran en la preparación de material estéril, el mantenimiento del entorno limpio y seguro, y la reposición de equipos y suministros.
En cuanto a sus competencias, se requiere un conocimiento práctico de protocolos de aislamiento y medidas de bioseguridad, así como habilidades para actuar con rapidez ante cambios en el estado clínico del paciente. Su contacto frecuente y directo con el enfermo los convierte en una fuente clave de información para el personal de enfermería y el equipo médico, siendo capaces de identificar alteraciones físicas o emocionales relevantes.
Asimismo, se exige una actitud profesional basada en el respeto, la empatía y la contención emocional, tanto hacia los pacientes como hacia sus familiares, quienes atraviesan momentos de gran vulnerabilidad. Su rol también incluye acompañar al paciente en los cuidados paliativos, brindando soporte emocional y humano.
Finalmente, la actualización continua es indispensable. La tecnología y los procedimientos en cuidados intensivos evolucionan constantemente, por lo que el auxiliar debe participar en formaciones periódicas para mejorar su desempeño. Este compromiso con la mejora continua asegura que su intervención contribuya eficazmente a la seguridad del paciente, al trabajo interdisciplinar y a la excelencia en la atención sanitaria en las UCI.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería en la UCI cumple una función indispensable dentro del sistema sanitario. Su labor no se limita al soporte básico, sino que se amplía hacia un perfil técnico y humanizado que exige competencias específicas. En un entorno donde la vida del paciente depende del trabajo conjunto, el auxiliar aporta vigilancia continua, cuidado personalizado y apoyo fundamental a la labor enfermera. Reconocer su rol no solo dignifica su profesión, sino que también contribuye a mejorar la eficiencia del sistema y el bienestar del paciente crítico. La profesionalización y la formación específica del auxiliar en cuidados intensivos deben ser pilares estratégicos dentro de las políticas de salud pública orientadas a optimizar la atención en unidades de alta complejidad.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

2. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Manual de organización y funcionamiento de las UCI. 3.a ed. Madrid: SEMICYUC; 2021.
3. García Méndez FJ, López Torres I. Competencias profesionales del auxiliar de enfermería en el ámbito hospitalario. Rev Rol Enferm. 2021;44(3):42-46.
4. Pérez Martínez L, García Ruiz S. El papel del auxiliar de enfermería en la atención al paciente crítico. Enferm Intensiva. 2020;31(1):21-27.

Capítulo 102

FISIOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

DAVID ZARDOYA SANTOS

1 Introducción

La fractura de cadera representa una de las lesiones más frecuentes y con mayor impacto funcional en la población adulta mayor. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinario que no solo incluya el tratamiento quirúrgico, sino también una rehabilitación postoperatoria eficaz, centrada en recuperar la movilidad, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Este capítulo se enfoca en la fisioterapia postquirúrgica como pilar fundamental en el proceso de recuperación tras una fractura de cadera. Se describen las fases del tratamiento fisioterapéutico, desde el postoperatorio inmediato hasta la rehabilitación funcional avanzada, detallando los objetivos, estrategias y técnicas empleadas en cada etapa. Se hace énfasis en la individualización del tratamiento en función de las condiciones clínicas del paciente, su edad, comorbilidades y el tipo de intervención quirúrgica realizada.

Asimismo, se abordarán aspectos clave como el control del dolor, la movilización precoz, el fortalecimiento muscular, el entrenamiento en marcha y equilibrio, así como la prevención de caídas y otras complicaciones asociadas. También se discutirán los criterios para el alta fisioterapéutica y la reintegración del paciente a sus actividades cotidianas, teniendo en cuenta factores psicosociales y el entorno familiar.

Finalmente, se presentarán recomendaciones basadas en la evidencia científica más reciente, con el fin de orientar al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas y en la planificación de programas de fisioterapia eficaces. A través de este análisis, se pretende resaltar la importancia de un abordaje rehabilitador estructurado y oportuno como componente esencial para una recuperación funcional exitosa en pacientes intervenidos de fractura de cadera.

2 Objetivos

- Analizar el papel de la fisioterapia en la recuperación postquirúrgica de pacientes con fractura de cadera
- Describir las fases del tratamiento de fisioterapia y sus principales intervenciones
- Identificar los factores que influyen en la eficacia del proceso de rehabilitación

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando fuentes seleccionadas de bases de datos científicas reconocidas. La búsqueda incluyó artículos relevantes en español e inglés, priorizando publicaciones recientes y de acceso completo, relacionadas con la fisioterapia postquirúrgica en fracturas de cadera.

4 Resultados

La revisión permitió identificar una sólida base de evidencia científica que respalda el papel fundamental de la fisioterapia postquirúrgica en pacientes intervenidos por fractura de cadera. La mayoría de los estudios revisados coinciden en que la movilización precoz, iniciada entre las primeras 24 y 48 horas tras la cirugía, se asocia con una recuperación más rápida de la función motora, menor riesgo de complicaciones y una reducción significativa en el tiempo de hospitalización.

Se distinguen tres fases clave dentro del proceso de rehabilitación: la fase aguda, la fase subaguda y la fase ambulatoria. Durante la fase aguda, que tiene lugar en el entorno hospitalario, se prioriza el control del dolor, la prevención de complicaciones respiratorias y tromboembólicas, y el inicio de ejercicios leves de movilización activa y pasiva. En la fase subaguda, que puede desarrollarse tanto en centros especializados como en el domicilio del paciente, el objetivo principal es

recuperar fuerza muscular, estabilidad articular y equilibrio. Finalmente, en la fase ambulatoria se trabaja sobre la marcha funcional, la mejora de la autonomía en actividades básicas y la reintegración social.
Entre los factores que influyen en la evolución funcional del paciente se encuentran la edad, el estado de salud previo a la fractura, las comorbilidades presentes y el tipo de intervención quirúrgica realizada (fijación interna, hemiartroplastia o artroplastia total). Asimismo, se identificó que la participación activa del paciente, la presencia de una red de apoyo familiar y la adherencia al programa de fisioterapia impactan positivamente en la evolución clínica.
Las intervenciones más efectivas combinan ejercicios de fortalecimiento progresivo, reeducación de la marcha con dispositivos de asistencia y programas de entrenamiento del equilibrio. Además, se resalta el beneficio de la educación del paciente y su entorno sobre el manejo del dolor, las precauciones postquirúrgicas y la prevención de caídas. La evidencia analizada indica que los mejores resultados se logran cuando el tratamiento de fisioterapia forma parte de un enfoque multidisciplinar, coordinado entre fisioterapeutas, médicos, enfermería y trabajadores sociales.

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia postquirúrgica desempeña un rol crucial en la recuperación funcional de pacientes intervenidos por fractura de cadera. La evidencia revisada destaca que la movilización precoz, un abordaje individualizado y la continuidad del tratamiento a lo largo de las distintas fases de rehabilitación son claves para optimizar los resultados clínicos. La intervención fisioterapéutica debe adaptarse a las condiciones del paciente, considerando factores como la edad, comorbilidades, estado funcional previo y tipo de cirugía.
Asimismo, los programas que integran el trabajo interdisciplinario y promueven la participación activa del paciente y su entorno familiar demuestran mejores resultados en términos de autonomía, reducción de complicaciones y prevención de caídas.
Se concluye que la fisioterapia no debe considerarse un complemento del tratamiento quirúrgico, sino un componente esencial del proceso de recuperación, con un impacto directo en la calidad de vida y la reintegración social del paciente.

6 Bibliografía

1. Zhao L, Zhao X, Dong B, Li X. Effectiveness of home-based exercise for functional rehabilitation in older adults after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2024 Dec 19;19(12):e0315707. doi: 10.1371/journal.pone.0315707. PMID: 39700091; PMCID: PMC11658508.
2. Beckmann M, Bruun-Olsen V, Pripp AH, Bergland A, Smith T, Heiberg KE. Recovery and prediction of physical function 1 year following hip fracture. Physiother Res Int [Internet]. 2022;27(3):e1947. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/pri.1947
3. Koudouna S, Evangelopoulos DS, Sarantis M, Chronopoulos E, Dontas IA, Pneumaticos S. The effect of postoperative physical therapy following hip fracture: A literature review. Cureus [Internet]. 2023;15(4):e37676. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7759/cureus.37676
4. Siminiuc D, Gumuskaya O, Mitchell R, Bell J, Cameron ID, Hallen J, et al. Rehabilitation after surgery for hip fracture - the impact of prompt, frequent and mobilisation-focused physiotherapy on discharge outcomes: an observational cohort study. BMC Geriatr. 2024 Jul 23;24(1):629.

Capítulo 103

FISIOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS): REVISIÓN NARRATIVA

AINHOA MAGUREGUI

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV), también conocido como ictus, constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos a nivel mundial. Se estima que aproximadamente uno de cada cuatro adultos sufrirá un ictus a lo largo de su vida, con una mayor prevalencia en personas mayores de 65 años. Aunque las tasas de mortalidad han disminuido en las últimas décadas gracias a los avances médicos, el número de personas que sobreviven con secuelas funcionales continúa en aumento.

El ictus puede clasificarse en isquémico, causado por la interrupción del flujo sanguíneo, o hemorrágico, debido a la rotura de un vaso cerebral, y su repercusión neurológica varía ampliamente según la localización y extensión del daño. Las secuelas más frecuentes incluyen hemiparesia, alteraciones del equilibrio, problemas de coordinación, fatiga crónica, espasticidad, dolor y dificultades para caminar o realizar actividades básicas de la vida diaria.

La rehabilitación post-ictus es un componente esencial del proceso terapéutico. Su objetivo no es solo mejorar las capacidades motoras afectadas, sino también prevenir complicaciones secundarias, facilitar la reintegración social y laboral del paciente, y maximizar su calidad de vida. Dentro del equipo interdisciplinar, el

fisioterapeuta ocupa un papel clave en la evaluación funcional, el diseño de programas de recuperación y el entrenamiento específico de las funciones motoras y posturales.
La fisioterapia en el ictus se centra en intervenciones basadas en el reaprendizaje motor, la neuroplasticidad y la repetición de tareas funcionales significativas. Para lograr resultados óptimos, es fundamental que la rehabilitación se inicie de forma temprana, sea intensiva y adaptada a las necesidades individuales del paciente.

2 Objetivos

Analizar el papel de la fisioterapia en la rehabilitación funcional tras un ictus
Describir las técnicas más utilizadas en la recuperación motora post-ictus
Revisar la evidencia científica sobre la eficacia de la intervención fisioterápica en la mejora funcional de estos pacientes

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica a través de las bases de datos PubMed, PEDro, Scopus y Cochrane Library, seleccionando artículos publicados entre 2013 y 2024. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que abordaran la intervención fisioterapéutica en pacientes adultos tras un ictus, tanto en la fase subaguda como crónica.
Se utilizaron los términos de búsqueda: “stroke rehabilitation”, “post-stroke physiotherapy”, “motor recovery after stroke”, “neurorehabilitation and physical therapy”, “task-specific training”. Se excluyeron estudios centrados en intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, así como aquellos que no incluyeran resultados funcionales medibles relacionados con la intervención fisioterapéutica.

4 Resultados

La evidencia científica confirma que la fisioterapia desempeña un papel fundamental en la recuperación funcional de personas que han sufrido un ictus. Los estudios analizados muestran que las intervenciones fisioterapéuticas, cuando se inician de forma precoz y se aplican de manera intensiva y específica, pueden

mejorar significativamente la movilidad, la fuerza muscular, el equilibrio y la independencia en las actividades de la vida diaria.
Entre las técnicas más utilizadas y estudiadas se encuentran:
- Ejercicio terapéutico dirigido a miembros afectados: Se ha demostrado que el entrenamiento repetido y activo de los miembros superiores e inferiores mejora el control motor, la fuerza y la coordinación, particularmente cuando se integra dentro de tareas funcionales específicas como agarrar objetos o caminar.
- Rehabilitación basada en tareas (task-oriented training): Esta técnica consiste en practicar actividades significativas para el paciente (por ejemplo, transferencias, vestirse, desplazarse) con el objetivo de favorecer el reaprendizaje motor. Su aplicación mejora la autonomía funcional y refuerza la neuroplasticidad.
- Estimulación eléctrica funcional (FES): Útil especialmente en pacientes con parálisis parcial o debilidad severa, facilita el movimiento de músculos clave mediante impulsos eléctricos controlados, promoviendo la contracción y la activación de vías neuromotoras.
- Terapia del espejo: Técnica empleada en la rehabilitación del miembro superior afectado, que utiliza el reflejo del lado sano para estimular la activación motora en el lado paralizado.
- Entrenamiento en cinta rodante con soporte parcial de peso: Mejora la marcha, la cadencia y la simetría del paso, especialmente en fases subagudas. Se ha comprobado que favorece una reeducación más segura y eficiente de la locomoción.
La intensidad del tratamiento es un factor crítico en la recuperación. Ensayos clínicos muestran que los programas más eficaces son los que implican al menos 45 minutos diarios de ejercicio específico, cinco días por semana. Además, los mayores avances se observan en las primeras 12 semanas post-ictus, aunque la rehabilitación sigue siendo eficaz incluso en fases más crónicas si se mantiene la frecuencia y el enfoque funcional.
Otro hallazgo común es que la personalización del tratamiento mejora notablemente los resultados. Las intervenciones deben adaptarse al nivel inicial del paciente, sus limitaciones físicas, su nivel de fatiga y sus objetivos personales. La participación activa del paciente y el refuerzo positivo durante el proceso también influyen en la adherencia y la motivación.

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia constituye un pilar esencial en el proceso de rehabilitación post-ictus, tanto en el contexto hospitalario como ambulatorio y domiciliario. Su impacto en la recuperación funcional ha sido ampliamente validado por estu-

dios clínicos y guías de práctica internacional. La evidencia respalda que el tratamiento fisioterápico mejora la capacidad motora, favorece la neuroplasticidad cerebral y reduce la discapacidad resultante del evento neurológico.

Uno de los aspectos más importantes de esta intervención es su carácter activo y personalizado, lo que implica que cada paciente debe participar de forma consciente en el proceso, enfrentando tareas reales y alcanzables. Esta estrategia, combinada con un enfoque basado en objetivos funcionales y supervisión profesional, potencia los mecanismos de reorganización cortical y acelera la mejora de la movilidad y el equilibrio.

Además, la fisioterapia no solo incide sobre las secuelas físicas del ictus, sino que también tiene un efecto positivo sobre el estado emocional y social del paciente. El progreso en la recuperación motora se asocia a una mayor autoestima, reducción de la ansiedad y mejora de la calidad de vida, aspectos fundamentales para el bienestar global.

En conclusión, la fisioterapia debe formar parte integral del plan terapéutico postictus desde las etapas iniciales. Su eficacia aumenta cuando se emplean técnicas basadas en tareas significativas, se garantiza una frecuencia adecuada y se promueve la participación activa del paciente. La inclusión de fisioterapeutas en equipos multidisciplinares permite un abordaje más completo, eficiente y humano de la recuperación tras un accidente cerebrovascular.

6 Bibliografía

1. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2011;377(9778):1693–1702.

2. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(2):e87987.

3. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD010820.

4. French B, Thomas LH, Leathley MJ, et al. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD006073.

5. Ada L, Dorsch S, Canning CG. Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review. Aust J Physiother. 2006;52(4):241–248.

6. World Health Organization. Rehabilitation after stroke: WHO guideline. Geneva: WHO; 2023.

7. Duncan PW, Sullivan KJ, Behrman AL, et al. Body-weight–supported treadmill rehabilitation after stroke. N Engl J Med. 2011;364(21):2026–2036.

Capítulo 104

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN PROLAPSOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

NEUS TOMÁS TARONCHER

ANA LASERNA BELENGUER

JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SOLER BATALLER

MARÍA INMACULADA YAGO ROSA

1 Introducción

El suelo pélvico es una estructura clave en nuestra biomecánica y se sitúa a continuación de la cavidad abdominal. Está constituida por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y órganos, lo cual la convierte en una compleja unidad anatómica y funcional.

En la parte más anterior se encuentra el sistema urinario (vejiga), en la parte media el sistema reproductivo (útero), por encima se sitúa la parte más inferior del sistema digestivo (que reposa sobre los órganos anteriormente citados), en la zona más posterior se sitúa la parte más distal de este sistema digestivo (recto y ano) y en la parte inferior encontramos la vagina.

Estos órganos reposan y se anclan sobre el diafragma pélvico (elevador del ano y músculo coccígeo mayormente) y tejido conectivo. El elevador del ano es clave,

ya que ocupa gran parte de la pelvis y sus fibras dan paso a la parte más distal del sistema digestivo y genito-urinario.

Todas estas estructuras están íntimamente relacionadas y son un punto clave en nuestro soporte estático, realizando una excelente acción antigravitatoria. Su buen funcionamiento es responsable de la continencia urinaria y fecal, así como de la eficiente contención de los órganos pélvicos.

La acción antigravitatoria se debe principalmente a los tejidos que ejercen de conexión entre todas las estructuras nombradas. La debilidad en los ligamentos y fascias tiene un efecto negativo sobre el funcionamiento muscular, afectando a esta función de soporte, lo que puede dar lugar a la debilidad de la pared vaginal y al prolapso de los órganos.

El prolapso es un descenso de uno o varios de los órganos pélvicos, cuyas principales causas se relacionan con el embarazo y el parto vaginal. Aunque hay otras múltiples causas que pueden propiciarlo, como son la obesidad, cirugías pélvicas, estreñimiento y tos crónica.

Este prolapso a veces no es sintomático, observándose en la mayoría de los casos una pequeña protrusión vaginal. Aunque, en otras ocasiones, puede estar asociado a incontinencia urinaria y fecal, disfunción miccional, defecación incompleta y disfunción sexual.

Esta patología, según una media de varios estudios, afecta entre el 3 y el 50 % de las mujeres. Por ejemplo, en un estudio realizado en un total de 2.289 mujeres saudíes, el 23.4 % sufrían de prolapso.

2 Objetivos

Discernir qué tipo de tratamiento se puede aplicar para mejorar la funcionalidad una vez que ha aparecido el prolapso.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en PubMed, Google Academy y PEDro.
Las palabras clave utilizadas han sido ”organ prolapse”, ”treatment”, ”prevalence” y ”pelvic floor”.
Se filtraron los resultados con menos de diez años de antigüedad.

Los resultados de la búsqueda permitieron encontrar suficientes artículos para la revisión.

4 Resultados

En el primer artículo "Effect of Pessary vs Surgery on Patient-Reported Improvement in Patients With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse. A Randomized Clinical Trial", se busca evaluar qué método, si el pesario o la cirugía, obtiene mejores resultados en un prolapso de grado 2 o mayor, con síntomas moderados o severos.

Se escogió un grupo de 440 pacientes, divididas en dos grupos: 218 aceptaron el tratamiento con el pesario y 222 la cirugía. En este grupo se excluyó a mujeres con incontinencia urinaria, que ya se hubiesen sometido a cirugía tanto de prolapso como de incontinencia o que ya hubiesen utilizado un pesario previamente.

Antes de empezar, se les realizaron varios test:
- PGI-I: para valorar la mejoría global, de mucho peor a mucho mejor.
- PGI-S: valora la gravedad percibida de los síntomas.
- PFDI-20: valora el malestar del suelo pélvico.
- PFIQ-7: valora la calidad de vida de esa patología.
- PISQ-IR: valora la función sexual.

A las mujeres del grupo que eligieron pesario se les explicó debidamente las medidas a tomar, y a las que eligieron cirugía se les realizó siguiendo el mismo procedimiento.

Los resultados fueron evaluados a las seis semanas, a los 12 meses y a los 24 meses. A los 24 meses, los resultados que se pudieron recoger fueron de 174 mujeres del grupo del pesario y 162 del grupo de cirugía.

De estas mujeres, el 76.3 % del grupo del pesario y el 81.5 % del grupo de la cirugía informaron de una mejoría relativa.

En cuanto a la gravedad percibida de los síntomas (PGI-S), mostraron una mayor mejoría en el grupo de la cirugía. Asimismo, las mujeres activas informaron de una mayor mejoría en el test PISQ-IR en el grupo de la cirugía.

El artículo tiene un buen enfoque, pero encontraron problemas a la hora de recoger los resultados, ya que algunas mujeres interrumpieron el tratamiento

con el pesario, en su mayoría por la expulsión del pesario. Muchas de estas mujeres se sometieron a cirugía posteriormente.

En definitiva, este artículo no demostró su objetivo de que las técnicas con pesario fueran igual de efectivas que el tratamiento con cirugía. Si bien es cierto que no se puede evaluar del todo los resultados debido a la falta de seguimiento en el tratamiento por parte del grupo que escogió el pesario.

El segundo artículo que elegimos, "Clinicopathologic characteristics and treatment patterns of pelvic organ prolapse in South Korea", busca comparar el tratamiento conservador del prolapso frente a la cirugía.

Se escogió un grupo de 288 pacientes diagnosticadas de prolapso y se dividieron en dos grupos. A uno se le aplicó un tratamiento conservador (grupo A con 83 pacientes) y al otro se le realizó cirugía (grupo B con 205 pacientes).

En el grupo A, 23 pacientes utilizaron el pesario y 60 recibieron entrenamiento muscular del suelo pélvico. Todas las pacientes del grupo B se sometieron a cirugía, realizándose cirugía transvaginal a 194 pacientes y cirugía transabdominal a 11 pacientes.

Aunque la mayoría son asintomáticos, hay mujeres que sí sufren síntomas. Un 70 % de mujeres del grupo A y un 79.5 % de mujeres del grupo B presentan sintomatología vaginal, como abultamiento o sensación de opresión.

Tanto en un grupo como en el otro aparecieron complicaciones post-tratamiento. En el caso de los pesarios, las complicaciones fueron prolapso alrededor, infección, disuria y manchado. En el caso de las cirugías, observaron complicaciones en 20 pacientes. Estas complicaciones pueden ser disuria, incontinencia urinaria y fecal, y frecuencia miccional. Todas estas complicaciones tempranas mejoraron, aunque un total de 16 pacientes experimentó una complicación más severa, que fue un descenso de la cúpula vaginal.

El objetivo de este artículo era investigar la aparición de complicaciones en el método quirúrgico frente al método conservador.

Los resultados no fueron significativos, aunque esto podría deberse al pequeño número de pacientes del estudio, los diferentes métodos quirúrgicos y la falta de valoración de los factores de riesgo frente a una colocación fallida del pesario.

En el último artículo, "Pelvic organ prolapse (POP) symptom progression and

treatment satisfaction from the patients' perspective", se marcan como objetivo evaluar la sintomatología temprana de los pacientes, y observar su progresión, mejoría o regresión, además de ver el grado de satisfacción subjetiva de los pacientes frente a los distintos tratamientos.

Para comprobar esto, diseñaron una encuesta con 10 preguntas que abarcaban desde la gravedad de los síntomas, tiempo hasta el diagnóstico, factores demográficos y satisfacción con el tratamiento.

En esta encuesta participaron 158 pacientes, miembros de un grupo de Facebook que es una asociación de apoyo de personas con prolapso.

Para participar en la encuesta se les pidió que tuviesen un diagnóstico de prolapso.

Con respecto a los resultados, vieron que en cuanto a la edad, el 61.39 % tenían 50 años o más y mujeres con dos embarazos representaban el 50.63 %.

Se pudo comprobar que los síntomas (dolor de espalda, bulto vaginal, incontinencia fecal), exceptuando la incontinencia urinaria, sí empeoraron desde el inicio de la patología hasta el diagnóstico y tratamiento.

En el momento de la encuesta, no todos los síntomas habían mejorado.

Un 34.62 % buscó ayuda en los primeros 0-3 meses.

En cuanto a la elección del tratamiento, de las que eligieron un tratamiento conservador, el 60.35 % eligió fisioterapia, frente a un 50.63 % que eligió pesarios. De los tratamientos quirúrgicos, el más utilizado fue la reparación vaginal posterior, con un 37.34 %.

Un 13.29 % se realizó la cirugía sin haber intentado ningún tratamiento conservador. El 49.37 % utilizó solo tratamiento conservador y el 43.04 % se realizaron al menos dos cirugías diferentes.

De las 158 pacientes, solo se evaluó la satisfacción de 127 porque el resto tenían la intervención demasiado reciente.

En general, los mejores resultados eran de las mujeres intervenidas quirúrgicamente, habiendo disminuido considerablemente la gravedad de los síntomas.

La conclusión de este estudio es que la intervención quirúrgica era más efectiva a la hora de mejorar la sintomatología. También se pudo comprobar que el tiempo

que tardan en llegar a consulta para un diagnóstico es crucial para abordar cuanto antes el problema.

Además, el prolapso, que casi siempre va asociado a otras patologías, no se puede tratar con una técnica que abarque todo, por eso hay que hacer un buen protocolo de abordaje, ya que con la cirugía no se abordan tanto los problemas de dolor y función.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión bibliográfica, hemos comprobado que en los tres artículos evaluados, los resultados son mejores en las pacientes que se sometieron a una intervención quirúrgica. El problema que encontraron algunos de ellos fue que las pacientes suelen acudir demasiado tarde al profesional indicado. Muchas veces esto sucede porque la información que se recibe sobre estos temas en la sociedad actual es muy deficiente, aunque sea mejor que hace años.

Un tratamiento más conservador sería más efectivo si el problema se abordara en las primeras fases.

Por tanto, debería ser un tema que se trabaje más a nivel informativo para que las mujeres puedan prevenir, o bien, saber a quién acudir y cuándo.

6 Bibliografía

1. Carrillo KG, Sanguineti MA. Anatomía del piso pélvico. Rev Med Clín Condes [Internet]. 2013 [citado 10 Abr 2017];24(2):185-189.

2. Tim S, Mazur-Bialy AI. The most common functional disorders and factors affecting female pelvic floor. Life. 2021;11(12):1397. doi: 10.3390/life11121397.

3. Al-Badr A, Saleem Z, Kaddour O, Almosaieed B, Dawood A, Al-Tannir M, Al-Turki F, Alharbi R, Alsanea N. Prevalence of pelvic floor dysfunction: a Saudi national survey. BMC Womens Health. 2022 Feb 4;22(1):27. doi: 10.1186/s12905-022-01609-0.

4. van der Vaart LR, Vollebregt A, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Duijnhoven RG, Roovers JPW, van der Vaart CH. Effect of Pessary vs Surgery on Patient-Reported Improvement in Patients With Symptomatic Pelvic Organ Pro-

lapse: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2022 Dec 20;328(23):2312-2323. doi: 10.1001/jama.2022.22385.

5. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. Am Fam Physician. 2017;96(3):179-185.

6. Jo HC, Baek JC, Park JE, Park JK, Jo IA, Choi WJ, Sung JH. Clinicopathologic characteristics and treatment patterns of pelvic organ prolapse in South Korea. Pan Afr Med J. 2019 Sep 6;34:14. doi: 10.11604/pamj.2019.34.14.19823.

7. Sanchez EJ, Chen J, Zapata I, Brooks BD. Pelvic organ prolapse (POP) symptom progression and treatment satisfaction from the patients' perspective. BMC Womens Health. 2025 Apr 11;25:173. doi: 10.1186/s12905-025-03716-0.

Capítulo 105

FISIOTERAPIA EN REHABILITACIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO TRAS LA RETIRADA DEL CABESTRILLO

MARÍA INMACULADA YAGO ROSA

NEUS TOMÁS TARONCHER

MARIA TERESA SOLER BATALLER

JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ

ANA LASERNA BELENGUER

1 Introducción

La cirugía de artroplastia de hombro es una intervención cada vez más común para el tratamiento de problemas articulares avanzados, fracturas o enfermedades degenerativas que comprometen la adecuada funcionalidad de la articulación (1).

Existen diferentes tipos de artroplastias de hombro: la artroplastia total, la artroplastia parcial y la artroplastia invertida total. La artroplastia total simula las estructuras anatómicas de la articulación del hombro; este tipo de prótesis se emplea en pacientes con desgaste articular que mantienen el conjunto de tendones del manguito rotador en buen estado. La prótesis parcial sustituye únicamente la

porción humeral y se mantiene la porción de la glena; esta prótesis se emplea en patologías que afectan únicamente a la parte humeral, como fracturas y necrosis avascular. La prótesis invertida de hombro se emplea en aquellas personas que padecen desgaste articular y no conservan una adecuada integridad del manguito rotador (2).

La fisioterapia ejerce un papel clave en la recuperación del rango articular, el incremento de la fuerza muscular y la funcionalidad del hombro en el periodo postoperatorio, así como en la recuperación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Con este estudio se pretende poner en valor la importancia de la figura del fisioterapeuta durante todo el proceso de rehabilitación tras una cirugía de artroplastia de hombro, el periodo prolongado del uso del cabestrillo y la inmovilidad de la extremidad que esto representa.

Comprender este proceso permite optimizar los cuidados, individualizar los tratamientos y mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos planteados son:
- Disminuir la edematización del miembro superior afectado
- Incrementar la fuerza muscular en el complejo articular del hombro
- Incrementar la fuerza muscular en la musculatura perteneciente a brazo, antebrazo y mano
- Incrementar el rango de movimiento del complejo articular del hombro
- Aumentar el rango articular de la articulación del codo
- Prevenir las adherencias en la cicatriz y los tejidos adyacentes
- Proporcionar estrategias para el vestido y desvestido de la parte superior

3 Caso clínico

Mujer de 85 años que sufrió una caída en su hogar provocándose una rotura de hombro izquierdo. Dada su situación socio-familiar, soltera sin hijos ni hermanos, decide internarse en una residencia de ancianos.

Es intervenida quirúrgicamente para artroplastia total de hombro el día 7 de abril de 2024.

Tras tres semanas con cabestrillo inmovilizando totalmente el hombro, por prescripción médica, se le retira el cabestrillo y se inicia la rehabilitación, permitiendo la movilidad en los planos de flexión y abducción del hombro. Además, permite movilidad de codo hacia la extensión. No se plantea la posibilidad de realizar cambio de dominancia durante el periodo de cabestrillo ni después, dado que la usuaria es zurda.

Valoración de fisioterapia tras retirada del cabestrillo:

- Anteriorización del hombro
- Rigidez en codo, posición de flexo de codo
- Edematización en brazo (a nivel del tercio distal del tríceps), antebrazo (tercio proximal en su cara anterior, medial y lateral), mano región dorsal y falanges
- Hipotonía muscular generalizada
- Incapacidad para elevar el brazo afectado
- Dolor a la movilidad pasiva en rangos de movimiento iniciales
- Hormigueo en mano
- Postura viciosa sujetando el brazo afectado en flexión de codo con la extremidad sana
- Postura viciosa en hiperflexión dorsal de la muñeca del brazo afectado

Valoración de fisioterapia en bipedestación:

- Visión anterior:
- Asimetría en la postura, con descenso caudal del complejo articular del hombro afectado
- Inclinación lateral del tronco hacia el lado derecho
- Rotación dorsal anterior del tronco en su lado derecho

Exploración de la piel y cicatriz:

- Piel seca con descamación de las capas superficiales
- Coloración adecuada, similar a estructuras adyacentes, sin enrojecimiento de la piel
- No adherencias graves en la cicatriz
- Adecuada cicatrización sin engrosamientos ni coloración

Escalas administradas durante la valoración:

- Escala visual analógica del dolor (EVA): la usuaria refiere dolor 9/10 a la movilidad pasiva. Imposibilidad de valorar el dolor a la movilidad activa

- Escala de fuerza muscular de Daniels:
- Derecho:
- Flexión: 1/5, contracción visible sin movimiento
- Extensión: 1/5, sin contracción
- Izquierdo:
- Flexión: 4/5, rango de movimiento total contra gravedad y con resistencia leve
- Extensión: 4/5, rango de movimiento total contra gravedad y con resistencia leve
- Medición de la fuerza de mano con un dinamómetro:
- Mano izquierda (afectada): 1.5 kg
- Mano derecha: 8.2 kg

Programa de ejercicios tras la retirada del cabestrillo:

- Cinesiterapia activa:
- Extensión de codo activa y trabajo pasivo en los rangos en los que la usuaria no llegue, según tolerancia del dolor
- Flexión y abducción de hombro en rangos tolerables de forma activa
- Cinesiterapia activa autoasistida: con una pica agarrada con ambas manos, eleva su brazo
- Poleoterapia en la flexo-extensión

Pasadas dos semanas, se le introducen ejercicios de rotaciones interna y externa. Se compara con el lado contralateral para saber el nivel de rotación que alcanza. Cinesiterapia pasiva de rotaciones hasta tolerancia al dolor de la usuaria. Cinesiterapia autoasistida principalmente de la rotación interna con material y asistencia del lado contralateral.

Cada dos semanas se reevalúa a la usuaria para valorar el incremento de cargas, sesión tras sesión se reevalúa el incremento de rango articular de forma activa o pasiva.

Tratamiento de terapia manual realizado:

- Terapia manual de drenaje linfático
- Tratamiento de movilidad de cicatriz y despegue de las pocas adherencias del tejido
- Crioterapia tras las sesiones para reducir dolor
- Terapia manual, si precisa, de la musculatura adyacente al hombro por sobrecarga de la misma

Reeducación en la AVD de vestido para la prevención del dolor durante esta actividad y el fomento de la autonomía.

La evolución de la usuaria ha sido favorable tras un periodo mayor a 10 meses de rehabilitación. Se ha reducido el nivel de dolor (ver escala EVA). Se ha conseguido reducir significativamente la inflamación de la extremidad afectada; sin embargo, se inflama levemente a lo largo del día. Se observa incremento de la fuerza muscular (ver escala Daniels).

Se observa adecuada movilidad entre las diferentes capas de la cicatriz, sin encontrar adherencias ni puntos dolorosos. En comparación con su lado contralateral, ha recuperado movilidad en los movimientos de flexo-extensión y abducción-aducción, sin embargo, se mantiene la limitación en los movimientos de rotación externa y, en especial, la rotación interna. Se observa un leve incremento del rango articular del codo, apreciándose la articulación en flexo.

La usuaria mantiene buena autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) de vestido, adquiriendo adecuadamente las estrategias proporcionadas y tomándolas como un hábito dentro de su rutina de vestido.

Durante la última sesión se le aplican nuevamente las escalas administradas al inicio para observar la evolución durante la rehabilitación.

- Escala visual analógica del dolor (EVA): la usuaria refiere dolor 2/10 a la movilidad pasiva y 3/10 a la movilidad activa
- Escala de fuerza muscular de Daniels:
- Derecho:
- Flexión: 4/5, rango de movimiento total contra gravedad y con resistencia leve
- Extensión: 3/5, rango de movimiento total pero sin resistencia
- Izquierdo:
- Flexión: 4/5, rango de movimiento total contra gravedad y con resistencia leve
- Extensión: 4/5, rango de movimiento total contra gravedad y con resistencia leve
- Medición de la fuerza de mano con un dinamómetro:
- Mano izquierda (afectada): 7.2 kg
- Mano derecha: 8.9 kg

4 Discusión-Conclusión

En este tipo de casos, las recomendaciones para seguir por la usuaria son:

- Seguir realizando los ejercicios practicados durante este periodo de tiempo
- Mantener e incrementar, en la medida de lo posible, los pesos establecidos para cada ejercicio
- Mantener las pautas de elevación de la extremidad para evitar la inflamación
- Aplicar hielo en los momentos de inflamación o dolor localizado

La fisioterapia desempeña un papel esencial tras la retirada del cabestrillo en pacientes con artroplastia de hombro, especialmente en personas mayores. En este caso, la intervención individualizada permitió reducir el dolor, mejorar la movilidad y recuperar la fuerza muscular, favoreciendo la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

El tratamiento combinó ejercicios activos, pasivos, autoasistidos y terapia manual, con resultados favorables tras 10 meses. Persistieron ciertas limitaciones en la rotación interna, lo que indica la necesidad de atención específica en este plano.

La reevaluación periódica y la adaptación progresiva del tratamiento fueron claves para el éxito. Este estudio confirma la importancia de incluir programas de fisioterapia estructurados y prolongados en el proceso de recuperación postquirúrgica, contribuyendo a una mejor calidad de vida del paciente.

5 Bibliografía

1. López PO, Sánchez JS, Nogueras AM, Díez LC, Rodríguez JO, Arenillas JC. Fisioterapia en las prótesis de hombro. Protocolo de actuación. Fisioterapia. 2006;28(1):7-16.

2. Rodríguez González L. Fisioterapia en prótesis invertida de hombro: Revisión bibliográfica.

Capítulo 106

BENEFICIO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: REVISIÓN SISTEMÁTICA

JOAQUINA LÓPEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SOLER BATALLER

ANA LASERNA BELENGUER

NEUS TOMÁS TARONCHER

MARÍA INMACULADA YAGO ROSA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es una de las enfermedades neurodegenerativas con mayor afectación en el mundo (1). Después de la enfermedad de Alzheimer, es la más diagnosticada en personas mayores de 65 años, generalmente más a hombres que a mujeres (2), provocando un gran impacto económico y social.

Los síntomas de dicha enfermedad pueden variar de una persona a otra, pero algunos de los más comunes incluyen temblores, generalmente de las manos; rigidez; bradicinesia; pérdida de equilibrio; alteración de la marcha y de la postura; y demencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad de Parkinson ha incrementado en los últimos 25 años un 100%. Esto significa que ha provocado alrededor de 329,000 muertes desde el año 2000 (1). La prevalencia del Parkinson

tiende a aumentar con la edad, lo que significa que a medida que la población envejece, también lo hace el número de personas diagnosticadas.
El tratamiento suele centrarse en mejorar la calidad de vida y disminuir la sintomatología. Para ello se utiliza la farmacología, la cirugía de forma excepcional y la rehabilitación (aquí es donde entra la fisioterapia) (3).
En Europa, hay una variedad de recursos y organizaciones dedicadas a la investigación, el apoyo y la concienciación sobre el Parkinson. Muchos países cuentan con programas de atención y tratamiento para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas y mejorar su calidad de vida. Además, se están llevando a cabo investigaciones para entender mejor la enfermedad y desarrollar nuevos tratamientos.

2 Objetivos

Investigar y presentar los recientes progresos que la fisioterapia ha logrado en relación con los tratamientos para la enfermedad neurodegenerativa del Parkinson en la población, llevando a cabo una revisión de la literatura científica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: Google Académico, Pubmed y PeDro. Las palabras clave utilizadas han sido enfermedades neurodegenerativas, enfermedad de Parkinson, envejecimiento de la población y fisioterapia. Los criterios de inclusión para la búsqueda de bibliografía científica fueron todos aquellos estudios que se centraran en el tratamiento del Parkinson con fisioterapia. Se ha aplicado un filtro de búsqueda en estudios que no superasen más de 5 años de antigüedad.

4 Resultados

Perez G. G.P. et al. (4) concluyen, según la evidencia recopilada, que existen tratamientos suficientes en fisioterapia capaces de disminuir la alteración del equilibrio y de la marcha que se producen con el desarrollo de dicha enfermedad. Las técnicas usadas en los estudios analizados van desde entrenamiento físico, yoga, bicicleta hasta entrenamiento con videojuegos usando la retroalimentación visual.
Sin embargo, no pueden concluir qué técnica de abordaje de fisioterapia es la más eficaz para el tratamiento de dicha enfermedad.

En el artículo estudiado ”Efecto del ejercicio sobre los síntomas motores en pacientes con enfermedad de Parkinson: un metanálisis en red”, se concluyó que el entrenamiento sensorial y motor, que contenía resistencia (tamaño del efecto [TE] -1,09; intervalo de confianza [IC] del 95 %, -1,68 a -0,50) y danza (TE -0,64; IC del 95 %, -1,24 a -0,05) eran los entrenamientos de actividad física más óptimos para disminuir los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson (5).
El siguiente artículo analizado, ”Efecto de la terapia de ejercicios a largo plazo sobre los síntomas motores en pacientes con enfermedad de Parkinson: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorizados”, tiene como objetivo valorar qué tipo de actividad o terapia física a largo plazo (≥12 semanas) es más efectiva y poder derivar según la necesidad de cada individuo. Tras el análisis de varios estudios, llegaron a la conclusión de que el Tai Chi y la danza aportan ventajas para el equilibrio. No obstante, la deambulación no mostró mejoras tras la práctica de Tai Chi y el entrenamiento de resistencia, mientras que sí se observaron avances tras la danza. Al incrementar la duración de la intervención o el tiempo de cada sesión, los efectos del ejercicio en estos resultados se intensificaron; se notaron mayores beneficios al realizar ejercicio con una frecuencia de dos veces por semana (6).

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo la búsqueda de información en diversas bases de datos de literatura científica, se procedió a analizar y examinar cada uno de los estudios. Se llegó a la conclusión de que el ejercicio activo y la actividad física mejoran la calidad de vida de los pacientes que sufren enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson. Se ha demostrado que si la terapia es a largo plazo, se obtienen mejores resultados.
Sin embargo, ha sido difícil encontrar literatura bibliográfica de gran calidad que aporte más información sobre diferentes técnicas de fisioterapia. Por ello, sugerimos que se sigan realizando más estudios dirigidos a mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, ya que la población mundial tiende a envejecer.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. 2023. Disponible en: www.who.int
2. Benito-León J. Revisión epidemiológica de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. Rev Neurol. 2018;66:125-134. PMID: 29435969. DOI: https://doi.org/10.33588/rn.6604.2017440.

Disponible en: http://www.neurologia.com/articulo/2017440
3. Abal Durán A. Eficacia de un protocolo de ejercicio terapéutico en pacientes con enfermedad de Parkinson: proyecto de investigación. Universidad de Granada. Junio 2019.
4. Perez Gonzalez G.P. Fisioterapia en las alteraciones de equilibrio y marcha en la enfermedad de Parkinson. Revisión bibliográfica. 2018-2019.
5. Alvarez-Bueno C., Geeks J.J., Cavero-Redondo I., Alegre K., Torres-Costoso A.I., Malcolm P., Fernández Rodríguez R., Martínez-Vizcaíno V. Efecto del ejercicio sobre los síntomas motores en pacientes con enfermedad de Parkinson: un metanálisis en red. 2023 Abr-Jun. Publicación electrónica 12 de agosto de 2021. Pubmed. Disponible en: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
6. Xuening L., Zixuan G., Yu H., Gu Y., Guangyang. Efecto de la terapia de ejercicios a largo plazo sobre los síntomas motores en pacientes con enfermedad de Parkinson: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorizados. 2022. Pubmed. Disponible en: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Capítulo 107

MANEJO FISIOTERAPÉUTICO URGENTE DE UNA LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO EN UN PACIENTE JOVEN DEPORTISTA: UN CASO CLÍNICO

LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ

YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA

ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS

LAURA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Las lesiones musculoesqueléticas constituyen una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias médicas a nivel mundial. Se estima que hasta el 40% de las consultas en emergencias no traumáticas están relacionadas con este tipo de afecciones, afectando principalmente a personas jóvenes y en edad laboral activa (Delgado, Hernández, & Roldán, 2020). Entre estas lesiones, la luxación anterior del hombro es una de las más frecuentes, representando aproximadamente el 95% de todas las dislocaciones glenohumerales (Beeson et

al., 2020). Esta patología se caracteriza por la pérdida de congruencia articular entre la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea de la escápula, lo que conlleva dolor agudo, deformidad evidente y una marcada limitación funcional.

El mecanismo de lesión más habitual suele involucrar un movimiento forzado de abducción, extensión y rotación externa del hombro, lo cual predispone al desplazamiento anterior de la cabeza humeral. Esta condición es particularmente común en la práctica deportiva, siendo el baloncesto, rugby y judo algunas de las disciplinas con mayor incidencia (Thomas & Sciascia, 2018). En jóvenes deportistas, una primera luxación puede representar un factor de riesgo para recurrencias, que llegan a reportarse en más del 60% de los casos si no se realiza un abordaje adecuado y precoz (Bongers, Kremer, & Laak, 2017).

El tratamiento convencional en urgencias médicas consiste en la reducción cerrada de la articulación mediante maniobras ortopédicas bajo analgesia o sedación, seguido del uso de un inmovilizador por varios días. No obstante, este enfoque aislado ha demostrado ser insuficiente en muchos casos, ya que no aborda de forma integral las secuelas funcionales ni el proceso de recuperación neuromuscular que el paciente necesita. Estudios recientes resaltan la importancia de iniciar una rehabilitación fisioterapéutica temprana, idealmente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la reducción, con el fin de prevenir complicaciones como rigidez articular, debilidad muscular, pérdida de control motor e inestabilidad recurrente (Kumar, Narang, & Sharma, 2021).

A pesar de la creciente evidencia, la integración del fisioterapeuta en los equipos de urgencias aún es limitada en muchos sistemas sanitarios, lo que puede retrasar la recuperación funcional y aumentar los costos asociados al tratamiento prolongado o a las recaídas. Incorporar un abordaje interdisciplinario que incluya a fisioterapeutas desde la primera atención permite mejorar los resultados clínicos, reducir la duración de la incapacidad y elevar la satisfacción del paciente (American Physical Therapy Association [APTA], 2021).

Este capítulo presenta un caso clínico representativo de un paciente joven que sufrió una luxación anterior de hombro durante la práctica deportiva, y fue tratado desde el momento inicial con un protocolo fisioterapéutico coordinado desde urgencias. Se analizan los resultados clínicos alcanzados, así como las implicancias del abordaje precoz e interdisciplinario en contextos de atención aguda.

2 Objetivos

Objetivo general

Analizar el impacto de la intervención fisioterapéutica temprana en urgencias sobre la evolución funcional de un paciente con luxación anterior de hombro.

Objetivos específicos

Describir el abordaje fisioterapéutico inmediato tras la reducción de una luxación de hombro.

Identificar los beneficios clínicos de la intervención precoz en términos de dolor, movilidad y función.

Evaluar la evolución del paciente durante las primeras cuatro semanas post-luxación.

Discutir las implicaciones del manejo interdisciplinario en urgencias que incluya fisioterapia.

3 Caso clínico

Datos del paciente:
Nombre: M.A.R.
Edad: 21 años
Sexo: Masculino
Ocupación: Estudiante universitario y jugador amateur de baloncesto
Motivo de consulta: Dolor agudo y deformidad en hombro derecho posterior a caída en entrenamiento

Historia clínica:

El paciente se presentó al servicio de urgencias tras una caída con el brazo en abducción y extensión. Refirió dolor intenso, impotencia funcional y una visible deformidad en el hombro derecho. No tenía antecedentes de luxaciones previas ni comorbilidades relevantes.

Evaluación médica inicial:

A la inspección, se observó el clásico "signo del charretera". La palpación reveló la cabeza humeral desplazada anteriormente. La sensibilidad y movilidad de la

mano estaban conservadas. La radiografía confirmó una luxación anterior sin fractura (Beeson et al., 2020).

Manejo médico:

El equipo médico realizó una reducción cerrada utilizando la técnica de Kocher bajo sedación consciente. La radiografía post-reducción mostró correcta alineación articular. Se colocó un cabestrillo y se activó el protocolo hospitalario de intervención fisioterapéutica temprana, como parte de un programa de integración de fisioterapia en urgencias (American Physical Therapy Association [APTA], 2021).

Intervención fisioterapéutica inmediata (Día 1)

El fisioterapeuta intervino directamente en el área de observación de urgencias tras la reducción, realizando las siguientes acciones:

Educación al paciente: Se explicó la naturaleza de la lesión, los cuidados con el cabestrillo, el pronóstico y los signos de alarma. Esta educación inicial ha demostrado reducir la ansiedad del paciente y mejorar la adherencia al tratamiento (Marín, Ferragut, & Montero, 2019).

Crioterapia localizada: Aplicación de compresas frías sobre la región deltoidea y pectoral mayor para controlar el dolor y la inflamación.

Ejercicios isométricos iniciales: Activación muscular del deltoides, bíceps y tríceps sin movimiento de la articulación glenohumeral. Se indicaron también ejercicios de movilidad para codo, muñeca y mano.

Derivación programada: Se agendaron sesiones ambulatorias de fisioterapia a partir de las 48 horas, en función del protocolo hospitalario.

Protocolo fisioterapéutico ambulatorio (4 semanas)

Semana 1: Fase de protección

Uso permanente del cabestrillo.
Crioterapia domiciliaria tres veces al día.
Ejercicios isométricos en posición neutra del hombro.
Movilización activa de codo, muñeca y mano.
Educación postural y ergonomía.

Semana 2: Fase de movilidad asistida

Retiro progresivo del cabestrillo.
Movilización pasiva asistida del hombro (flexión y abducción hasta 90°).
Activación del manguito rotador con ejercicios en cadena cinética cerrada.
Estiramientos suaves de pectoral mayor y subescapular.
Según estudios recientes, iniciar movimiento controlado en esta etapa disminuye la rigidez y promueve una mejor cicatrización capsular (Bongers, Kremer, & Laak, 2017).

Semana 3: Fase de fortalecimiento y control motor

Ejercicios con bandas elásticas (rotación externa, retracción escapular).
Ejercicios de coordinación escapulohumeral.
Actividades funcionales progresivas (alcance, empuje, tracción).

Semana 4: Reintegración funcional

Entrenamiento pliométrico controlado.
Simulación de gestos deportivos (lanzamiento, pase).
Educación sobre prevención de recidivas.
Evaluación final de fuerza, movilidad y función.

Resultados

Escala EVA (dolor):

Día 1: 8/10
Semana 2: 3/10
Semana 4: 0/10

Movilidad activa del hombro:

Semana 1: Flexión 40°, abducción 30°
Semana 2: Flexión 90°, abducción 80°
Semana 4: Flexión 160°, abducción 150°

Escala DASH:

Día 1: 72 puntos
Semana 4: 10 puntos

El paciente reportó reincorporación parcial a los entrenamientos en la semana 4 con restricciones en contacto físico. No se presentaron signos de inestabilidad ni dolor residual.

4 Discusión-Conclusión

La luxación anterior del hombro es una emergencia musculoesquelética común que requiere atención médica inmediata. No obstante, como lo demuestra este caso clínico, la inclusión de la fisioterapia desde la atención inicial puede marcar una diferencia significativa en la evolución del paciente.

En este caso, la intervención fisioterapéutica precoz permitió una rápida disminución del dolor, recuperación progresiva del rango articular y retorno funcional en solo cuatro semanas. Esto concuerda con estudios como el de Kumar, Narang y Sharma (2021), que demostraron que una rehabilitación temprana tras la luxación reduce el riesgo de recurrencias y mejora los tiempos de recuperación.

Además, la educación al paciente y la continuidad asistencial desde urgencias hasta la fase ambulatoria se asociaron con una alta adherencia y satisfacción. Estos hallazgos refuerzan la propuesta de que el fisioterapeuta debe formar parte del equipo de urgencias, especialmente en hospitales con alta carga de lesiones musculoesqueléticas (APTA, 2021).

Por otro lado, este modelo de atención temprana permite reducir el número de reconsultas, disminuir el uso de analgésicos a largo plazo y facilitar el retorno a la actividad física o laboral, lo que tiene un impacto económico y social positivo (Delgado et al., 2020).

Este caso clínico respalda la necesidad de integrar la fisioterapia dentro del manejo inicial de lesiones musculoesqueléticas en servicios de urgencias. La intervención temprana y estructurada mejora los resultados funcionales, acelera la recuperación y previene complicaciones, lo cual es especialmente relevante en pacientes jóvenes y activos. El abordaje interdisciplinario resulta clave para brindar una atención eficiente, segura y basada en evidencia.

5 Bibliografía

1. American Physical Therapy Association. (2021). Clinical guidelines for musculoskeletal trauma management. https://www.apta.org
2. Beeson, M. S., Carter, W. A., Christopher, T. A., & Holmes, J. F. (2020). Principles and Practice of Emergency Medicine (9th ed.). McGraw-Hill Education.

3. Bongers, P. M., Kremer, A. M., & Laak, J. T. (2017). The role of early physical therapy after shoulder dislocation: A systematic review. Physical Therapy

Reviews, 22(3-4), 209–215. https://doi.org/10.1080/10833196.2017.1367405
4. Delgado, C., Hernández, G., & Roldán, J. (2020). Atención fisioterapéutica precoz en el servicio de urgencias: impacto funcional y organizativo. Revista Española de Rehabilitación y Medicina Física, 44(1), 12–18.

5. Kumar, A., Narang, P., & Sharma, R. (2021). Immediate rehabilitation following anterior shoulder dislocation: Impact on recurrence and function. Journal of Orthopaedic Research and Therapy, 6(2), 123–129.

6. Marín, R., Ferragut, C., & Montero, F. (2019). Fisioterapia en la luxación de hombro: Evidencia y práctica clínica. Revista Española de Rehabilitación y Medicina Física, 43(1), 10–18. https://doi.org/10.1016/j.reh.2018.10.002
7. Thomas, S. J., & Sciascia, A. D. (2018). Shoulder dislocation: Non-operative management and rehabilitation. Journal of Sports Rehabilitation, 27(6), 535–543.

Capítulo 108

EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA TEMPRANA EN PACIENTES CON ESGUINCE DE TOBILLO GRADO II ATENDIDOS EN URGENCIAS MÉDICAS: UN ESTUDIO PILOTO

LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ

ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS

YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA

LAURA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Los esguinces de tobillo representan una de las lesiones musculoesqueléticas más prevalentes a nivel global y constituyen cerca del 20% de todas las lesiones atendidas en los servicios de urgencias (Ferran & Maffulli, 2006). Se trata de una patología frecuente tanto en la población general como en deportistas, siendo especialmente común en disciplinas como fútbol, baloncesto o trail running,

aunque también ocurre con frecuencia durante actividades cotidianas como caminar sobre superficies irregulares, bajar escaleras o durante caídas accidentales (Vuurberg et al., 2018).

Desde el punto de vista clínico, los esguinces de tobillo se clasifican en tres grados según la severidad de la lesión ligamentosa. El grado II, objeto de este estudio, implica una distensión o rotura parcial de uno o más ligamentos del tobillo, principalmente del ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), acompañada de dolor moderado, edema localizado, hematoma, inestabilidad leve a moderada y limitación funcional parcial (Vuurberg et al., 2018). Si bien este tipo de esguince no suele requerir intervención quirúrgica, su manejo inadecuado puede generar secuelas como inestabilidad crónica, disminución del rendimiento físico y alta tasa de recurrencia (Delahunt et al., 2018).

En la práctica clínica convencional, el tratamiento inicial de los esguinces de tobillo suele seguir el protocolo RICE (reposo, hielo, compresión y elevación), acompañado del uso de vendajes funcionales, ortesis o inmovilizadores por algunos días (Bleakley, Glasgow & MacAuley, 2004). Sin embargo, estudios recientes han cuestionado la eficacia exclusiva de este enfoque pasivo, y promueven la incorporación precoz de estrategias activas, como el movimiento controlado, el fortalecimiento muscular, la reeducación propioceptiva y el entrenamiento del equilibrio (Gribble et al., 2014; van den Bekerom et al., 2012).

La fisioterapia temprana, entendida como la intervención que se inicia dentro de las primeras 48 a 72 horas tras la lesión, ha demostrado mejorar significativamente los tiempos de recuperación, disminuir el dolor y la inflamación, y reducir el riesgo de recurrencias (Bleakley et al., 2016). Esta aproximación activa y funcional favorece la restauración del rango de movimiento, la estabilidad articular y la coordinación neuromuscular, lo que impacta directamente en una reintegración más segura y rápida a las actividades físicas o laborales (Kaminski et al., 2013).

A pesar de esta evidencia, en muchos servicios de urgencias médicas la atención a los esguinces continúa siendo protocolizada desde un enfoque conservador y basado en la inmovilización. La incorporación de fisioterapeutas en el entorno de urgencias permitiría optimizar el manejo inicial de estas lesiones, brindando educación al paciente, iniciando ejercicios terapéuticos adaptados y estableciendo planes de seguimiento estructurado (American Physical Therapy Association [APTA], 2021).

En este contexto, el presente estudio piloto se propone evaluar la efectividad de una intervención fisioterapéutica temprana implementada desde el servicio de urgencias, comparando los resultados funcionales, el dolor y el nivel de actividad

en pacientes con esguince de tobillo grado II. El objetivo es generar evidencia preliminar que respalde la integración del fisioterapeuta como parte del equipo multidisciplinario en la atención aguda de lesiones musculoesqueléticas.

2 Objetivos

Objetivo general:
Evaluar la efectividad de una intervención fisioterapéutica temprana en pacientes con esguince de tobillo grado II tratados en el servicio de urgencias médicas.
Objetivos específicos:
Analizar la evolución del dolor, movilidad y función del tobillo tras la intervención fisioterapéutica.
Comparar los resultados funcionales de los pacientes que reciben fisioterapia temprana frente al tratamiento convencional.
Establecer la viabilidad de implementar un protocolo fisioterapéutico en el ámbito de urgencias.

3 Metodología

Diseño del estudio:
Estudio piloto cuasi-experimental con grupo control, con seguimiento de una semana tras la intervención inicial.
Participantes:
Se incluirán 30 pacientes de entre 18 y 40 años que acudan al servicio de urgencias médicas de un hospital general y sean diagnosticados con esguince de tobillo grado II mediante evaluación clínica y, de ser necesario, imagenología (radiografía para descartar fractura). Los participantes serán asignados de manera no aleatoria a dos grupos: grupo intervención (n=15) y grupo control (n=15). Se excluirán aquellos con fracturas, lesiones del mismo tobillo en los últimos seis meses, esguinces grado III, afecciones neuromusculares o enfermedades inflamatorias articulares.
Intervención:
Grupo intervención: recibirá una sesión de fisioterapia dentro de las primeras 24 horas post-lesión, realizada por un fisioterapeuta en el área de urgencias. Esta incluirá:
- Educación al paciente sobre el mecanismo de la lesión, evolución esperada y pautas de autocuidado.
- Aplicación de crioterapia localizada (20 minutos).

- Movilizaciones articulares pasivas suaves e inicio de ejercicios isométricos tolerables.
- Enseñanza de un plan de ejercicios domiciliarios progresivos (movilización activa, ejercicios propioceptivos iniciales).
- Programación de seguimiento presencial a los 3 y 7 días para reevaluación, progresión de ejercicios y orientación adicional.

Grupo control: seguirá el tratamiento habitual del servicio: protocolo RICE (reposo relativo, hielo, compresión elástica, elevación del miembro) y reposo domiciliario sin orientación fisioterapéutica específica.

Evaluaciones:

Las evaluaciones se realizarán en tres momentos:

- Inicial (T0): en el servicio de urgencias, al momento de la atención.
- Intermedia (T1): en el día 3 post-lesión.
- Final (T2): en el día 7 post-lesión.

Instrumentos de evaluación:

- Dolor: Escala Visual Analógica (EVA), en reposo y durante la marcha (Hawker et al., 2011).
- Movilidad articular: Goniometría del rango de dorsiflexión y flexión plantar del tobillo.
- Función: Cuestionario FAAM (Foot and Ankle Ability Measure), subescalas de actividades de la vida diaria (ADL) y actividades deportivas (Sport) (Martin et al., 2005).

Los datos serán analizados con estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar) y análisis comparativos (pruebas t para muestras independientes, ANOVA de medidas repetidas o pruebas no paramétricas según corresponda). Se considerará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

4 Resultados

Dado el diseño del estudio y la intervención propuesta, se espera que los pacientes del grupo intervención, que reciban fisioterapia temprana en el servicio de urgencias, presenten mejoras clínicas y funcionales significativamente superiores en comparación con el grupo control al cabo de 7 días post-lesión. Los resultados esperables se describen a continuación:

Reducción del dolor:

Se anticipa que el grupo intervención experimentará una disminución más rápida e intensa del dolor tanto en reposo como durante la marcha, en comparación con el grupo control. Esto se evaluará mediante la Escala Visual Analógica (EVA) y se

espera una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos desde el tercer día (T1), con una mayor reducción sostenida al día 7 (T2).

Mejora de la movilidad articular:

Se espera que los pacientes que reciban la intervención fisioterapéutica muestren una mejora más rápida en la dorsiflexión y flexión plantar del tobillo, medida mediante goniometría. Las movilizaciones articulares pasivas y los ejercicios activos tempranos deberían favorecer una recuperación más eficiente del rango de movimiento respecto al grupo control, que seguirá un protocolo de reposo relativo sin movilización guiada.

Recuperación funcional:

Con base en la aplicación del cuestionario FAAM (Foot and Ankle Ability Measure), se prevé que el grupo intervención obtenga mayores puntajes en las subescalas de actividades de la vida diaria (ADL) y deportivas (Sport), evidenciando una recuperación funcional más acelerada y una mejor reincorporación progresiva a sus actividades cotidianas y físicas.

Viabilidad del protocolo fisioterapéutico en urgencias:

Se espera que la implementación del protocolo en el área de urgencias resulte viable, segura y con buena aceptación por parte de los pacientes y del personal médico. Se proyecta que la duración de la intervención inicial (20-30 minutos) no interfiera significativamente con el flujo asistencial del servicio y que la mayoría de los pacientes acudan a los seguimientos planificados, demostrando una alta adherencia al plan de ejercicios domiciliarios.

Diferencias esperables entre grupos:

Con base en estudios previos y el razonamiento clínico, se espera observar:

- Disminución significativamente mayor del dolor en el grupo intervención ($p < 0.05$).
- Mejora superior del rango articular al día 7 ($p < 0.05$).
- Puntajes funcionales más altos en el cuestionario FAAM ($p < 0.05$).
- Mayor satisfacción y percepción positiva respecto al tratamiento recibido, según entrevistas o encuestas de retroalimentación (si se incluyen como variable secundaria).

Estos resultados esperables justificarían la necesidad de integrar fisioterapia temprana como parte del abordaje inicial en urgencias para esguinces de tobillo grado II y sentarían las bases para estudios a mayor escala.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio piloto permitirá explorar la factibilidad y el impacto clínico de introducir fisioterapia temprana en el tratamiento de esguinces de tobillo grado II desde urgencias. Si los resultados son positivos, podría justificarse la implementación de programas similares en otros centros hospitalarios, mejorando la recuperación de los pacientes y reduciendo las tasas de cronificación o reinjuria. La evidencia internacional sugiere que una intervención activa y precoz acelera la rehabilitación funcional y previene secuelas a largo plazo (Bleakley et al., 2016; Gribble et al., 2014). Este estudio busca aportar evidencia desde un contexto clínico real y promover cambios en los protocolos de atención aguda.

6 Bibliografía

1. American Physical Therapy Association. (2021). Emergency department physical therapist practice. https://www.apta.org
2. Bleakley, C. M., Glasgow, P., & MacAuley, D. C. (2004). PRICE needs updating, should we call the POLICE? British Journal of Sports Medicine, 48(14), 1057–1059. https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091285
3. Bleakley, C. M., O'Connor, S. R., Tully, M. A., Rocke, L. G., MacAuley, D. C., & Bradbury, I. (2016). Effect of accelerated rehabilitation on function after ankle sprain: randomized controlled trial. BMJ, 332(7539), 292–295. https://doi.org/10.1136/bmj.332.7539.292
4. Delahunt, E., Bleakley, C. M., Bossard, D. S., Caulfield, B. M., Docherty, C. L., Doherty, C., … & Gribble, P. A. (2018). Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries: a review. British Journal of Sports Medicine, 52(12), 709–725.
5. Ferran, N. A., & Maffulli, N. (2006). Epidemiology of sprains of the lateral ankle ligament complex. Foot and Ankle Clinics, 11(3), 659–662.
6. Gribble, P. A., Bleakley, C. M., Caulfield, B. M., Docherty, C. L., Fourchet, F., Fong, D. T., … & Delahunt, E. (2014). Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. British Journal of Sports Medicine, 50(24), 1493–1495. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096189
7. Kaminski, T. W., Hertel, J., Amendola, N., Docherty, C. L., Dolan, M. G., Hopkins, J. T., … & Martin, R. L. (2013). National Athletic Trainers' Association position statement: conservative management and prevention of ankle sprains in athletes. Journal of Athletic Training, 48(4), 528–545.
8. van den Bekerom, M. P., van Kimmenade, R. J., Sierevelt, I. N., van Dijk, C.

N., & Kerkhoffs, G. M. (2012). Randomized comparison of tape versus semi-rigid and versus lace-up ankle support devices for the treatment of acute lateral ankle ligament injury. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 20(8), 1395–1400.
9. Vuurberg, G., Hoorntje, A., Wink, L. M., van der Doelen, B. F., van Dijk, C. N., van den Bekerom, M. P., … & Krips, R. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. British Journal of Sports Medicine, 52(15), 956–972. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098106

Capítulo 109

EL ROL DE LA FISIOTERAPIA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LINA MARCELA VILLALBA SUAREZ

ANGELA RUIZ DE LA SIERRA FERNÁNDEZ

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ IBANCOS

LAURA GARCÍA PÉREZ

YAMILE VANESSA PISCIOTTI SOSA

1 Introducción

En las últimas décadas, la fisioterapia ha experimentado una transformación notable tanto en su reconocimiento profesional como en la expansión de sus áreas de intervención. Tradicionalmente asociada a la rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas o neurológicas en fases subagudas o crónicas, esta disciplina ha ido incorporándose progresivamente a contextos más críticos, como el de los servicios de urgencias médicas. Esta transición responde a una visión contemporánea de la fisioterapia como una herramienta terapéutica capaz de intervenir desde las fases más tempranas del proceso patológico, con el objetivo de prevenir complicaciones, reducir el tiempo de estancia hospitalaria y optimizar los resultados clínicos (Goñi-Viguria et al., 2018).

El entorno de las urgencias médicas es, por definición, un espacio de atención inmediata, caracterizado por la inestabilidad clínica del paciente, la presión asistencial y la toma rápida de decisiones. En este escenario, la figura del fisioterapeuta ha sido tradicionalmente relegada a un segundo plano, especialmente en los países donde su rol está vinculado casi exclusivamente a la rehabilitación funcional posterior al evento agudo (González Boquete, 2020). Sin embargo, diferentes estudios han empezado a demostrar el valor añadido de la fisioterapia en situaciones urgentes, como en pacientes con insuficiencia respiratoria, lesiones musculoesqueléticas agudas, traumatismos o alteraciones neurológicas súbitas, donde su intervención puede incidir favorablemente en la evolución clínica del paciente (Giaquinta Santamaría, 2019).

En el ámbito de las urgencias respiratorias, por ejemplo, la fisioterapia respiratoria ha mostrado efectos beneficiosos en la descongestión bronquial, la mejora de la oxigenación y la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad, especialmente en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas exacerbadas, neumonías o posoperatorios torácicos (Herrero et al., 2023). De igual forma, en los casos de atención musculoesquelética inmediata, como esguinces, lumbalgias agudas o fracturas leves, la fisioterapia puede contribuir al control del dolor, mejorar la movilidad funcional inmediata y disminuir la necesidad de medicación analgésica (Rodríguez Rebenaque & Bardeci Rubio, 2023).

No obstante, la inclusión del fisioterapeuta en los servicios de urgencias hospitalarios aún se encuentra en un estado incipiente en muchos países. Esta limitación se debe a múltiples factores: falta de reconocimiento institucional, escasa formación específica para contextos agudos, ausencia de protocolos estandarizados, e incluso desconocimiento del resto del personal sanitario sobre las competencias del fisioterapeuta en este entorno (González Boquete, 2020). A esto se suma la limitada disponibilidad de estudios científicos de calidad que evalúen de manera sistemática el impacto de la fisioterapia en las urgencias, lo cual obstaculiza la consolidación de esta figura como parte fundamental del equipo multidisciplinario de atención urgente.

Desde una perspectiva internacional, algunos sistemas sanitarios han comenzado a reconocer y regular el rol del fisioterapeuta en áreas críticas, incluyendo unidades de cuidados intensivos (UCI) y servicios de urgencias. En estos contextos, se ha identificado que su participación no solo mejora los resultados clínicos, sino que también contribuye a una mayor eficiencia del sistema de salud, al reducir los tiempos de hospitalización y el uso de recursos (Goñi-Viguria et al., 2018). A pesar de estos avances, la integración efectiva del fisioterapeuta en las urgencias continúa siendo un desafío pendiente, especialmente en regiones

donde persiste una visión reduccionista de la fisioterapia.
Por tanto, resulta imprescindible profundizar en la comprensión del papel que puede desempeñar la fisioterapia en los servicios de urgencias, tanto desde una perspectiva clínica como organizativa. Con base en lo anterior, este capítulo se propone explorar y analizar la evidencia científica actual sobre la intervención de la fisioterapia en el ámbito de las urgencias médicas, evaluando sus beneficios potenciales, limitaciones, desafíos de implementación y proyecciones futuras. Se espera que esta revisión bibliográfica contribuya a sustentar la necesidad de incorporar la fisioterapia de manera sistemática en los equipos de atención urgente, así como a fomentar el desarrollo de nuevas líneas de investigación y políticas de salud en esta dirección.

2 Objetivos

Examinar la literatura científica relacionada con la intervención de la fisioterapia en los servicios de urgencias médicas
Identificar las técnicas fisioterapéuticas más utilizadas en este contexto y evaluar su eficacia
Analizar las percepciones de los profesionales de la salud sobre el rol del fisioterapeuta en las urgencias
Proponer recomendaciones para la integración efectiva de la fisioterapia en los servicios de urgencias

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa utilizando bases de datos como PubMed, Scopus, Cochrane Library y PEDro. Se incluyeron estudios publicados entre 2010 y 2025 en inglés y español que abordaran la intervención de la fisioterapia en las urgencias médicas. Se excluyeron estudios que no especificaran el contexto de urgencias o que se centraran exclusivamente en la rehabilitación posthospitalaria.

4 Resultados

La participación de fisioterapeutas en los servicios de urgencias médicas ha cobrado interés en los últimos años debido a la necesidad de atención interdisciplinar en escenarios agudos. Aunque su integración aún es limitada en muchos

sistemas de salud, la literatura identifica tres áreas prioritarias de intervención: respiratoria, musculoesquelética y neurológica.

• Fisioterapia respiratoria

La fisioterapia respiratoria en urgencias se ha aplicado principalmente en pacientes con patologías pulmonares agudas, como la neumonía adquirida en la comunidad, la exacerbación de EPOC y la insuficiencia respiratoria leve a moderada. Herrero et al. (2023) señalan que, si bien la intervención fisioterapéutica puede contribuir al manejo de secreciones, la mejora de la mecánica ventilatoria y la oxigenación, los resultados clínicos aún presentan controversias debido a la heterogeneidad de los estudios y la falta de protocolos estandarizados. Otras técnicas empleadas incluyen:

• Ejercicios de expansión torácica y espirometría incentivada, que favorecen la ventilación alveolar

• Drenaje postural y percusiones torácicas, útiles en pacientes con hipersecreción bronquial

• Reeducación del patrón respiratorio, especialmente en pacientes con ansiedad o disnea funcional

Estudios recientes proponen que su aplicación temprana puede disminuir el riesgo de complicaciones secundarias, como la atelectasia, y contribuir a una mejor evolución clínica, aunque se destaca la necesidad de más investigaciones con enfoque en urgencias.

• Fisioterapia musculoesquelética

La intervención musculoesquelética en el ámbito de urgencias se centra en el manejo del dolor agudo y la recuperación funcional inmediata de pacientes con lesiones leves o moderadas, como esguinces, lumbalgias, cervicalgias, contusiones y tendinopatías. Rodríguez Rebenaque y Bardeci Rubio (2023) resaltan que la fisioterapia temprana permite:

• Reducir la necesidad de analgésicos, especialmente opioides

• Disminuir los tiempos de espera y de derivación a traumatología o rehabilitación

• Evitar la cronificación del dolor mediante educación y ejercicios terapéuticos dirigidos

Además, en algunas experiencias clínicas, la presencia del fisioterapeuta en la zona de triaje ha permitido clasificar y derivar adecuadamente los casos no urgentes de origen musculoesquelético, evitando la saturación del servicio médico. También se ha promovido el uso de vendajes funcionales, técnicas de movilización y educación sobre autocuidados y ergonomía.

• Fisioterapia neurológica

En pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo craneoencefálico o crisis convulsivas estabilizadas, la fisioterapia neurológica temprana puede desempeñar un rol crucial en la fase aguda. Giaquinta Santamaría (2019) indica que la intervención precoz, idealmente dentro de las primeras 24 a 48 horas, se asocia con:

• Prevención de complicaciones secundarias como contracturas, úlceras por presión y neumonías por inmovilidad

• Estimulación temprana de la movilidad mediante técnicas de movilización pasiva, activa o asistida

• Mejor recuperación funcional a largo plazo, al favorecer la neuroplasticidad en etapas iniciales del daño neurológico

En algunos centros hospitalarios se ha implementado la fisioterapia como parte del equipo de código ictus, permitiendo una evaluación y tratamiento inicial antes del ingreso a unidades especializadas, lo que puede mejorar la continuidad del abordaje neurológico y reducir tiempos de rehabilitación posterior.

• Percepción de los profesionales de la salud

El estudio de González Boquete (2020), realizado en Galicia, pone en evidencia que existe un reconocimiento generalizado de los beneficios de la fisioterapia en urgencias por parte del personal médico y de enfermería. No obstante, también revela obstáculos que impiden su integración efectiva. Entre las barreras identificadas se destacan:

• Falta de figuras profesionales específicas para el área de urgencias en muchos centros sanitarios

• Desconocimiento del alcance de competencias del fisioterapeuta por parte de otros profesionales sanitarios

• Ausencia de protocolos clínicos que incluyan la actuación fisioterapéutica en la atención inicial

A pesar de esto, experiencias piloto en algunas comunidades autónomas han demostrado que la incorporación del fisioterapeuta en los equipos de urgencias puede tener beneficios como:

• Reducción de tiempos de estancia hospitalaria

• Menor utilización de recursos farmacológicos y pruebas diagnósticas innecesarias

• Mayor satisfacción de los pacientes por recibir atención especializada y personalizada

Existe consenso en la necesidad de avanzar hacia una mayor integración de la fisioterapia en contextos agudos, mediante formación específica, inclusión en protocolos interdisciplinares y reconocimiento del rol clínico del fisioterapeuta en

situaciones urgentes.

5 Discusión-Conclusión

La revisión pone de manifiesto que la fisioterapia tiene un potencial aún no plenamente explotado dentro del ámbito de las urgencias médicas. Diversos estudios han señalado que la intervención temprana de fisioterapeutas en servicios de urgencias puede contribuir significativamente a la mejora de los resultados clínicos, especialmente en pacientes con afecciones musculoesqueléticas agudas, disfunciones respiratorias o problemas neurológicos de inicio súbito. En estos casos, la atención fisioterapéutica puede facilitar una recuperación más rápida, reducir la necesidad de intervenciones farmacológicas, disminuir la estancia hospitalaria y prevenir complicaciones posteriores, como la pérdida de movilidad o la dependencia funcional.

No obstante, persisten barreras importantes para su implementación efectiva. La ausencia de protocolos clínicos estandarizados que definan claramente el rol del fisioterapeuta en situaciones de emergencia limita su incorporación sistemática. A esto se suma una baja disponibilidad de profesionales formados específicamente para responder en entornos de alta complejidad, donde se requiere una rápida toma de decisiones, manejo del dolor agudo, movilización segura del paciente y coordinación eficiente con otros miembros del equipo de salud.

Es fundamental, por tanto, impulsar la formación especializada en fisioterapia de urgencias, tanto a nivel de grado como en la educación continua. Esta formación debe incluir conocimientos sobre fisiopatología aguda, intervención precoz, habilidades de evaluación rápida y trabajo en equipos interprofesionales. Además, sería deseable fomentar rotaciones o prácticas clínicas en servicios de urgencias para preparar a los fisioterapeutas para este tipo de contexto.

Asimismo, es crucial que se promuevan investigaciones clínicas robustas que evalúen el impacto de la fisioterapia en parámetros como el tiempo de recuperación, el control del dolor, la prevención de reingresos y la satisfacción del paciente. La evidencia científica que respalde la eficacia y costo-efectividad de estas intervenciones será clave para justificar su incorporación dentro de los modelos de atención de urgencias.

Por último, la inclusión formal del fisioterapeuta en los equipos multidisciplinarios de urgencias podría enriquecer la atención desde una perspectiva más integral. Su participación no solo optimizaría el tratamiento inmediato del paciente, sino que también facilitaría la planificación del alta y la continuidad del cuidado, elementos esenciales para evitar complicaciones y asegurar una recuperación

sostenida.

Conclusión

La fisioterapia en las urgencias médicas representa una oportunidad para mejorar la atención al paciente, reducir complicaciones y optimizar los recursos sanitarios. Aunque la evidencia actual es prometedora, se requieren más estudios y esfuerzos institucionales para consolidar su integración en estos servicios.

6 Bibliografía

1. Giaquinta Santamaría S. Intervención de la fisioterapia en UCI. Revisión Bibliográfica narrativa. Universidad de Valladolid; 2019. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/38776

2. González Boquete L. Aproximación a la fisioterapia en los servicios de urgencias hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación. Universidade da Coruña; 2020. Disponible en: http://hdl.handle.net/2183/26879

3. Herrero MV, García A, Rositi ES, Villalba D. Fisioterapia respiratoria en sujetos adultos cursando internación por neumonía adquirida en la comunidad. Anales De La Facultad De Ciencias Médicas. 2023;56(2):109-116. Disponible en: https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/3678

4. Rodríguez Rebenaque L, Bardeci Rubio M. Beneficios de la fisioterapia invasiva sobre el dolor, la función y el tiempo de recuperación en el tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas no traumáticas. Universidad Europea; 2023. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/8210

Referencias adicionales:

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 110

ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO CONTAGIOSAS E IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO

LAURA PERTIERRA SUÁREZ

1 Introducción

Las enfermedades del aparato reproductor son aquellas que afectan a los órganos sexuales y a la capacidad de reproducción. El aparato reproductor es esencial para la salud, pero a veces se ve afectado por diversas enfermedades comunes que pueden impactar la calidad de vida de una persona. Puede verse afectado por infecciones o trastornos hormonales y afectan tanto a hombres como a mujeres. Estas enfermedades pueden tener un impacto negativo en la posibilidad de tener hijos, afectando principalmente a las mujeres que pueden contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se transmiten tanto por contacto sexual como por sangre. A veces pueden ser asintomáticas y pasar desapercibidas, causando más problemas a largo plazo. Los síntomas varían según el tipo de enfermedad y se deben tomar una serie de tratamientos para prevenir cualquier tipo de complicación. Sin embargo, otras son crónicas y requieren un manejo a largo plazo para reducir sus síntomas.

Cada año se registran más casos de enfermedades de transmisión sexual. En 2024, se muestra un aumento del 46.2% en casos de gonorrea y del 24.1% en casos de sífilis respecto al año 2022.

2 Objetivos

Conocer qué son las enfermedades del aparato reproductor tanto masculino como femenino
Conocer las diferentes enfermedades que se pueden contraer y los síntomas que se producen
Explicar cómo se pueden evitar y sus tratamientos correspondientes

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo sanitario, se ha recurrido a diferentes temarios cursados en Formación Profesional, artículos especializados y buscadores como Google Académico, así como a la experiencia obtenida en las prácticas realizadas en el hospital San Agustín como técnico de laboratorio.

4 Resultados

En mujeres, las enfermedades sexuales pueden producir enfermedades relacionadas con el periodo menstrual como la dismenorrea y la amenorrea. Pueden producir esterilidad, infecciones vaginales y cáncer. Los signos más frecuentes son picazón genital, dolor al orinar, flujo vaginal anormal, sangrado vaginal anormal, dolor abdominal bajo, dolor durante las relaciones sexuales y úlceras genitales.
En hombres, pueden producir cáncer testicular y trastornos en la próstata, produciendo esterilidad y hernias. Los principales signos son ardor genital, dolor al orinar, secreción del pene, úlceras genitales, dolor en los testículos e inflamación de los ganglios linfáticos.
Las principales enfermedades del aparato reproductor son:
- La clamidia es causada por la bacteria Chlamydia trachomatis. Puede transmitirse por contacto sexual, anal u oral con una persona infectada y puede producir enfermedad pélvica inflamatoria.
- La gonorrea es causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae. En los hombres, los síntomas incluyen micción dolorosa, secreción en la punta del pene o dolor e hinchazón en un testículo. En las mujeres, puede producir un aumento del flujo vaginal, dolor pélvico, micción dolorosa o sangrado vaginal. También puede afectar otras partes del cuerpo como recto, ojos, garganta o articulaciones.
- El herpes genital es causado por el virus herpes simple tipo 2. Es frecuente la aparición de vesículas en la región genital, aunque puede no presentar ningún

síntoma.
- El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en todo el mundo. Puede causar verrugas en los genitales, en el ano o en la boca, e incluso en algunas ocasiones cáncer.
- El virus del papiloma humano es una infección viral cuyo principal síntoma son las verrugas. Algunas de estas infecciones pueden derivar en cáncer, aunque no es lo más habitual. Las vacunas son una opción para prevenir esta enfermedad.
- La sífilis es causada por la bacteria espiroqueta Treponema pallidum. Su principal síntoma es una pequeña úlcera indolora situada en la zona genital y se produce por la penetración de la bacteria a través de heridas microscópicas o abrasiones en la mucosa de la vagina o el pene. En la fase más avanzada de la enfermedad, la bacteria puede transmitirse por besos e incluso por tocarse la piel o la boca.
- La vaginosis bacteriana es una infección vaginal causada por la proliferación anormal de bacterias naturales de la vagina. No suele presentar síntomas, pero el más común es una secreción vaginal de color grisáceo con un olor fuerte.
- La tricomoniasis es causada por un parásito conocido como Trichomonas vaginalis. Sus principales síntomas son picor vaginal, sensación de ardor al orinar, secreción vaginal y molestias durante las relaciones sexuales.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, se debe tener en cuenta que para prevenir las enfermedades de transmisión sexual es importante tener una buena educación sexual, realizarse pruebas de ITS, utilizar condón cada vez que se tengan relaciones sexuales, reducir el número de parejas sexuales y vacunarse contra el VPH y la hepatitis B. Normalmente, los antibióticos pueden tratar las enfermedades de transmisión sexual, ayudando a reducir el riesgo de propagar la infección y aliviando sus síntomas. Debemos recurrir siempre a un médico si padecemos algún tipo de síntoma, como verrugas, picor o sarpullidos, para que realicen una revisión médica y nos administren los medicamentos necesarios o los pasos a seguir.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 111

PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE SANGRE EN LABORATORIO CLÍNICO: ROL DEL TÉCNICO EN LABORATORIO

ITSASO ALONSO ALBISTUR

MARTA RUIZ DIAZ

ANA AURORA LÓPEZ RICOTE

LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO

ELENA SANZ GIL

1 Introducción

El procesamiento de muestras de sangre en un laboratorio clínico representa un eslabón fundamental en el diagnóstico médico y el seguimiento de múltiples patologías. La precisión y el rigor en cada una de las etapas que componen este procedimiento son determinantes para obtener resultados fiables y útiles para la toma de decisiones clínicas. En este contexto, el rol del técnico en laboratorio se vuelve esencial, ya que es el responsable de llevar a cabo la manipulación, procesamiento y conservación de estas muestras bajo estrictos protocolos de calidad y seguridad.

La sangre es una matriz biológica compleja que contiene información crítica sobre el estado de salud del paciente. A través de su análisis, es posible detectar infecciones, alteraciones hematológicas, enfermedades metabólicas, trastornos

inmunológicos y evaluar la función de diversos órganos, como el hígado y los riñones. Para lograr una evaluación precisa, es imprescindible que el técnico en laboratorio realice una correcta recolección, manipulación y procesamiento de las muestras, evitando la contaminación y garantizando la estabilidad de los componentes celulares y bioquímicos.

El procesamiento de muestras de sangre abarca desde la extracción y etiquetado adecuado hasta la separación de componentes y almacenamiento, pasando por la centrifugación y preparación para análisis específicos. La correcta aplicación de estas técnicas no solo asegura la validez de los resultados, sino que también minimiza el riesgo de errores preanalíticos, una de las principales causas de resultados falsos o no concluyentes en los estudios hematológicos y bioquímicos.

A lo largo de este capítulo se describirán de manera detallada las etapas clave en el procesamiento de muestras de sangre, haciendo énfasis en los protocolos de calidad, las normativas de bioseguridad y las competencias que el técnico en laboratorio debe poseer para garantizar un trabajo seguro y efectivo. Asimismo, se abordarán los distintos métodos de procesamiento, las técnicas de conservación y los procedimientos para garantizar la integridad de las muestras hasta el momento de su análisis.

2 Objetivos

- Describir las etapas fundamentales en el procesamiento de muestras de sangre en el laboratorio clínico
- Explicar el rol del técnico en laboratorio en cada una de las fases del procedimiento
- Identificar los protocolos de bioseguridad y control de calidad aplicables al manejo de muestras de sangre
- Analizar las técnicas de conservación y transporte de muestras para preservar su integridad

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

El procesamiento de muestras de sangre en el laboratorio clínico se compone de una serie de etapas claramente definidas, cada una de las cuales juega un papel fundamental en la obtención de resultados fiables y precisos. La primera etapa es la recolección de la muestra, que debe realizarse bajo condiciones estrictas de asepsia para evitar contaminaciones. El técnico en laboratorio es el encargado de verificar la correcta identificación del paciente, el tipo de muestra requerida y la preparación del material necesario, como tubos de ensayo con anticoagulantes específicos según el análisis requerido.

Una vez extraída la muestra, esta se etiqueta de forma adecuada, garantizando su trazabilidad y evitando posibles errores en el manejo posterior. El etiquetado incluye el nombre del paciente, número de identificación, tipo de muestra y fecha de recolección. Esto facilita su seguimiento a lo largo de todo el proceso analítico.

La siguiente fase corresponde a la centrifugación de la muestra, un paso esencial para la separación de los componentes celulares y plasmáticos. El técnico en laboratorio debe seleccionar la velocidad y el tiempo de centrifugado adecuados según el tipo de análisis que se va a realizar. Para pruebas hematológicas, se extrae el plasma o suero, mientras que para estudios celulares se procede con la fracción correspondiente.

Posteriormente, se inicia el procesamiento específico en función del análisis requerido. En pruebas hematológicas, por ejemplo, se evalúan parámetros como el hemograma, donde se analizan los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. En pruebas bioquímicas, se determina la concentración de electrolitos, enzimas y proteínas en el suero o plasma. El técnico en laboratorio desempeña un rol activo en la preparación de reactivos, calibración de equipos y ejecución de técnicas automatizadas.

Además, es fundamental el control de calidad durante cada etapa del proceso. Esto incluye la verificación de la estabilidad de los reactivos, el correcto funcionamiento de los equipos y la interpretación de los controles internos y externos. Cualquier desviación de los valores esperados debe ser reportada y corregida para evitar errores en los resultados.

Finalmente, las muestras se almacenan bajo condiciones controladas de temperatura y seguridad biológica hasta su eliminación o conservación a largo plazo en caso de estudios adicionales. El técnico en laboratorio debe seguir estrictos protocolos de bioseguridad para evitar riesgos tanto para el personal como para el entorno de trabajo.

Estas etapas clave en el procesamiento de muestras de sangre reflejan el alto

grado de especialización y responsabilidad del técnico en laboratorio, garantizando la fiabilidad de los resultados y la seguridad del procedimiento en cada fase del proceso.

5 Discusión-Conclusión

El procesamiento de muestras de sangre en el laboratorio clínico es una práctica que requiere un alto grado de precisión, conocimiento técnico y cumplimiento riguroso de los protocolos de bioseguridad y control de calidad. El técnico en laboratorio, como figura clave en este proceso, desempeña un papel esencial para garantizar que cada etapa, desde la recolección hasta el almacenamiento, se realice de manera correcta y segura.

La adecuada manipulación y preparación de las muestras no solo asegura la validez de los resultados, sino que también contribuye a minimizar el riesgo de errores preanalíticos, uno de los factores que más inciden en la calidad del diagnóstico clínico. Además, el cumplimiento de las normativas de bioseguridad evita la exposición a riesgos biológicos tanto para el personal sanitario como para los pacientes.

En este sentido, el técnico en laboratorio debe poseer una formación sólida en técnicas de procesamiento, manejo de equipos automatizados y aplicación de criterios de calidad que permitan alcanzar estándares óptimos en la fase analítica. El seguimiento de los controles internos y externos es una práctica fundamental para detectar posibles desviaciones y corregirlas a tiempo, asegurando así la fiabilidad de los resultados obtenidos.

El compromiso con la calidad y la seguridad en el manejo de muestras de sangre posiciona al técnico en laboratorio como un pilar en el diagnóstico clínico, contribuyendo de manera significativa al éxito de los tratamientos y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. Laboratory quality management system: handbook. Geneva: WHO Press; 2011.

2. García P, Álvarez M, Martínez S. Protocolo de procesamiento de muestras sanguíneas. Rev Hematol. 2019;15(3):112-8.

3. López R, García M. Técnicas de laboratorio clínico: fundamentos y procedimientos. 2nd ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.

4. Sánchez A, Torres M. Control de calidad en el laboratorio clínico: aspectos fundamentales. Bol Cient Tec Lab. 2021;25(1):58-66.
5. González J, Pérez L, Martínez R. Manual de prácticas de laboratorio en hematología. Barcelona: Elsevier; 2018.
6. Rodríguez F, Vargas L. Seguridad y bioseguridad en el manejo de muestras biológicas. Med Lab. 2020;14(4):230-5.
7. Asociación Española de Bioseguridad. Guía de buenas prácticas en laboratorios clínicos. Madrid: AEB; 2019.

Capítulo 112

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA PREPARACIÓN DE PLASMA Y CRIOPRECIPITADO PARA USO CLÍNICO

CRISTINA VICENTE CAPA

CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

MARÍA SANDRA TORRES CAMINO

IRENE BUENDIA MONTES

1 Introducción

La preparación de plasma y crioprecipitado para uso clínico es un proceso clave en los centros de transfusión y bancos de sangre. Estos hemocomponentes, obtenidos a partir de donaciones voluntarias, cumplen un papel fundamental en el tratamiento de diversas patologías, incluyendo trastornos de coagulación, quemaduras graves y cirugías de alta complejidad. El técnico de laboratorio es el responsable de llevar a cabo los procedimientos necesarios para la obtención, fraccionamiento y almacenamiento seguro de estos productos sanguíneos.
El plasma se obtiene mediante centrifugación de la sangre total o a través de un procedimiento de aféresis, en el cual se separan los componentes directamente

del donante. Una vez recolectado, es sometido a un proceso de congelación rápida para conservar sus factores de coagulación y proteínas plasmáticas en condiciones óptimas. Por su parte, el crioprecipitado se obtiene a partir de un descongelado controlado del plasma, permitiendo la precipitación de proteínas ricas en fibrinógeno, factor VIII y factor de von Willebrand.
Este capítulo aborda los pasos esenciales en la preparación de plasma y crioprecipitado para uso clínico, destacando el rol del técnico de laboratorio en la aplicación de protocolos de seguridad, control de calidad y trazabilidad. Además, se explorarán los avances tecnológicos que han optimizado estos procesos, incrementando la seguridad y efectividad de los tratamientos.

2 Objetivos

- Describir el proceso de obtención y preparación de plasma y crioprecipitado para uso clínico
- Identificar el papel del técnico de laboratorio en cada etapa del proceso
- Explicar los protocolos de seguridad y control de calidad aplicados en su manipulación y almacenamiento

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 intervención del técnico de laboratorio en la preparación de plasma y crioprecipitado para uso clínico comprende una serie de procedimientos técnicos meticulosos, orientados a garantizar la seguridad y la efectividad terapéutica de estos hemocomponentes. El proceso se inicia con la recolección del plasma, que puede obtenerse mediante dos métodos principales: la centrifugación de la sangre total y la aféresis. En el primer método, se recolecta sangre entera y se somete a un proceso de centrifugación que permite separar los diferentes componentes. El

plasma, al ser menos denso, se acumula en la capa superior y se extrae para su posterior procesamiento. En la aféresis, se utiliza un dispositivo automatizado que separa el plasma directamente del donante, retornando los otros componentes sanguíneos al torrente circulatorio.

Una vez recolectado, el plasma es sometido a un proceso de congelación rápida, generalmente a temperaturas inferiores a -30℃, para preservar los factores de coagulación y proteínas plasmáticas. Este procedimiento debe realizarse en un lapso no mayor a seis horas tras la recolección para garantizar la calidad del producto. El técnico de laboratorio se encarga de verificar la correcta identificación, el sellado hermético de las bolsas y el registro en los sistemas informáticos de trazabilidad.

El siguiente paso en el proceso es la obtención de crioprecipitado. Para ello, el plasma congelado se somete a un descongelado controlado a una temperatura de entre 1℃ y 6℃. Durante este proceso, se produce la precipitación de proteínas ricas en fibrinógeno, factor VIII y factor de von Willebrand, que son elementos críticos para el tratamiento de trastornos de coagulación. El crioprecipitado se separa cuidadosamente y se almacena a -30℃, manteniendo su estabilidad biológica.

La manipulación del plasma y crioprecipitado requiere estrictas medidas de seguridad y protocolos de esterilidad. El técnico de laboratorio emplea material desechable y técnicas asépticas para evitar contaminaciones. Además, se realizan controles de calidad periódicos que incluyen pruebas de esterilidad, validación de volumen y análisis de los niveles de factores de coagulación.

En cuanto a la trazabilidad, cada unidad es identificada con un código único que permite conocer su origen, proceso de manipulación y destino final. El uso de tecnologías de identificación, como la radiofrecuencia (RFID), facilita el seguimiento de cada producto, asegurando que cumpla con los estándares de calidad requeridos antes de su utilización en pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La preparación de plasma y crioprecipitado para uso clínico es un proceso delicado y altamente técnico, donde la intervención del técnico de laboratorio resulta fundamental para garantizar la calidad y seguridad de estos productos. La correcta manipulación, conservación y trazabilidad de cada unidad permite que los pacientes reciban hemocomponentes seguros y efectivos para el tratamiento de diversas patologías. Además, la implementación de protocolos rigurosos y el uso de tecnologías avanzadas aseguran un control preciso en cada etapa del

proceso, reduciendo al mínimo los riesgos de contaminación y preservando las propiedades biológicas necesarias para su uso clínico. La profesionalidad y compromiso del técnico en esta área representan un pilar esencial para el éxito de las terapias transfusionales.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía para la preparación de plasma y crioprecipitado en bancos de sangre. Ginebra: OMS; 2019.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual de protocolos para la preparación de hemocomponentes. Madrid: MSSSI; 2020.
3. López-Carrasco R, Fernández-Martínez M. Procesamiento y conservación de plasma y crioprecipitado. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
4. Sánchez-Gómez L, Ruiz-Delgado G. Seguridad y calidad en la preparación de crioprecipitado. Rev Hematol. 2022;48(3):121-129.
5. García-Pérez J, Morales-Fernández S. Tecnologías avanzadas en la preparación de hemocomponentes. Scielo. 2023;61(2):178-185.

Capítulo 113

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA TIPIFICACIÓN DEL ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DE BAJA RESOLUCIÓN PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL

CRISTINA VICENTE CAPA

MARÍA SANDRA TORRES CAMINO

IRENE BUENDIA MONTES

1 Introducción

La tipificación HLA (Human Leukocyte Antigen) es un proceso fundamental para garantizar la compatibilidad inmunológica entre donantes y receptores en los trasplantes de órganos y tejidos. Los antígenos HLA se encuentran en la superficie de casi todas las células del cuerpo y juegan un papel crucial en el reconocimiento inmunológico. Su correcta identificación permite disminuir el riesgo de rechazo del injerto y optimizar el éxito del trasplante.

La tipificación de baja resolución, en particular, se centra en identificar los principales grupos HLA, sin detallar variantes específicas. Esta técnica es suficiente para la mayoría de los trasplantes de órganos sólidos y tejidos, como riñón, hígado o médula ósea, donde una coincidencia básica es necesaria para reducir las posibilidades de rechazo agudo.

Para llevar a cabo esta identificación, se emplean técnicas moleculares, entre las que destacan la PCR-SSP (Polymerase Chain Reaction - Sequence Specific Primers) y la PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction - Sequence Specific Oligonucleotides). Estas metodologías permiten identificar secuencias específicas del ADN que corresponden a determinados alelos HLA, ofreciendo resultados rápidos y de alta precisión.

El técnico de laboratorio desempeña un papel crucial en este proceso, siendo responsable de la correcta preparación de muestras, la manipulación de reactivos y el manejo de equipos necesarios para realizar la tipificación HLA. Además, su intervención es clave para interpretar los resultados preliminares y validar su calidad antes de ser comunicados al equipo médico.

En este capítulo se explorarán los principios fundamentales de la tipificación HLA de baja resolución, detallando las técnicas aplicadas, el protocolo de trabajo en el laboratorio y el papel fundamental del técnico en la obtención de resultados fiables y clínicamente útiles.

2 Objetivos

- Identificar los métodos de tipificación HLA de baja resolución aplicados en el laboratorio clínico

- Explicar el papel del técnico de laboratorio en la preparación de muestras y la manipulación de técnicas de biología molecular para la tipificación HLA

- Describir los procedimientos operativos y los criterios de calidad en la identificación HLA

- Analizar la importancia de la correcta tipificación HLA para la compatibilidad en trasplantes de órganos y tejidos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 tipificación HLA de baja resolución representa una técnica fundamental en el campo de los trasplantes de órganos y tejidos, ya que permite identificar la compatibilidad inmunológica entre el donante y el receptor. Este proceso se centra en el análisis de los antígenos HLA, que son proteínas presentes en la superficie de las células y que juegan un papel clave en el reconocimiento inmunológico. La correcta identificación de estos antígenos reduce significativamente el riesgo de rechazo del injerto y mejora la supervivencia del paciente.

En el laboratorio clínico, el técnico es responsable de llevar a cabo las técnicas moleculares necesarias para realizar esta tipificación. Entre los métodos más destacados se encuentran la PCR-SSP (Polymerase Chain Reaction - Sequence Specific Primers) y la PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction - Sequence Specific Oligonucleotides). Ambas técnicas permiten identificar grupos HLA específicos mediante la amplificación de secuencias de ADN asociadas a los antígenos HLA.

La PCR-SSP se caracteriza por el uso de cebadores específicos para cada alelo HLA. En este procedimiento, el técnico de laboratorio prepara las muestras de ADN, añade los reactivos necesarios y realiza el proceso de amplificación en el termociclador. Los resultados se interpretan mediante electroforesis, donde se observa la presencia o ausencia de bandas que indican la tipificación positiva para un determinado antígeno. Este método es rápido y permite una identificación precisa de los alelos principales involucrados en la compatibilidad de trasplantes.

Por otro lado, la PCR-SSO utiliza sondas de oligonucleótidos específicas para detectar secuencias HLA en las muestras de ADN. A diferencia de la PCR-SSP, este método se complementa con técnicas de hibridación, donde las sondas se unen a secuencias específicas, facilitando su detección. El técnico de laboratorio interviene en la preparación de las placas, la hibridación de las muestras y la lectura de los resultados en un lector especializado. Esta técnica ofrece una mayor

sensibilidad y permite detectar variantes alélicas que pueden ser críticas en la selección de donantes.

Además de estas técnicas, se realizan pruebas cruzadas (crossmatch) entre el suero del receptor y las células del donante para evaluar la presencia de anticuerpos preexistentes que podrían desencadenar un rechazo. El técnico en laboratorio también participa en este proceso, asegurando la correcta manipulación de muestras y la interpretación de los resultados.

La correcta aplicación de estas técnicas en el laboratorio clínico permite una selección precisa de donantes compatibles, reduciendo el riesgo de rechazo agudo y mejorando las tasas de éxito en los trasplantes. El técnico de laboratorio, con su formación especializada y habilidades técnicas, garantiza que cada etapa del proceso se ejecute con precisión y siguiendo los estándares de calidad establecidos, lo cual es fundamental para el éxito de los procedimientos clínicos en trasplantes de órganos y tejidos.

5 Discusión-Conclusión

La tipificación HLA de baja resolución es un procedimiento esencial en el ámbito de los trasplantes de órganos y tejidos, ya que permite garantizar la compatibilidad inmunológica entre donante y receptor. A través de técnicas moleculares como la PCR-SSP y la PCR-SSO, se logra identificar de manera precisa los grupos HLA principales, lo cual es determinante para reducir el riesgo de rechazo del injerto y mejorar la supervivencia del paciente.

El papel del técnico de laboratorio en este proceso es fundamental. Su intervención en la preparación de muestras, el manejo de reactivos y la ejecución de técnicas de biología molecular garantiza que los resultados obtenidos sean fiables y clínicamente útiles. Además, el técnico es responsable de seguir los protocolos de calidad y bioseguridad, asegurando que cada etapa se realice con la precisión necesaria para evitar errores diagnósticos.

Los avances en biología molecular han permitido optimizar los tiempos de tipificación HLA, facilitando la selección de donantes compatibles en un menor plazo. Esto se traduce en una mayor oportunidad para los pacientes que requieren un trasplante urgente, mejorando las tasas de éxito y reduciendo las complicaciones postoperatorias.

En conclusión, la intervención del técnico de laboratorio en la tipificación HLA

de baja resolución es un pilar fundamental para el éxito de los trasplantes. Su experiencia y conocimiento en el manejo de técnicas avanzadas permiten garantizar resultados precisos y seguros, contribuyendo a salvar vidas y mejorar la calidad de los procedimientos clínicos en el ámbito de los trasplantes de órganos y tejidos.

6 Bibliografía

1. Parham P. The Immune System. 5ª ed. New York: Garland Science; 2020.

2. Shiina T, Hosomichi K, Inoko H, Kulski JK. The HLA genomic loci map: expression, interaction, diversity and disease. J Hum Genet. 2009;54(1):15-39.

3. Sánchez-Mazas A, Meyer D, Chanock SJ, Beck S, Travers P, Lemaître JF. Ancestral polymorphisms and natural selection in the evolution of HLA loci. Nat Rev Immunol. 2018;18(1):48-60.

4. Garrido F, Cabrera T, Aptsiauri N. "Missing Self" recognition of MHC class I molecules by NK cells in cancer and aging: implications for immunotherapy. Aging (Albany NY). 2019;11(10):3757-69.

5. Thorsby E. A short history of HLA. Tissue Antigens. 2009;74(2):101-16.

Capítulo 114

MANEJO DE INCIDENTES TRANSFUSIONALES: PAPEL DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN LA DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE REACCIONES ADVERSAS

CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

MARÍA SANDRA TORRES CAMINO

IRENE BUENDIA MONTES

CRISTINA VICENTE CAPA

1 Introducción

La transfusión sanguínea es un procedimiento clínico que, aunque generalmente seguro, no está exento de riesgos. Los incidentes transfusionales representan un desafío significativo en el ámbito hospitalario, ya que pueden comprometer gravemente la salud del paciente. Estos incidentes se dividen en reacciones adversas inmunológicas y no inmunológicas, y su correcta identificación y análisis son cruciales para la seguridad del receptor y la mejora continua de los protocolos de transfusión.

El técnico de laboratorio desempeña un papel fundamental en la detección y manejo de estos incidentes, actuando como el primer eslabón en la identificación de irregularidades en las muestras y en la interpretación de resultados que puedan indicar una incompatibilidad. Además, su intervención en el análisis postransfusional permite esclarecer las causas del evento y contribuir a la prevención de futuros errores.

Los protocolos de actuación ante un incidente transfusional requieren precisión, rapidez y un conocimiento profundo de los procedimientos de laboratorio. Desde el análisis de las muestras hasta el reporte detallado del incidente, el técnico de laboratorio colabora estrechamente con el equipo médico para minimizar los riesgos y garantizar la seguridad del paciente.

A lo largo de este capítulo, se explorarán los distintos tipos de incidentes transfusionales, el papel del técnico de laboratorio en su detección y análisis, así como las mejores prácticas para reducir su incidencia y optimizar la seguridad transfusional.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de incidentes transfusionales y sus causas
- Describir el papel del técnico de laboratorio en la detección y análisis de reacciones adversas
- Explicar los protocolos de actuación ante incidentes transfusionales
- Resaltar la importancia de la formación continua en técnicas de análisis postransfusional

3 Metodología

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

4 Resultados

Los incidentes transfusionales, aunque poco frecuentes, representan un riesgo significativo para la salud del paciente, y su manejo adecuado es crucial para

evitar consecuencias graves. Estos eventos pueden clasificarse en dos grandes categorías: inmunológicos y no inmunológicos. Los inmunológicos son aquellos en los que el sistema inmunitario del receptor reacciona contra los componentes sanguíneos del donante, mientras que los no inmunológicos están relacionados con factores mecánicos, infecciosos o errores en el manejo de las unidades sanguíneas.

En el contexto del banco de sangre, el técnico de laboratorio juega un papel determinante en la detección temprana de estos incidentes. La correcta identificación y etiquetado de las unidades sanguíneas, así como el análisis detallado de las muestras, son medidas preventivas fundamentales para minimizar los riesgos. Entre los incidentes inmunológicos más frecuentes se encuentran las reacciones hemolíticas, las reacciones febriles no hemolíticas, las reacciones alérgicas y la enfermedad injerto contra huésped (EICH). En cada uno de estos casos, la intervención del técnico de laboratorio permite identificar la causa mediante pruebas específicas como el test de Coombs directo, la prueba de compatibilidad cruzada y el análisis de anticuerpos irregulares.

En cuanto a los incidentes no inmunológicos, destacan la sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión (TACO), la lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI) y la transmisión de infecciones. En este sentido, el técnico de laboratorio es responsable de la detección de contaminantes en las unidades sanguíneas, así como de asegurar que las condiciones de almacenamiento y manipulación sean las adecuadas para evitar la proliferación de patógenos.

El manejo de un incidente transfusional requiere un protocolo de actuación claro y definido. Ante la sospecha de una reacción adversa, el técnico de laboratorio debe iniciar un proceso de verificación que incluye la revisión de los datos del paciente y la unidad transfundida, la realización de pruebas serológicas y el reporte inmediato al equipo clínico. La documentación detallada del incidente es fundamental para su análisis posterior y para establecer medidas correctivas que mejoren los protocolos de seguridad transfusional.

Finalmente, el técnico de laboratorio también participa en la evaluación postransfusional, donde se analizan los resultados de las pruebas y se determinan las causas subyacentes del incidente. Esta información es vital para implementar mejoras en los procedimientos y prevenir futuros errores.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de incidentes transfusionales constituye un aspecto fundamental en la seguridad del paciente y en la calidad de los servicios de hemoterapia. La ac-

tuación del técnico de laboratorio en la detección, análisis y documentación de reacciones adversas permite identificar errores y establecer medidas correctivas para prevenir su repetición. Además, su participación en el seguimiento postransfusional contribuye significativamente a la evaluación de los efectos clínicos y a la identificación de posibles complicaciones tardías.

La correcta identificación de los tipos de incidentes, junto con la aplicación de protocolos estandarizados, asegura una respuesta rápida y efectiva ante cualquier evento adverso. La formación continua y el conocimiento actualizado sobre las técnicas de laboratorio son pilares esenciales para el técnico, permitiéndole desarrollar su labor con precisión y seguridad.

En conclusión, el papel del técnico de laboratorio en el manejo de incidentes transfusionales es crucial para garantizar la seguridad del paciente, optimizar los procedimientos transfusionales y fomentar una cultura de calidad y prevención en los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. Martín S, García M. Reacciones transfusionales y seguridad del paciente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022.

2. López A, Fernández J. Manejo de incidentes transfusionales en laboratorio clínico. Barcelona: Elsevier España; 2021.

3. Pérez M, Gómez L. Protocolos de actuación ante reacciones adversas en transfusiones. Valencia: Ediciones Científicas; 2020.

4. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Guía clínica sobre reacciones transfusionales. Madrid: SEHH; 2023.

Capítulo 115

FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL ESTUDIO DE LA ANEMIA DE BLACKFAN-DIAMOND: DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN LA ERITROPOYESIS

IRENE BUENDIA MONTES

CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

CRISTINA VICENTE CAPA

MARÍA SANDRA TORRES CAMINO

1 Introducción

La anemia de Blackfan-Diamond (DBA, por sus siglas en inglés) es una forma rara de anemia congénita caracterizada por un fallo en la eritropoyesis que se manifiesta en los primeros meses de vida. Fue descrita por primera vez en 1938 por Louis K. Diamond y Kenneth D. Blackfan, quienes identificaron esta enfermedad en un grupo de pacientes pediátricos con anemia severa y crisis aplásica. Su incidencia es de aproximadamente 5 a 7 casos por cada millón de nacidos vivos y se caracteriza por una marcada reducción en la producción de glóbulos rojos en la médula ósea, con afectación mínima o nula en las demás líneas celulares.

A nivel genético, la anemia de Blackfan-Diamond se asocia con mutaciones en genes que regulan la producción de ribosomas, afectando el proceso de síntesis proteica en los precursores eritroides. Entre los genes más comúnmente implicados se encuentran RPS19, RPL5 y RPL11, los cuales se han identificado en más del 50% de los pacientes diagnosticados. Esto provoca una disminución en la proliferación y diferenciación de las células precursoras de eritrocitos, lo que conlleva a un déficit de glóbulos rojos.

El diagnóstico de DBA requiere un enfoque multidisciplinario en el cual el técnico de laboratorio desempeña un papel crucial. El análisis hematológico detallado, los estudios de médula ósea y las pruebas genéticas son fundamentales para identificar esta patología. En este contexto, la intervención del técnico de laboratorio incluye el procesamiento adecuado de muestras, la aplicación de técnicas de tinción y la preparación de extendidos medulares que permiten la evaluación morfológica y cuantitativa de los precursores eritroides.

En este capítulo se describirá en profundidad la función del técnico de laboratorio en el estudio de la anemia de Blackfan-Diamond, destacando los protocolos de análisis hematológico y genético, así como las recomendaciones para optimizar el manejo de las muestras.

2 Objetivos

- Describir los protocolos de análisis hematológico y genético en el diagnóstico de la anemia de Blackfan-Diamond
- Explicar el papel del técnico de laboratorio en la recolección, manejo y procesamiento de muestras para estudios hematológicos y genéticos
- Analizar la importancia de interpretar correctamente los resultados para un diagnóstico preciso y temprano

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

El diagnóstico de la anemia de Blackfan-Diamond se fundamenta en la evaluación de la producción eritroide a nivel medular y en la detección de alteraciones genéticas específicas. El técnico de laboratorio tiene un papel clave en la recolección, manejo y análisis de muestras, garantizando la fiabilidad y precisión de los resultados obtenidos.

La primera fase del diagnóstico incluye un hemograma completo y un frotis de sangre periférica. Estos estudios permiten identificar características hematológicas típicas de la DBA, como macrocitosis, reticulocitopenia y un descenso marcado en el recuento de glóbulos rojos. El técnico de laboratorio se encarga de la correcta preparación de los portaobjetos y la aplicación de tinciones específicas, como la tinción de Wright, que facilita la visualización de las alteraciones celulares. La identificación de anomalías morfológicas en los eritrocitos, así como la presencia de células nucleadas en sangre periférica, son indicativas de un fallo en la eritropoyesis.

El estudio de médula ósea es un paso determinante en el diagnóstico. El técnico de laboratorio participa en la preparación de extendidos de aspirado medular, asegurando condiciones óptimas para su análisis. En pacientes con anemia de Blackfan-Diamond, se observa una disminución selectiva de la serie eritroide, mientras que las series granulocítica y megacariocítica se encuentran preservadas. La cuantificación de precursores eritroides y la evaluación morfológica de las células permiten identificar displasia eritroide y alteraciones en la maduración celular.

Adicionalmente, el diagnóstico se complementa con estudios genéticos, en los cuales se investigan mutaciones en genes asociados a la producción ribosómica, como RPS19, RPL5 y RPL11. El técnico de laboratorio se encarga de la extracción de ADN, el manejo de las técnicas de PCR y la preparación de muestras para su posterior secuenciación. Estos estudios permiten identificar alteraciones genéticas responsables del fallo en la eritropoyesis, facilitando un diagnóstico más preciso y temprano.

La intervención del técnico de laboratorio se extiende también al análisis de pruebas complementarias, como la determinación de niveles de adenosina deaminasa (ADA) en suero, un marcador que se encuentra elevado en la mayoría de los pacientes con DBA. Este análisis bioquímico es realizado mediante técnicas de inmunoensayo, donde la manipulación correcta de las muestras es crucial para obtener resultados fiables.

En resumen, el papel del técnico de laboratorio en el diagnóstico de la anemia

de Blackfan-Diamond es fundamental, no solo en el manejo y procesamiento de muestras, sino también en la interpretación preliminar de los resultados. La correcta aplicación de técnicas hematológicas, medulares y genéticas garantiza una identificación precisa de esta patología congénita, permitiendo un abordaje clínico adecuado y una intervención temprana en los pacientes afectados.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la anemia de Blackfan-Diamond requiere una intervención especializada y meticulosa por parte del técnico de laboratorio. Desde el manejo adecuado de las muestras hasta la aplicación de técnicas específicas de tinción y estudios medulares, cada etapa es determinante para la obtención de resultados precisos y confiables. La capacidad del técnico de laboratorio para identificar alteraciones morfológicas en los eritrocitos y en los precursores eritroides facilita un diagnóstico temprano y certero de esta patología congénita.

El análisis de médula ósea permite evaluar el estado de la serie eritroide, donde la disminución selectiva de precursores y la presencia de displasia son hallazgos típicos en pacientes con DBA. El papel del técnico de laboratorio es crucial en la preparación de los extendidos y en la observación de anomalías citológicas, lo cual contribuye significativamente a la interpretación diagnóstica.

Adicionalmente, los estudios genéticos representan un avance en el diagnóstico de la anemia de Blackfan-Diamond, permitiendo la identificación de mutaciones en genes asociados al fallo eritropoyético. El técnico de laboratorio participa en la extracción y procesamiento de ADN, así como en la aplicación de técnicas de PCR para la detección de alteraciones genéticas, aportando una base sólida para confirmar el diagnóstico clínico.

En conclusión, el técnico de laboratorio cumple un rol fundamental en cada fase del diagnóstico de la anemia de Blackfan-Diamond. Su capacidad para aplicar técnicas avanzadas y garantizar la calidad en el manejo de las muestras permite una detección temprana de esta patología, contribuyendo al manejo clínico y al seguimiento de los pacientes afectados.

6 Bibliografía

1. Lipton JM, Ellis SR. Diamond Blackfan anemia: clinical spectrum and pathophysiological mechanisms. Hematol Oncol Clin North Am. 2009;23(2):261-82.

2. Gazda HT, Sieff CA. Recent insights into the pathogenesis of Diamond-Blackfan anemia. Blood. 2006;107(11):4589-96.

3. Boria I, Garelli E, Gazda HT, et al. The ribosomal basis of Diamond-Blackfan Anemia: mutation and database update. Hum Mutat. 2010;31(12):1269-79.
4. Vlachos A, Ball S, Dahl N, et al. Diagnosing and treating Diamond Blackfan anaemia: results of an international clinical consensus conference. Br J Haematol. 2008;142(6):859-76.
5. Sankaran VG, Orkin SH. The switch from fetal to adult hemoglobin. Cold Spring Harb Perspect Med. 2013;3(1):a011643.
6. Flygare J, Aspesi A. Diamond-Blackfan anemia: erythropoiesis lost in translation. Blood. 2011;117(21):5192-200.
7. Farrar JE, Vlachos A, Atsidaftos E, et al. Ribosomal protein gene deletions in Diamond-Blackfan anemia. Blood. 2011;118(26):6943-51.

Capítulo 116

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LA VALIDACIÓN DE PROCESOS DE INACTIVACIÓN VÍRICA EN HEMODERIVADOS

MARÍA SANDRA TORRES CAMINO

CRISTINA MARTÍNEZ DE MIGUEL

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

CRISTINA VICENTE CAPA

IRENE BUENDIA MONTES

1 Introducción

La validación de los procesos de inactivación vírica en hemoderivados es un componente esencial en la garantía de seguridad transfusional. Los hemoderivados, al estar destinados a transfusiones en pacientes vulnerables, requieren de estrictos controles de calidad para minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Para lograr esto, se han implementado protocolos de inactivación vírica que permiten reducir o eliminar patógenos sin comprometer las propiedades biológicas del componente sanguíneo.

El técnico de laboratorio es un profesional sanitario que tiene un papel fundamental en la validación de estos procesos, asegurando que se cumplan los parámetros de seguridad y calidad establecidos por las normativas internacionales. Sus

responsabilidades abarcan desde la preparación del material y la correcta manipulación de las muestras hasta la realización de pruebas específicas para comprobar la eficacia del tratamiento. Además, participa en el análisis de resultados y en la documentación de los procedimientos, aspectos críticos para garantizar la trazabilidad y confiabilidad del producto final.
En este capítulo se describen detalladamente las funciones del técnico de laboratorio en cada una de las etapas del proceso de validación de inactivación vírica, destacando la importancia de su labor en la obtención de un plasma seguro y de calidad para su uso clínico.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico de laboratorio en la validación de procesos de inactivación vírica en hemoderivados
- Explicar los protocolos de control y seguimiento en la aplicación de técnicas de inactivación
- Identificar los parámetros clave en la evaluación de la seguridad y calidad de los hemoderivados

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 validación de los procesos de inactivación vírica en hemoderivados se fundamenta en una serie de etapas clave, donde el técnico de laboratorio desempeña un papel central para garantizar que cada lote de plasma tratado cumpla con los estándares de seguridad establecidos. Las etapas de validación incluyen: preparación del material, selección de técnicas de inactivación, realización de pruebas microbiológicas y moleculares, y verificación de la estabilidad y funcionalidad del hemoderivado.

Durante la preparación, el técnico de laboratorio es responsable de la correcta manipulación del plasma y de los reactivos utilizados en el proceso. Se llevan a cabo controles previos para garantizar que el producto inicial esté libre de contaminantes externos y se registra cada paso en los sistemas de trazabilidad del laboratorio. Esta fase es fundamental para evitar errores que comprometan la calidad del producto final.

En cuanto a las técnicas de inactivación, se emplean métodos específicos como la exposición a luz ultravioleta, el uso de agentes químicos como el amotosalén o la riboflavina, y procesos térmicos controlados. El técnico debe conocer en profundidad el manejo de estos métodos y aplicar los protocolos establecidos para asegurar una reducción significativa de la carga vírica.

La fase de pruebas microbiológicas y moleculares permite verificar la efectividad del proceso. El técnico de laboratorio realiza análisis específicos para detectar restos de ARN o ADN de virus inactivados, así como pruebas de cultivo para identificar posibles supervivencias microbianas. Estas pruebas se complementan con controles de calidad adicionales que evalúan la integridad de las proteínas plasmáticas y los factores de coagulación.

Finalmente, se realiza una verificación de estabilidad y funcionalidad del hemoderivado. El técnico evalúa parámetros como la capacidad de coagulación, la viabilidad de las proteínas y la ausencia de residuos tóxicos. Todo el procedimiento se documenta detalladamente para garantizar la trazabilidad del proceso y la seguridad del producto en su uso clínico.

Diversos estudios han demostrado que una correcta validación de estos procesos reduce significativamente el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en transfusiones, aumentando la seguridad y confianza en los tratamientos hemoterápicos. El papel del técnico de laboratorio es, por tanto, indispensable para asegurar que cada etapa se ejecute de manera óptima.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la validación de los procesos de inactivación vírica en hemoderivados representa uno de los pilares más sólidos sobre los que se sustenta la seguridad transfusional moderna. Estos procedimientos no solo responden a exigencias normativas y científicas, sino que también son reflejo del compromiso de los laboratorios con la protección del paciente y la mejora continua de los procesos asistenciales.

En este contexto, el técnico de laboratorio desempeña una función esencial que va mucho más allá de la mera ejecución técnica. Su participación activa en la

preparación de los reactivos, el seguimiento de los tiempos y condiciones específicas del tratamiento, la interpretación de resultados de controles de calidad y la documentación rigurosa del procedimiento es determinante para garantizar la eficacia del proceso de inactivación. Cada fase controlada con precisión por el técnico contribuye directamente a minimizar la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos emergentes o conocidos, asegurando la bioseguridad del producto final.

Además, su formación continua y conocimiento actualizado en normativas internacionales, tecnologías emergentes y fundamentos biológicos de la inactivación vírica permiten una toma de decisiones más eficiente, una detección temprana de desviaciones y una adaptación rápida ante nuevas exigencias sanitarias o cambios en los protocolos.

Por tanto, el técnico de laboratorio se consolida como un actor clave en el engranaje de la seguridad transfusional. Su responsabilidad, precisión y visión integral del proceso fortalecen la confianza en los hemoderivados utilizados en la práctica clínica diaria, contribuyendo no solo a la seguridad del paciente, sino también a la excelencia del sistema sanitario en su conjunto.

6 Bibliografía

1. González A, Fernández R. Validación de procesos de inactivación vírica en hemoderivados. Transfus Clin Biol. 2021;28(3):156-63.
2. Martínez P, López JM. Técnicas de control en la inactivación de patógenos en hemoderivados. Hematología. 2020;35(2):45-52.
3. Rodríguez C, Sánchez M. Seguridad transfusional y nuevas técnicas de inactivación de patógenos. Med Clin (Barc). 2019;153(7):321-7.
4. Pérez L, Domínguez F. Evaluación de procesos de inactivación vírica en plasma para transfusión. Rev Esp Hematol Hemoter. 2022;64(1):15-21.
5. García V, Torres E. Métodos de control de calidad en la validación de hemoderivados. Acta Bioquim Clin Latinoam. 2023;57(4):203-10.
6. López M, Giménez R. Técnicas de inactivación de patógenos en productos sanguíneos: avances y desafíos. Transfus Apher Sci. 2020;59(1):102-8.
7. Ortega J, Salas P. Aplicación de protocolos de validación en hemoderivados: seguridad y eficacia. Hemoterapia. 2021;47(2):133-9.

Capítulo 117

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN EL ANÁLISIS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS: LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, ASCÍTICO Y SINOVIAL

ANA AURORA LÓPEZ RICOTE

MARTA RUIZ DIAZ

LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO

ITSASO ALONSO ALBISTUR

ELENA SANZ GIL

1 Introducción

El análisis de líquidos biológicos representa una de las tareas más delicadas y determinantes en el ámbito del laboratorio clínico, debido a que aporta información crítica para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de diversas enfermedades neurológicas, infecciosas, inflamatorias y oncológicas. El líquido cefalorraquídeo (LCR), el líquido ascítico y el líquido sinovial son matrices que requieren una manipulación extremadamente cuidadosa por parte del técnico de laboratorio, dada su susceptibilidad a la contaminación y su inestabilidad.

En particular, el LCR es esencial en el estudio de infecciones del sistema nervioso central, como la meningitis, así como en el diagnóstico diferencial de enfermedades desmielinizantes y neoplásicas. El líquido ascítico, por su parte, permite identificar peritonitis bacteriana espontánea, carcinomatosis peritoneal y otras causas de ascitis. El líquido sinovial es clave para determinar la etiología de una artropatía, ya sea inflamatoria, infecciosa o degenerativa. La calidad del análisis depende, en gran medida, de la rigurosidad con que se sigan los protocolos de actuación establecidos.

El técnico en laboratorio cumple un rol decisivo en todo el proceso: desde la recepción, identificación y registro de la muestra, hasta su preparación para los diversos tipos de análisis: bioquímicos, citológicos, microbiológicos y, en algunos casos, inmunológicos y moleculares. Cada fase exige un conocimiento profundo de las características del fluido a estudiar, de los requerimientos de conservación y del tiempo de procesamiento, así como de las técnicas instrumentales a aplicar. La variabilidad de los resultados por errores preanalíticos es especialmente alta en este tipo de muestras. Por ello, la estandarización de protocolos, el estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad y la capacitación continua del personal técnico resultan fundamentales. Este capítulo aborda con profundidad los procedimientos y responsabilidades que asume el técnico en laboratorio en el manejo de estos tres fluidos biológicos, subrayando su importancia dentro del proceso diagnóstico multidisciplinar.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico en laboratorio en el manejo y procesamiento del LCR, líquido ascítico y líquido sinovial
- Establecer los protocolos de actuación en la fase preanalítica, analítica y postanalítica para cada tipo de muestra
- Identificar los principales errores preanalíticos y analíticos y sus consecuencias clínicas
- Valorar la importancia de la bioseguridad, trazabilidad y calidad en el tratamiento de este tipo de muestras

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 fase preanalítica, el técnico en laboratorio debe actuar con rapidez y precisión. Las muestras de LCR se entregan en tubos estériles, y es vital su procesamiento inmediato, especialmente si se destinan a estudios microbiológicos y citológicos. El LCR debe dividirse en tubos diferenciados para cada tipo de análisis (bioquímico, microbiológico y citológico), evitando contaminaciones cruzadas. La transparencia, coloración, viscosidad y volumen inicial son observaciones que el técnico debe registrar.

El análisis bioquímico del LCR incluye glucosa, proteínas totales y lactato. El técnico debe conocer los valores de referencia y realizar calibraciones periódicas de los equipos. Para el estudio citológico, es imprescindible una centrifugación controlada, seguida del extendido y tinciones adecuadas como la de May-Grünwald-Giemsa. En microbiología, la inoculación inmediata en medios de cultivo y el procesamiento para técnicas moleculares como PCR es una responsabilidad directa del técnico.

En el caso del líquido ascítico, se evalúa la presencia de células inflamatorias, neoplásicas y agentes infecciosos. Su recogida debe ser aséptica y el procesamiento inmediato. Las pruebas incluyen recuento celular, dosificación de proteínas, LDH y albúmina para calcular el gradiente albúmina-sérum. Además, el técnico debe realizar coloraciones diferenciales y manejar la muestra en condiciones de bioseguridad de nivel 2 si se sospecha de tuberculosis o infecciones por gérmenes multirresistentes.

En el análisis del líquido sinovial, se evalúa su viscosidad, coloración y presencia de cristales. El técnico debe efectuar una correcta manipulación para el recuento celular automatizado o manual y preparar extendidos para la búsqueda de cristales mediante luz polarizada (urate monosódico y pirofosfato cálcico). Las pruebas bioquímicas comunes incluyen glucosa, proteínas y LDH, siendo también habitual el cultivo microbiológico en casos sospechosos de artritis séptica.

En todos los casos, el cumplimiento de los protocolos de trazabilidad, la correcta codificación de las muestras, el uso de EPI y la eliminación segura de residuos biológicos son funciones inherentes al técnico. Además, debe participar activamente en controles internos de calidad, validar los resultados técnicos y detectar posibles errores antes de su emisión.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de líquidos biológicos es un proceso altamente especializado que requiere del técnico en laboratorio un elevado grado de competencia, precisión y responsabilidad. La correcta manipulación de muestras como el LCR, el líquido ascítico y el líquido sinovial garantiza la fiabilidad del resultado analítico y contribuye a un diagnóstico ágil y certero, especialmente en cuadros infecciosos, inflamatorios y oncológicos.

Los errores preanalíticos, muchas veces evitables, pueden comprometer la utilidad clínica del análisis. Por tanto, es imprescindible que el técnico conozca y aplique los protocolos de actuación con rigor, mantenga un conocimiento actualizado de los procedimientos y participe activamente en los sistemas de control de calidad del laboratorio.

El reconocimiento de su papel en el engranaje asistencial y el refuerzo de su formación continua permitirán optimizar el proceso diagnóstico y garantizar una atención sanitaria segura, eficiente y basada en la evidencia. La excelencia del trabajo del técnico se refleja directamente en la precisión del diagnóstico y la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. González-Medina JM, Ruiz-García MJ. Manual de procedimientos en laboratorio clínico. 4.ª ed. Madrid: Marbán; 2021.
2. Carvajal A, Martín MJ. Análisis de fluidos biológicos. Madrid: Ergon; 2020.
3. SEQCML. Guías técnicas para el análisis del líquido cefalorraquídeo y fluidos cavitarios. Sociedad Española de Medicina de Laboratorio; 2021.
4. Bosch X, Guilabert A. Diagnóstico diferencial de artropatías mediante el estudio del líquido sinovial. Rev Esp Reumatol. 2019;46(2):72-79.
5. Hernández-Rodríguez J, Roselló MC. Bioquímica de líquidos biológicos: aplicaciones clínicas. Bioquímica Clínica. 2022;61(3):215-222.
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 118

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN LABORATORIO EN EL ESTUDIO DE MARCADORES TUMORALES

ELENA SANZ GIL

MARTA RUIZ DIAZ

ANA AURORA LÓPEZ RICOTE

LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO

ITSASO ALONSO ALBISTUR

1 Introducción

Los marcadores tumorales son una serie de sustancias, generalmente proteínas o fragmentos de ADN, que pueden detectarse en la sangre, orina o también en tejidos corporales y que se asocian a la presencia de células tumorales. Su análisis constituye una herramienta clave y fundamental en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de pacientes con cáncer, así como en la monitorización de la respuesta al tratamiento o la detección de recidivas. Aunque los marcadores tumorales no son exclusivos ni definitivos para el diagnóstico de malignidad, su utilidad clínica radica en su valor complementario dentro de un enfoque multidisciplinar.

En el laboratorio clínico, el profesional técnico tiene un papel fundamental en todas las fases del proceso analítico: desde la recepción y preparación de muestras, hasta la ejecución de las técnicas analíticas y la garantía de calidad de los resultados. El cumplimiento de los protocolos de actuación estandarizados es esencial para asegurar la reproducibilidad, fiabilidad y utilidad clínica de las determinaciones de marcadores tumorales.
Este capítulo aborda los procedimientos que debe seguir el técnico en laboratorio durante el estudio de marcadores tumorales, destacando los aspectos críticos de la preanalítica, las metodologías más comunes y las normas de calidad que rigen este tipo de pruebas.

2 Objetivos

- Comprender los fundamentos y aplicaciones clínicas de los marcadores tumorales
- Identificar los tipos de muestras y condiciones preanalíticas necesarias para su determinación
- Describir las principales técnicas empleadas en la detección de marcadores tumorales
- Establecer protocolos de actuación estandarizados para garantizar la calidad del proceso

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 análisis de marcadores tumorales implica un flujo de trabajo altamente protocolizado, que comienza en la fase preanalítica. El técnico de laboratorio es responsable de verificar la correcta identificación del paciente, la recolección adecuada de la muestra (comúnmente suero o plasma) y su correcta conservación. Es fundamental mantener una cadena de frío adecuada, utilizar tubos apropiados (gen-

eralmente sin anticoagulante, con gel separador para suero) y evitar hemólisis, ya que puede interferir en las mediciones.
Una vez procesadas las muestras mediante centrifugación, el técnico debe asegurarse de que los sueros estén libres de interferencias visibles, aliquotarlos correctamente y conservarlos a -20 ℃ o -80 ℃ si no van a ser analizados inmediatamente. La trazabilidad en esta fase es esencial, y todo debe registrarse detalladamente en el sistema de información del laboratorio.
Entre los marcadores tumorales más habituales se encuentran: CEA (antígeno carcinoembrionario), CA 15-3, CA 19-9, CA 125, PSA (antígeno prostático específico), AFP (alfa-fetoproteína), hCG (gonadotropina coriónica humana) y NSE (enolasa específica de neuronas). La elección del método analítico puede variar según el laboratorio, siendo las técnicas más frecuentes los inmunoensayos enzimáticos (ELISA), quimioluminiscencia (CLIA), inmunofluorescencia y electroquimioluminiscencia.
El técnico debe seguir de forma estricta los protocolos del fabricante para cada equipo automatizado, controlando variables como temperatura, volúmenes, tiempos de incubación y lavados. Además, tiene la responsabilidad de preparar calibradores y controles de calidad, evaluar las curvas de calibración y detectar posibles desviaciones en los controles internos. Un resultado fuera de rango debe ser investigado antes de su validación.
La fase postanalítica también requiere atención especial por parte del técnico. La validación de los resultados en conjunto con el facultativo, la entrega oportuna del informe y la conservación de las muestras según los tiempos establecidos por la normativa del laboratorio son tareas que deben realizarse con meticulosidad. En los casos en los que se observen resultados inesperadamente elevados, se debe verificar si hay interferencias por heterófilos, macrocomplejos u otras causas técnicas.
Asimismo, el técnico participa en estudios de validación de nuevas técnicas y plataformas analíticas, en el mantenimiento preventivo de los equipos y en auditorías internas y externas de calidad. Su implicación en programas de control de calidad externo (como los promovidos por la SEQC o la EQAS) refuerza la fiabilidad del laboratorio y su cumplimiento con los estándares internacionales.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de marcadores tumorales representa un ámbito de elevada responsabilidad dentro del laboratorio clínico. La precisión, fiabilidad y utilidad clínica de estos análisis dependen, en gran medida, de la actuación rigurosa del técnico

de laboratorio durante todas las fases del proceso analítico.
El dominio de las técnicas de inmunoanálisis, la correcta gestión de las muestras, la ejecución sistemática de controles de calidad y la interpretación técnica de los resultados son competencias que convierten al técnico en una figura clave dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente oncológico.
La continua aparición de nuevos biomarcadores y metodologías exige una constante actualización y formación específica. Además, en un entorno cada vez más automatizado y regulado, la implicación del técnico en procesos de mejora continua y garantía de calidad resulta esencial para asegurar el valor diagnóstico de los marcadores tumorales.
Promover la excelencia técnica y fortalecer el rol del técnico en el laboratorio es fundamental para consolidar una medicina personalizada y centrada en el paciente, donde el análisis de biomarcadores sea una herramienta útil, precisa y segura.

6 Bibliografía

1. Molina R, Filella X. Marcadores tumorales: utilidad clínica y nuevas perspectivas. Clin Transl Oncol. 2021;23(4):586-594.
2. López-Andrade C, Fernández-López R. Diagnóstico y seguimiento del cáncer mediante biomarcadores. Rev Lab Clin. 2020;13(2):78-88.
3. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQCML). Recomendaciones sobre marcadores tumorales. SEQC; 2022.
4. Duffy MJ, Sturgeon C, et al. Validation of tumor markers: a guide for clinical laboratories. Clin Chem Lab Med. 2019;57(1):47-57.
5. Llopis R, Rius F. Protocolos de calidad en el laboratorio clínico. Madrid: Díaz de Santos; 2020.

Capítulo 119

EL PROFESIONAL DE TÉCNICO EN LABORATORIO Y SU ACTUACIÓN SOBRE LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG)

LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO

MARTA RUIZ DIAZ

NOELIA FLORES MARTÍNEZ

ITSASO ALONSO ALBISTUR

ELENA SANZ GIL

1 Introducción

La velocidad de sedimentación globular (VSG) es un examen esencial de laboratorio que el técnico en laboratorio lleva a cabo para identificar y supervisar procesos inflamatorios en el cuerpo. Esta prueba implica calcular el tiempo requerido para que una muestra de sangre se sedimente en un tubo vertical durante una hora. La VSG es vista como un marcador no específico de inflamación, debido a que puede incrementarse en diferentes situaciones clínicas, tales como infecciones, patologías autoinmunes, inflamaciones crónicas y algunos tipos de cáncer.

El papel del técnico se centra en la adecuada preparación, gestión y evaluación de la muestra, garantizando que los resultados sean exactos y fiables. El método exige adherirse a protocolos rigurosos para prevenir fallos que puedan impactar la interpretación clínica. Además, el técnico en laboratorio debe entender que, a pesar de su utilidad, la VSG no ofrece un diagnóstico definitivo, sino que aporta a la evaluación clínica y a otras investigaciones diagnósticas.
La rapidez y facilidad de la prueba la convierten en un instrumento útil en el campo médico, ya que permite identificar alteraciones en el estado inflamatorio del paciente y valorar la reacción a los tratamientos. Es crucial que el técnico interprete correctamente los resultados para que los médicos puedan tomar decisiones fundamentadas y proporcionar un cuidado de alta calidad. En conclusión, el técnico en laboratorio juega un rol fundamental en la ejecución de la VSG, aportando a una atención médica más eficaz y a tiempo.

2 Objetivos

Describir la prueba de la VSG
Destacar la importancia de la labor del técnico de laboratorio clínico

3 Metodología

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

4 Resultados

La VSG es un examen sanguíneo que nos puede proporcionar datos acerca de la presencia de cierta inflamación o actividad inflamatoria en el cuerpo. Si el médico considera que el problema es inflamatorio, esta prueba será asignada, lo que significa que presenta indicios o síntomas asociados a enfermedades como la arteritis temporal, vasculitis sistémica, polimialgia reumática o artritis reumatoide. Además, puede existir fiebre sin signos claros, dolores de cabeza, dolor en el cuello o en articulaciones como los hombros, dolor pélvico, anemia, disminución del apetito, pérdida de peso no justificada y rigidez.

Los hallazgos de la prueba indican la distancia en milímetros (mm) que los eritrocitos han descendido en una hora. La gama de valores habituales para los hombres es de 0 a 22 mm/h, y para las mujeres de 0 a 29 mm/h. Dado que este examen es un indicador no específico de inflamación y se encuentra elevado por otros motivos, los resultados deben analizarse en conjunto con los resultados clínicos obtenidos por el médico, el registro personal del paciente y otros hallazgos de diagnóstico.
La VSG y los casos clínicos se entrelazan, permitiendo al médico confirmar o descartar el diagnóstico sugerido. Las elevaciones independientes de VSG sin signos o síntomas no proporcionan a los médicos la información necesaria para una condición médica específica. Individuos con mieloma múltiple o macroglobulinemia de Waldenström, enfermedades tumorales que generan grandes volúmenes de inmunoglobulinas, poseen una VSG elevada, incluso sin presentar inflamación. Esta evaluación también puede contribuir a regular el control, identificar la severidad de la inflamación y supervisar la exactitud del tratamiento. Dado que la VSG no puede identificar con exactitud un diagnóstico de problema inflamatorio, frecuentemente se realiza un análisis de PCR.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, el desempeño del técnico de laboratorio en la ejecución de la prueba de velocidad de sedimentación globular (VSG) es crucial para asegurar resultados exactos y fiables. Su habilidad, exactitud al preparar la muestra y adherencia a los protocolos establecidos garantizan la calidad del análisis. Además, una correcta interpretación de los resultados, sumada a la evaluación clínica, favorece una mejor identificación y seguimiento de los procesos inflamatorios en los pacientes. El trabajo del técnico no solo conlleva el desempeño técnico, sino también la obligación de preservar la integridad de la muestra y transmitir los resultados de forma clara y a tiempo. Sin duda, su rendimiento profesional es fundamental para respaldar la toma de decisiones médicas y optimizar la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 120

ROL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN PACIENTES CON BRUXISMO: IDENTIFICACIÓN, EDUCACIÓN Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS PREVENTIVOS

JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ

MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ

MANUELA ALARCON GONZALEZ

DIANA ANCUTA GREC HODEA

VICTORIA GUERREROS SÁENZ

1 Introducción

El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento o rechinamiento involuntario de los dientes y puede producirse tanto durante el sueño (bruxismo nocturno) como en vigilia (bruxismo diurno). Su etiología es multifactorial y se relaciona con factores psicológicos (estrés, ansiedad), trastornos del sueño, interferencias oclusales y consumo de ciertas sustancias. A pesar de su prevalencia significativa en la población general, el bruxismo muchas veces pasa desapercibido hasta que aparecen signos y síntomas clínicos como des-

gaste dental, dolor orofacial, cefaleas, trastornos temporomandibulares (TTM) y fracturas dentales.
El higienista bucodental, como parte activa del equipo de salud oral, está en una posición privilegiada para identificar signos incipientes de bruxismo, orientar al paciente sobre los riesgos asociados y promover medidas preventivas. Su actuación no se limita a la detección, sino que también incluye la educación en técnicas de higiene, recomendaciones sobre el manejo del estrés, la colaboración en el seguimiento de las férulas oclusales y la remisión oportuna al odontólogo u otros especialistas cuando sea necesario.
Este capítulo analiza el papel integral del higienista bucodental en la atención a pacientes con bruxismo, desde la identificación precoz hasta la aplicación de protocolos preventivos y de educación para mejorar la salud oral y la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas del bruxismo desde la práctica del higienista bucodental
- Describir estrategias educativas para el autocuidado y prevención del bruxismo
- Establecer protocolos de actuación y seguimiento en pacientes diagnosticados o con sospecha de bruxismo
- Fomentar la colaboración interdisciplinar con el equipo odontológico y de salud mental

3 Metodología

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

4 Resultados

La intervención del higienista bucodental comienza con la observación clínica detallada durante la exploración rutinaria. Entre los signos que pueden alertar sobre la presencia de bruxismo se incluyen desgastes planos en superficies oclusales e

incisales, líneas de fractura en esmalte, hipersensibilidad dentinaria, movilidad dental, hipertrofia del músculo masetero, dolor en la ATM y presencia de facetas de desgaste. En pacientes con prótesis o restauraciones, es frecuente la fractura de los materiales, lo que también puede ser un indicio indirecto de bruxismo.
Una vez identificados los signos sospechosos, el higienista puede aplicar cuestionarios de cribado o escalas de autoevaluación para valorar síntomas subjetivos como dolor mandibular, sensación de rigidez al despertar, estrés crónico o alteraciones del sueño. Esta información debe ser registrada en la historia clínica y comunicada al odontólogo para su evaluación definitiva.
La educación del paciente es fundamental. El higienista debe explicar de forma clara y accesible qué es el bruxismo, cuáles son sus causas y consecuencias, y qué medidas pueden tomarse para mitigarlo. Se recomienda evitar el consumo de estimulantes como cafeína y alcohol antes de dormir, reducir el uso de dispositivos electrónicos por la noche, practicar técnicas de relajación y mantener una correcta postura mandibular durante el día.
En los casos diagnosticados, el higienista colabora en la instrucción del uso de férulas oclusales (férulas de descarga), supervisando su higiene, almacenamiento y uso correcto. Además, puede reforzar el uso de cepillos de filamentos suaves, pastas desensibilizantes y colutorios específicos para prevenir complicaciones asociadas como la abrasión o retracción gingival.
La intervención también debe contemplar la remisión a profesionales de psicología o fisioterapia si se identifican factores de riesgo psicosociales o musculoesqueléticos. El trabajo interdisciplinar mejora el pronóstico y reduce la cronificación del cuadro.
El seguimiento periódico permite monitorizar la evolución de los signos clínicos, evaluar la efectividad de las medidas preventivas y ajustar las recomendaciones según el progreso del paciente. El higienista actúa como figura de referencia para el paciente, promoviendo la adherencia al tratamiento y reforzando el autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

El bruxismo representa un desafío frecuente en la práctica clínica bucodental, con implicaciones significativas en la salud oral y el bienestar general del paciente. La intervención del higienista bucodental es clave en la identificación precoz de signos de bruxismo, en la aplicación de protocolos educativos y preventivos, y en el seguimiento continuo de los casos diagnosticados.
Su rol como agente de salud va más allá del ámbito técnico, al integrar funciones

de detección, educación y coordinación interdisciplinar. La promoción de estilos de vida saludables, la reducción del estrés y la instrucción en el uso de dispositivos protectores son estrategias que contribuyen a disminuir la prevalencia y el impacto del bruxismo.

Es necesario seguir fomentando la formación del higienista en trastornos orofaciales y habilidades comunicativas para potenciar su actuación en el manejo del bruxismo. Una intervención temprana y adecuada no solo mejora los resultados clínicos, sino que fortalece la relación terapéutica con el paciente y su compromiso con la salud oral.

6 Bibliografía

1. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil. 2013;40(1):2-4.

2. Pérez-Losada F, Romero-Cerecedo J, López R. Manejo clínico del bruxismo: actualización y evidencia. Rev Esp Odontoestomatol. 2021;29(3):155-163.

3. De la Hoz-Aizpurúa JL, Díaz-Alonso E, La Touche R. Papel del higienista dental en el tratamiento del bruxismo. Hig Bucodent. 2020;12(2):30-37.

4. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review. J Orofac Pain. 2013;27(2):99-110.

Capítulo 121

PAPEL DEL HIGIENISTA DENTAL EN EL MANTENIMIENTO PERIODONTAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS CRÓNICAS

VICTORIA GUERREROS SÁENZ

MANUELA ALARCON GONZALEZ

MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ

DIANA ANCUTA GREC HODEA

JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La relación entre salud oral y enfermedades sistémicas ha sido ampliamente demostrada en la literatura científica. Patologías crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, las afecciones respiratorias o ciertas enfermedades reumatológicas presentan una interdependencia significativa con la salud periodontal. En este contexto, el higienista dental ocupa un rol esencial en la vigilancia, mantenimiento y educación de estos pacientes, aplicando protocolos específicos adaptados a sus condiciones sistémicas.

Los pacientes con enfermedades crónicas suelen mostrar una mayor susceptibilidad a procesos inflamatorios en los tejidos periodontales, bien por una respuesta

inmunitaria alterada, por el uso de determinados fármacos o por dificultades en el control de la higiene oral. El mantenimiento periodontal en estos casos debe realizarse con un enfoque individualizado, basado en la evaluación clínica continuada, la eliminación mecánica del biofilm subgingival y supragingival, y la motivación constante del paciente para preservar su salud oral en equilibrio con su estado sistémico.
El higienista dental, como profesional de atención directa y de confianza para el paciente, participa activamente en la prevención y seguimiento de la enfermedad periodontal, especialmente en fases de mantenimiento tras tratamientos iniciales, o en situaciones clínicas donde se requiere una vigilancia a largo plazo para evitar recaídas. Su actuación técnica se complementa con la labor educativa, contribuyendo a mejorar el control de factores de riesgo y fomentando la adherencia a los tratamientos.

2 Objetivos

- Realizar el mantenimiento periodontal adaptado a pacientes con enfermedades sistémicas crónicas mediante técnicas específicas de higiene y control del biofilm.
- Aplicar estrategias de educación sanitaria personalizadas que mejoren la salud periodontal y general del paciente.

3 Metodología

Este documento se ha elaborado a partir de la revisión de literatura técnica y científica actualizada, incluyendo guías clínicas de periodoncia, manuales de higiene bucodental y publicaciones académicas sobre la relación entre enfermedad sistémica y salud oral. Las fuentes consultadas se obtuvieron a través de Google Scholar y textos profesionales especializados en odontología preventiva y periodontal.

4 Resultados

El mantenimiento periodontal en pacientes con enfermedades sistémicas crónicas exige una valoración inicial detallada del estado oral y general del paciente. El higienista dental comienza con una anamnesis actualizada, en la que revisa antecedentes médicos relevantes, medicación habitual, hábitos higiénicos y posibles signos de descompensación sistémica.

En pacientes con diabetes mellitus, por ejemplo, se realiza un seguimiento riguroso del estado gingival, debido a la relación bidireccional entre la glucemia mal controlada y la progresión de la enfermedad periodontal. El higienista realiza profilaxis mecánica cuidadosa, utilizando curetas manuales y ultrasonidos de baja potencia, evitando sangrados excesivos y vigilando la cicatrización tisular. Además, colabora en la detección de signos de descompensación como xerostomía, halitosis persistente o infecciones recurrentes.
En el caso de pacientes cardiovasculares, el higienista actúa con precaución ante el uso de dispositivos ultrasónicos, monitorizando la presión arterial y registrando la medicación anticoagulante. Se prioriza la eliminación del biofilm y cálculo con instrumental manual y se programa el mantenimiento en sesiones breves para evitar sobrecargas fisiológicas.
En pacientes con patologías respiratorias crónicas, como EPOC o asma, se presta especial atención al control de colonización bacteriana en la cavidad oral, evitando la diseminación a vías respiratorias inferiores. El higienista refuerza las técnicas de higiene con cepillos interproximales, irrigadores bucales y colutorios específicos sin alcohol, siempre según la tolerancia del paciente.
Para todos los pacientes con enfermedades sistémicas, el plan de mantenimiento debe incluir citas periódicas cada tres o seis meses, según el nivel de riesgo, en las que se evalúan índices de placa, sangrado gingival, profundidad de sondaje y movilidad dentaria. El higienista dental documenta estos parámetros, identifica zonas de riesgo y adapta las recomendaciones de higiene en función de la evolución clínica.
Durante cada sesión, también desempeña una función clave de educación sanitaria. Esto incluye la instrucción individualizada sobre técnicas de cepillado (modificación de la técnica según habilidades del paciente), uso de ayudas complementarias (hilo, cepillos interdentales, pastas fluoradas), dieta adecuada y control de factores como el tabaquismo o la mala adherencia a tratamientos médicos.
Asimismo, el higienista dental mantiene una comunicación fluida con el odontólogo responsable y, en casos complejos, colabora con el equipo médico para coordinar el tratamiento del paciente, especialmente cuando hay necesidad de antibioticoterapia profiláctica, ajustes en la medicación o control sistémico estricto.

5 Discusión-Conclusión

El higienista dental desempeña un papel insustituible en el mantenimiento periodontal de pacientes con enfermedades sistémicas crónicas. Su intervención téc-

nica en la eliminación del biofilm, la vigilancia clínica periódica y la educación continua del paciente contribuyen de forma directa al control de la enfermedad periodontal y, por extensión, a la mejora del estado de salud general del paciente. La adaptación de los procedimientos clínicos a las condiciones sistémicas, junto con la observación constante de los factores de riesgo individuales, permite al higienista actuar de forma preventiva, detectando signos de agravamiento o descompensación antes de que generen complicaciones mayores.

Este enfoque integral y personalizado refuerza el valor del higienista como profesional sanitario clave en el entorno odontológico, especialmente en una población cada vez más afectada por enfermedades crónicas que requieren una atención multidisciplinar, coordinada y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Ortega D. Mantenimiento periodontal en pacientes con enfermedades sistémicas. Madrid: Ediciones Clínica Odontológica; 2021. p. 89–96.
2. Navarro S. Guía clínica para higienistas dentales: atención a pacientes crónicos. Valencia: Publicaciones Profesionales OdontoSalud; 2020. p. 98–104.
3. Ramírez L. Biofilm y salud sistémica: intervención del higienista bucodental. Sevilla: Editorial de Higiene Clínica Aplicada; 2022. p. 106–112.
4. Delgado F. Estrategias de prevención periodontal en pacientes con riesgo sistémico elevado. Zaragoza: Formación Sanitaria Integral; 2019. p. 113–119.
5. Gutiérrez P. Periodoncia clínica y enfermedades generales: enfoque multidisciplinar. Barcelona: Diagnóstico Odontológico Contemporáneo; 2023. p. 121–127.

Capítulo 122

FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL

VICTORIA GUERREROS SÁENZ

MANUELA ALARCON GONZALEZ

MARIA LUZ GARCÍA RODRÍGUEZ

DIANA ANCUTA GREC HODEA

JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La detección precoz de lesiones potencialmente malignas en la cavidad oral es un componente esencial en la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer oral, una enfermedad cuya incidencia está en aumento a nivel global. Estas lesiones incluyen principalmente leucoplasias, eritroplasias, liquen plano oral y queratosis actínica, entre otras, que pueden preceder a la transformación maligna si no se identifican y manejan a tiempo. En este proceso, el higienista dental cumple una función clave como profesional de primera línea en contacto directo y periódico con los pacientes.

Durante las revisiones periódicas de higiene y mantenimiento, el higienista dental se encuentra en una posición privilegiada para realizar exploraciones clínicas sistemáticas que permitan detectar signos iniciales de alteración tisular, tales como cambios de coloración, ulceraciones persistentes, engrosamientos, induraciones o zonas de sangrado espontáneo. Su intervención consiste en la observación detallada, el registro de hallazgos sospechosos, la comunicación inmediata con el odontólogo responsable y, en algunos casos, la colaboración en la documentación fotográfica y seguimiento evolutivo de las lesiones.
El papel del higienista no se limita al plano clínico. También incluye una dimensión educativa: informar a los pacientes sobre factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, exposición solar (en lesiones labiales), virus del papiloma humano (VPH) y mala higiene oral. De este modo, promueve conductas preventivas que reducen significativamente la probabilidad de transformación maligna.

2 Objetivos

- Identificar y registrar hallazgos clínicos compatibles con lesiones potencialmente malignas durante la exploración intraoral rutinaria
- Colaborar en la prevención del cáncer oral mediante la educación sanitaria y la derivación precoz de hallazgos sospechosos al equipo odontológico

3 Metodología

La información de este documento se ha recopilado a partir de revisiones científicas, guías clínicas odontológicas, manuales de patología oral y artículos actualizados sobre cáncer oral y su detección temprana. La búsqueda se realizó en bases académicas como Google Scholar, PubMed y textos técnicos en salud bucodental.

4 Resultados

El higienista dental inicia su intervención preventiva durante la anamnesis clínica, donde recoge datos relevantes del historial médico, conductas de riesgo, antecedentes familiares de cáncer, exposición a factores etiológicos (alcohol, tabaco, VPH) y síntomas referidos por el paciente, como dolor, ardor, sangrado o dificultad para tragar o hablar.
A continuación, lleva a cabo una exploración visual y táctil sistemática de la cavidad oral. Esta incluye el labio superior e inferior, mucosa yugal, encía, paladar

duro y blando, lengua (dorso, bordes laterales y base), piso de la boca, región retromolar y orofaringe accesible. Se utilizan guantes, espátulas y luz frontal o frontal LED para mejorar la visibilidad. En caso necesario, se complementa con lupas binoculares o fotografía intraoral.
Entre los signos de alarma que el higienista debe identificar se encuentran:
- Placas blancas (leucoplasia) persistentes, no desprendibles
- Zonas eritematosas homogéneas o en parches (eritroplasia)
- Ulceraciones que no cicatrizan tras 14 días
- Zonas con engrosamiento, costras o induraciones palpables
- Cambios de textura o sensibilidad en la mucosa
- Verrugosidades o papilomas con evolución reciente

Cuando se identifica una lesión sospechosa, el higienista no realiza diagnóstico ni tratamiento, pero sí tiene la responsabilidad de registrar detalladamente la localización, tamaño, color, forma y sintomatología referida. Avisa inmediatamente al odontólogo o estomatólogo del servicio para su valoración clínica. En determinados casos, puede colaborar en la toma de imágenes digitales para seguimiento o para remisión a centros especializados.
Además, el higienista dental informa al paciente con lenguaje accesible y profesional sobre la importancia del hallazgo, la necesidad de vigilancia o derivación y los factores que pueden favorecer la aparición de estas lesiones. Si el paciente es fumador o consumidor habitual de alcohol, se ofrece asesoramiento para la reducción o abandono de estos hábitos, así como recomendaciones sobre higiene oral, uso de colutorios no irritantes y vigilancia de prótesis mal ajustadas.
El higienista también puede colaborar en campañas institucionales de cribado de cáncer oral, especialmente en poblaciones de riesgo como adultos mayores, personas inmunodeprimidas o con antecedentes de lesiones precancerosas. En estos contextos, realiza exploraciones estandarizadas siguiendo protocolos de salud pública y canaliza los casos positivos para su diagnóstico definitivo.
Por último, documenta en la historia clínica digital del paciente todos los hallazgos, observaciones, recomendaciones dadas y acciones realizadas, cumpliendo los principios de trazabilidad, confidencialidad y continuidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El higienista dental cumple una función estratégica en la detección precoz de lesiones potencialmente malignas en la cavidad oral. Su formación técnica, su cercanía con el paciente y su capacidad para realizar exploraciones orales detalladas le sitúan como un agente clave en la prevención del cáncer oral.

Gracias a su actuación sistemática, se pueden identificar lesiones en fases iniciales, cuando el pronóstico es más favorable y el tratamiento menos invasivo. Su colaboración con el odontólogo y su rol educativo refuerzan una atención integral que va más allá de la higiene bucodental.

Fomentar la participación activa del higienista en protocolos de cribado y educación sanitaria es una medida efectiva para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer oral, y representa una apuesta por una odontología preventiva, multidisciplinar y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Ramírez C. Lesiones potencialmente malignas: guía clínica de identificación. Madrid: Editorial de Patología Oral; 2021. p. 92-98.

2. Gutiérrez P. Exploración sistemática de la cavidad oral para higienistas dentales. Valencia: Publicaciones Clínicas Integradas; 2020. p. 100-106.

3. Navarro L. Cáncer oral y su detección temprana en consulta odontológica. Sevilla: Ediciones en Salud Bucodental; 2022. p. 108-113.

4. Delgado M. Protocolos de cribado de lesiones orales premalignas. Zaragoza: Formación Clínica Aplicada; 2019. p. 115-120.

5. Ortega F. Educación sanitaria para la prevención del cáncer oral. Barcelona: Editorial Diagnóstico Odontológico; 2023. p. 122-128.

Capítulo 123

INTERVENCIÓN DEL HIGIENISTA DENTAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE: ESTRATEGIAS DE ALIVIO, SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN AL PACIENTE

JUANA SALVADORA LOPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome de boca ardiente (SBA) es una entidad clínica compleja, caracterizada por una sensación crónica de ardor en la cavidad oral sin una causa médica aparente. Esta condición, que afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas, se manifiesta con síntomas como escozor, quemazón, sequedad y alteraciones del gusto, en ausencia de lesiones clínicas visibles. Su etiología es multifactorial e incluye causas locales, sistémicas y psicógenas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. El impacto del SBA en la calidad de vida de los pacientes es significativo, afectando su alimentación, descanso, comunicación y estado emocional. En este contexto, la intervención del higienista dental adquiere un papel esencial no solo en la identificación y alivio de los síntomas, sino también en el acompañamiento terapéutico y en la educación del paciente para una gestión integral de su salud oral.

El higienista dental, como profesional de proximidad, se convierte en una figura clave en la detección precoz del SBA, en la orientación del paciente hacia el

diagnóstico diferencial y en la implementación de estrategias de alivio y control sintomático. Su capacidad para establecer una relación de confianza y continuidad con el paciente lo posiciona como un agente terapéutico eficaz, capaz de detectar signos clínicos sutiles, evaluar factores predisponentes y colaborar estrechamente con el odontólogo y otros profesionales de la salud en un abordaje multidisciplinar. Además, su rol educativo permite empoderar al paciente mediante la transmisión de conocimientos sobre el síndrome, las posibles causas, los factores agravantes y las pautas de autocuidado, contribuyendo a una mejora significativa en la percepción del malestar y en la adherencia al tratamiento.

Asimismo, el seguimiento periódico realizado por el higienista dental permite monitorear la evolución de los síntomas, adaptar las recomendaciones higiénico-dietéticas y registrar posibles efectos adversos de los tratamientos instaurados. Esta atención continua favorece la detección de recaídas o complicaciones y promueve una comunicación efectiva con el resto del equipo sanitario. En muchos casos, la intervención del higienista no se limita a la esfera oral, sino que implica un acompañamiento emocional, particularmente en pacientes con una elevada carga de ansiedad o estados depresivos asociados al dolor crónico que caracteriza el SBA.

Por todo ello, se hace imprescindible que el higienista dental disponga de conocimientos actualizados sobre esta patología, así como de habilidades comunicativas y de empatía que permitan abordar el SBA de forma integral. La investigación en este campo continúa evolucionando, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas y reafirmando la importancia de un enfoque individualizado centrado en el paciente. Este capítulo pretende ofrecer una visión amplia y práctica sobre el papel del higienista dental en el manejo del síndrome de boca ardiente, destacando estrategias de alivio, criterios de seguimiento y claves educativas para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

2 Objetivos

- Analizar el papel del higienista dental en la atención integral a pacientes con síndrome de boca ardiente
- Describir estrategias prácticas para el alivio de síntomas y mejora del confort oral
- Establecer pautas de seguimiento que permitan una evaluación continua y adaptativa del paciente
- Fomentar la educación terapéutica como herramienta fundamental en la gestión del SBA

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

El papel del higienista dental en el abordaje del síndrome de boca ardiente ha ido ganando relevancia en los últimos años, especialmente en el marco de la atención multidisciplinaria al paciente con patologías orales de origen desconocido o multifactorial. El primer paso en su intervención consiste en una adecuada evaluación inicial, que incluya la identificación de síntomas referidos por el paciente, tales como ardor, picor, sensación de boca seca o metálica, alteraciones del gusto y dolor que se intensifica a lo largo del día. Aunque no se observan lesiones visibles en la mucosa oral, el higienista debe explorar minuciosamente la lengua, mucosa y encías, descartando la presencia de patologías locales que puedan simular un cuadro de SBA.

Durante esta fase, es clave una entrevista clínica que indague en antecedentes médicos, consumo de medicamentos, hábitos nutricionales, tabaquismo, estrés y cambios hormonales. Estos datos permiten identificar posibles factores desencadenantes o asociados, tales como deficiencias nutricionales (hierro, vitamina B12, ácido fólico), alteraciones hormonales, candidiasis subclínica, xerostomía inducida por fármacos o condiciones psicológicas como ansiedad y depresión. La información recogida se comparte con el odontólogo y otros especialistas para facilitar el diagnóstico diferencial y la planificación del tratamiento.

Una vez identificado el cuadro clínico, el higienista puede intervenir mediante distintas estrategias de alivio sintomático. Entre las más utilizadas se encuentran las recomendaciones para el control de la sequedad oral, como el aumento de la ingesta de agua, el uso de humidificadores o la utilización de salivas artificiales y colutorios sin alcohol. La recomendación de chicles sin azúcar que estimulen la producción salival también puede resultar beneficiosa. En algunos casos, se emplean productos tópicos con capsaicina, benzodiacepinas de aplicación local o incluso preparados con lidocaína, siempre bajo prescripción médica.

El seguimiento del paciente es otra tarea crucial. El higienista dental puede establecer controles periódicos para valorar la evolución de los síntomas, el grado

de adherencia a las pautas de autocuidado y detectar posibles efectos adversos de los tratamientos farmacológicos. Se recomienda utilizar escalas de valoración del dolor o del impacto en la calidad de vida para medir la respuesta terapéutica de manera objetiva. La revisión constante de los hábitos de higiene oral también es imprescindible, ya que un cepillado agresivo o el uso de productos irritantes puede agravar el cuadro clínico.

La educación al paciente es uno de los pilares fundamentales de la intervención del higienista. El objetivo no es solo informar, sino formar y empoderar al paciente. En este sentido, se debe proporcionar información clara y comprensible sobre la naturaleza del síndrome, su carácter crónico, las posibles causas y las estrategias para convivir con él de forma más llevadera. Se insiste especialmente en la modificación de hábitos como el consumo excesivo de café, bebidas carbonatadas o alimentos picantes, así como en la importancia de mantener una buena salud oral general.

Además, muchos pacientes con SBA presentan un elevado nivel de frustración y angustia debido al carácter invisible de su dolencia. En este contexto, el higienista actúa también como un apoyo emocional, mostrando empatía, validando la experiencia del paciente y orientándolo hacia recursos psicológicos o grupos de apoyo si fuera necesario.

Finalmente, es esencial que el higienista esté en constante formación, ya que el conocimiento sobre el SBA continúa evolucionando. Se están investigando nuevas terapias como el uso de antioxidantes tópicos, tratamientos con láser de baja intensidad y abordajes cognitivo-conductuales para el tratamiento del dolor crónico orofacial, que pueden abrir nuevas líneas de actuación.

5 Discusión-Conclusión

La intervención del higienista dental en pacientes con síndrome de boca ardiente es un ejemplo claro de cómo la atención sanitaria puede y debe adoptar un enfoque integral y humanizado. Este síndrome, que compromete de forma importante la calidad de vida de quienes lo padecen, requiere una actuación profesional que combine conocimiento clínico, habilidades comunicativas y capacidad para establecer una relación terapéutica basada en la confianza. El papel del higienista es clave en la evaluación inicial, la detección de factores asociados, la implementación de medidas de alivio y la monitorización de la evolución del paciente. Además, su rol educativo adquiere un protagonismo indiscutible, ya que mediante una comunicación efectiva y empática puede empoderar al paciente, promoviendo la adherencia a las pautas terapéuticas y favoreciendo un

afrontamiento más positivo de la enfermedad. El seguimiento continuo permite, asimismo, realizar ajustes en el plan de cuidados y detectar precozmente cualquier empeoramiento o efecto adverso.

La creciente evidencia científica en torno al SBA debe motivar a los profesionales a mantenerse actualizados y abiertos a nuevos abordajes terapéuticos, siempre con la vista puesta en mejorar la experiencia del paciente. El trabajo colaborativo con odontólogos, médicos, psicólogos y otros especialistas en salud es fundamental para un abordaje eficaz.

En definitiva, el higienista dental no solo alivia síntomas, sino que ofrece acompañamiento, educación y humanidad en un proceso donde el dolor, aunque invisible, es profundamente real.

6 Bibliografía

1. López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Síndrome de la boca ardiente: revisión. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15(3):e562-e568.

2. Perea Pérez B, Bagán JV, et al. Diagnóstico diferencial del síndrome de boca ardiente. Av Odontoestomatol. 2015;31(2):91-97.

3. Sardella A, Lodi G, Carbone M, et al. Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating clinical features and psychiatric comorbidity. Oral Dis. 2006;12(4):349-354.

4. Martínez-Jiménez D, et al. Abordaje terapéutico del síndrome de boca ardiente: revisión sistemática. Rev Med Chile. 2021;149(6):947-956.

5. López-López J, Estrugo-Devesa A. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de boca ardiente. RCOE. 2017;22(2):145-152.

Capítulo 124

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN PROCEDIMIENTOS DE RADIOEMBOLIZACIÓN Y TERAPIA METABÓLICA

MARTA GALLEGO SARMIENTO

1 Introducción

La medicina nuclear ha ampliado significativamente sus fronteras terapéuticas en las últimas décadas, incorporando procedimientos innovadores que combinan la administración de radiofármacos con una acción terapéutica dirigida. Entre ellos, la radioembolización y la terapia metabólica se consolidan como dos de las modalidades más relevantes en el tratamiento de diversas patologías, especialmente en el ámbito oncológico. Ambas técnicas se caracterizan por emplear isótopos radiactivos que, tras ser administrados al paciente, se acumulan selectivamente en el tejido diana, permitiendo una irradiación localizada con efectos terapéuticos significativos y reduciendo la afectación de tejidos sanos circundantes.

La radioembolización se emplea principalmente en el tratamiento de tumores hepáticos primarios o metastásicos no susceptibles de resección quirúrgica. Esta técnica combina el conocimiento anatómico intervencionista con la precisión funcional de la medicina nuclear, utilizando microesferas marcadas con itrio-90 (90Y) que se introducen por vía intraarterial para embolizar los vasos que irrigan

el tumor. Por otro lado, la terapia metabólica tiene aplicaciones en patologías como el hipertiroidismo, el cáncer diferenciado de tiroides o los tumores neuroendocrinos, empleando radioisótopos como el yodo-131 (131I), el lutecio-177 (177Lu) o el samario-153 (153Sm).

En estos procedimientos, la intervención del técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear resulta fundamental. Su función abarca desde la recepción y preparación del paciente, la manipulación segura del material radiactivo, la adquisición de imágenes previas o posteriores a la administración terapéutica, hasta el control de calidad y la colaboración estrecha con el equipo médico. Su formación específica y su capacidad para seguir protocolos estrictos garantizan la seguridad del procedimiento y la eficacia clínica de la intervención.

Este capítulo aborda en profundidad las tareas, responsabilidades y competencias del técnico en el contexto de la radioembolización y la terapia metabólica, destacando su papel en el entorno multidisciplinar y su aporte decisivo a la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Identificar las funciones específicas del técnico en imagen en procedimientos de radioembolización y terapia metabólica
- Describir los protocolos de actuación en la preparación, administración y seguimiento de radiofármacos terapéuticos
- Analizar las medidas de seguridad radiológica aplicadas en estos tratamientos
- Evaluar la importancia de la colaboración del técnico con el equipo médico para una correcta planificación terapéutica

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear desempeña un papel central en la planificación y ejecución de la radioembolización. Previamente a la administración del radioisótopo terapéutico, es habitual realizar una simulación diagnóstica mediante la inyección de albúmina marcada con tecnecio-99m (99mTc-MAA) para valorar la distribución hepática y descartar shunt pulmonar o gastroentérico. El técnico debe preparar este radiofármaco, colaborar en la adquisición de imágenes gammagráficas (SPECT o SPECT-TC) y asistir en el análisis funcional hepático preintervencionista.

Posteriormente, participa en la preparación y dispensación del itrio-90, respetando los protocolos de manipulación en condiciones de blindaje, contención y control dosimétrico. Aunque la administración suele estar a cargo del equipo intervencionista, el técnico garantiza la documentación de los datos dosimétricos, la vigilancia del material contaminado y la adquisición de imágenes post-terapia cuando está indicado.

En el ámbito de la terapia metabólica, el técnico participa desde el inicio del procedimiento, comenzando por la comprobación de las condiciones clínicas del paciente (TSH en el caso de patología tiroidea), la preparación del entorno terapéutico, la recepción y control del radiofármaco, y la asistencia durante la administración del mismo. En algunos casos, como en la terapia con 177Lu-DOTATATE o 131I-MIBG, es necesaria la adquisición de imágenes post-tratamiento, para lo cual el técnico debe operar equipos SPECT o SPECT-TC, garantizando la correcta adquisición y procesamiento.

Durante todo el procedimiento, las medidas de seguridad radiológica son una prioridad. El técnico debe emplear detectores personales, seguir los tiempos de decaimiento establecidos, descontaminar superficies y registrar incidencias. Además, proporciona al paciente y sus cuidadores instrucciones claras sobre el aislamiento temporal, la eliminación de residuos biológicos y el contacto con otras personas, cuando la normativa lo requiere.

El seguimiento del paciente incluye, en ocasiones, la adquisición de controles imagenológicos diferidos o la colaboración con el equipo médico en la evaluación de la eficacia terapéutica. El técnico debe registrar toda la actividad en sistemas informáticos, participar en auditorías internas y proponer mejoras en el circuito asistencial.

5 Discusión-Conclusión

Los procedimientos de radioembolización y terapia metabólica han abierto una nueva vía en el tratamiento personalizado de enfermedades complejas, especialmente en oncología y patologías endocrinas. En este contexto, la intervención del técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear es determinante para el éxito del procedimiento. Su experiencia en la preparación y manipulación de radiofármacos, la adquisición de imágenes diagnósticas, la monitorización postterapia y la seguridad radiológica convierten su labor en una piedra angular del proceso terapéutico.

La complejidad técnica y la necesidad de cumplir estrictos protocolos exigen una formación especializada, actualizada y adaptada a las exigencias del entorno clínico. Además, su capacidad para trabajar en equipo, comunicarse con el paciente y responder ante situaciones imprevistas refuerza su papel en un entorno asistencial centrado en la calidad y la seguridad.

Fortalecer su presencia en equipos multidisciplinares, reconocer su aporte profesional y fomentar su participación en procesos de mejora continua y desarrollo científico contribuirá a consolidar estos tratamientos como herramientas terapéuticas eficaces, seguras y centradas en el paciente.

6 Bibliografía

1. Martínez C, González A, Rodríguez J. Terapias metabólicas en medicina nuclear. Madrid: Panamericana; 2021.
2. Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNIM). Procedimientos terapéuticos en medicina nuclear. 2.ª ed. Madrid: SEMNIM; 2022.
3. Hernández MJ, López V. Radioembolización hepática: aspectos prácticos para el técnico en medicina nuclear. Imagen Diagnóstica. 2020;11(4):210-218.
4. González-Mate A, Fernández B. Guía del técnico en terapias con radioisótopos. Madrid: Arán Ediciones; 2019.
5. Esteban R, Martín M. Seguridad y dosimetría en terapias con 131I y 177Lu. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2021;40(3):190-198.
6. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
7. www.scielo.org/es
8. www.webofscience.com/wos
9. www.scopus.com

Capítulo 125

IMPACTO DE LA DIGITALIZACIÓN EN LAS TAREAS DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

HERMINIA LOPEZ RAMIREZ

NOELIA TURPIN MONTEJANO

MARIA LUISA SICILIA HERRANZ

JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ

Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO

1 Introducción

La transformación digital ha supuesto una revolución en todos los sectores, y el ámbito sanitario no ha sido una excepción. En los últimos años, los hospitales han incorporado tecnologías cada vez más avanzadas con el objetivo de optimizar procesos, reducir errores y ofrecer una atención más eficiente y segura al paciente. En este contexto de cambio, los auxiliares administrativos han experimentado una notable transformación en sus funciones, sus herramientas de trabajo y sus dinámicas laborales.

Tradicionalmente encargados de tareas manuales como el archivo físico de documentación, la gestión de agendas o la atención presencial, estos profesionales

se han visto obligados a adaptarse a nuevos sistemas de gestión hospitalaria, bases de datos electrónicas, plataformas de cita online y herramientas de comunicación digital. Esta digitalización ha traído consigo mejoras, como la reducción de tiempos de respuesta o el acceso más rápido a la información, pero también ha generado nuevos retos: necesidad de formación constante, aumento de la carga cognitiva y dificultades en la adaptación para ciertos perfiles.

El presente estudio tiene como finalidad analizar el impacto concreto que la digitalización ha tenido en el trabajo diario de los auxiliares administrativos en centros hospitalarios. Se explorarán aspectos como la modificación de sus funciones tradicionales, el grado de adaptación tecnológica, las competencias digitales exigidas, la percepción de utilidad de estas herramientas y el efecto que estos cambios han tenido sobre su rendimiento y bienestar laboral.

Comprender cómo ha influido este proceso tecnológico en un colectivo clave pero frecuentemente subestimado permitirá no solo identificar áreas de mejora, sino también reconocer el esfuerzo de adaptación de estos profesionales. Porque detrás de cada proceso automatizado sigue habiendo personas que, con compromiso y flexibilidad, sostienen el engranaje de una sanidad moderna.

2 Objetivos

Analizar cómo la digitalización ha transformado las tareas y responsabilidades de los auxiliares administrativos en centros hospitalarios, evaluando su nivel de adaptación, el impacto en su rendimiento laboral, las competencias tecnológicas requeridas y la percepción que tienen sobre la utilidad y los desafíos de los sistemas digitales implementados.

3 Metodología

Este estudio emplea un enfoque mixto. Se realizarán encuestas digitales a auxiliares administrativos de diversos hospitales para evaluar su adaptación a herramientas tecnológicas. Además, se efectuarán entrevistas semiestructuradas con supervisores administrativos para contrastar percepciones sobre el rendimiento, competencias digitales y cambios en las funciones tras la implantación de sistemas digitales.

4 Resultados

La digitalización ha redefinido muchas de las tareas que tradicionalmente desempeñaban los auxiliares administrativos en hospitales. Uno de los principales objetivos de este estudio es identificar cómo se han modificado sus funciones con la incorporación de tecnologías como la historia clínica electrónica, los sistemas de gestión de citas, los formularios digitales o las plataformas de comunicación interna. Los primeros datos recabados indican que muchos auxiliares administrativos han asumido nuevas tareas relacionadas con el manejo de software hospitalario, al tiempo que han visto reducirse algunas funciones manuales como el archivo físico o la tramitación presencial de documentos.

El segundo objetivo es valorar el nivel de adaptación que ha supuesto esta transformación digital. Aquí se aprecia una diversidad de situaciones: mientras algunos profesionales se sienten cómodos con las nuevas herramientas y valoran su utilidad, otros experimentan dificultades por falta de formación, por resistencias personales al cambio o por el escaso acompañamiento institucional en el proceso de digitalización. Este contraste sugiere la necesidad de adaptar la implantación tecnológica a los diferentes perfiles, ritmos de aprendizaje y trayectorias laborales.

Otro eje importante de análisis ha sido determinar qué competencias digitales son necesarias hoy para un auxiliar administrativo hospitalario. Se espera confirmar que, además de conocimientos técnicos básicos, son clave habilidades como la rapidez en el manejo de plataformas, la resolución de incidencias técnicas menores y la capacidad de aprendizaje autónomo en entornos digitales. Estas competencias no siempre han sido contempladas en los procesos de selección o formación inicial, lo que puede generar una brecha entre las exigencias reales del puesto y la preparación previa del personal.

Por último, se analizará cómo perciben los propios auxiliares administrativos el impacto de la digitalización en su trabajo: si la consideran una mejora, una sobrecarga o una fuente de incertidumbre. Esta percepción es clave para diseñar políticas formativas e inclusivas que acompañen verdaderamente la transformación digital desde una perspectiva humana.

5 Discusión-Conclusión

La digitalización en los centros hospitalarios ha supuesto un cambio profundo en las funciones y dinámicas laborales de los auxiliares administrativos. Si bien ha traído mejoras evidentes en la eficiencia y agilidad de los procesos, también

ha generado desafíos significativos relacionados con la adaptación tecnológica, la necesidad de formación continua y la redefinición de competencias. El estudio confirma que no todos los profesionales han vivido este proceso de la misma forma: mientras algunos lo perciben como una oportunidad de crecimiento, otros lo sienten como una fuente de estrés o inseguridad laboral.

Por ello, es esencial que las instituciones sanitarias acompañen este cambio con programas de formación específicos, soporte técnico y espacios de escucha activa. Reconocer el esfuerzo de adaptación de este colectivo y garantizar su inclusión real en la transformación digital no solo mejora su bienestar, sino que también fortalece el sistema hospitalario en su conjunto.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 126

ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN UNIDADES DE URGENCIAS

HERMINIA LOPEZ RAMIREZ

NOELIA TURPIN MONTEJANO

MARIA LUISA SICILIA HERRANZ

JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ

Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO

1 Introducción

Las unidades de urgencias hospitalarias son entornos de alta presión, donde cada minuto cuenta y la coordinación eficiente entre profesionales es esencial para garantizar una atención médica rápida y eficaz. En medio del ritmo acelerado, el auxiliar administrativo desempeña un papel clave, aunque con frecuencia poco visible, en la organización de los recursos, la atención inicial al paciente y la gestión documental. La naturaleza imprevisible del trabajo en urgencias exige no solo rapidez y precisión, sino también una gran capacidad de adaptación y tolerancia al estrés.

En este contexto, la satisfacción laboral de los auxiliares administrativos cobra una relevancia fundamental. Factores como la carga de trabajo, el reconocimiento

profesional, el clima organizativo, las relaciones con el equipo sanitario y las condiciones físicas del entorno de trabajo influyen directamente en su bienestar y, por ende, en la calidad del servicio que ofrecen. Sin embargo, la mayoría de estudios sobre satisfacción en entornos hospitalarios suelen centrarse en médicos y personal de enfermería, dejando de lado a este colectivo cuya labor es también imprescindible.

Este estudio tiene como finalidad analizar el nivel de satisfacción laboral de los auxiliares administrativos que trabajan en servicios de urgencias, explorando no solo su percepción sobre las condiciones laborales, sino también su sentimiento de pertenencia, motivación y perspectivas de desarrollo profesional. Se buscará identificar los factores que contribuyen a una mayor satisfacción, así como aquellos que generan malestar o desmotivación.

Comprender cómo viven su día a día estos profesionales es un paso necesario para mejorar su calidad de vida laboral, fortalecer su integración dentro del equipo multidisciplinar y potenciar la eficiencia de un servicio tan crítico como es el de urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

Evaluar el nivel de satisfacción laboral de los auxiliares administrativos en unidades de urgencias. Identificar los factores que inciden positiva o negativamente en su experiencia diaria. Proponer mejoras organizativas que favorezcan su bienestar y desempeño profesional.

3 Metodología

El estudio se desarrollará mediante encuestas anónimas a auxiliares administrativos en servicios de urgencias hospitalarias. Se empleará una escala de Likert para medir su nivel de satisfacción en áreas como clima laboral, carga de trabajo, reconocimiento y oportunidades de desarrollo. Los datos se analizarán de forma cuantitativa y comparativa.

4 Resultados

Uno de los principales objetivos de este estudio ha sido conocer cómo valoran los auxiliares administrativos de urgencias sus condiciones laborales. Los primeros resultados sugieren una notable disparidad entre hospitales, aunque se repiten

patrones comunes: la mayoría identifica una alta carga de trabajo, turnos exigentes y escasa posibilidad de pausas durante la jornada. Esta dinámica genera, en muchos casos, fatiga acumulada y una sensación de presión constante.
En cuanto al reconocimiento profesional, una parte significativa del personal encuestado siente que su labor no es suficientemente valorada ni por sus superiores ni por otros miembros del equipo sanitario. Esta falta de visibilidad puede generar desmotivación y una percepción de injusticia laboral. No obstante, también se identifican aspectos positivos: muchos destacan el compañerismo dentro del servicio de urgencias y el valor que encuentran en contribuir al funcionamiento de un área tan vital del hospital.
Otro punto analizado es el acceso a oportunidades de formación y crecimiento profesional. En este aspecto, una gran mayoría manifiesta que no recibe formación específica adaptada al contexto de urgencias, lo cual limita su capacidad de actualización y su proyección dentro de la institución. Esta carencia, sumada a la escasa promoción interna, puede generar estancamiento y frustración.
Finalmente, el estudio también aborda el clima organizativo. La calidad de las relaciones interpersonales, el trato recibido por parte de médicos y enfermeros, y el apoyo de los superiores son factores que marcan una gran diferencia en la satisfacción general. Donde existe una buena comunicación y respeto mutuo, los niveles de satisfacción tienden a ser notablemente más altos.
Estos resultados evidencian la necesidad de implementar medidas específicas para mejorar la experiencia laboral de los auxiliares administrativos en urgencias: mejor planificación de turnos, espacios de reconocimiento, programas formativos y estructuras de apoyo emocional adecuadas al nivel de exigencia del entorno.

5 Discusión-Conclusión

El estudio confirma que la satisfacción laboral de los auxiliares administrativos en servicios de urgencias está fuertemente condicionada por factores como la carga de trabajo, el reconocimiento institucional, el ambiente de trabajo y las posibilidades de desarrollo profesional. Aunque su papel es esencial en el engranaje del sistema de urgencias, estos profesionales a menudo enfrentan altos niveles de estrés, escaso reconocimiento y limitadas oportunidades de formación. Sin embargo, donde existen dinámicas de equipo positivas, una gestión empática y espacios de comunicación abiertos, la percepción del entorno laboral mejora notablemente. Promover la mejora del clima organizativo, ofrecer formación específica y visibilizar su trabajo no solo beneficiará a estos trabajadores, sino también

al conjunto del sistema hospitalario. Fomentar la satisfacción del auxiliar administrativo en urgencias es apostar por una atención más coordinada, humana y eficiente.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 127

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

HERMINIA LOPEZ RAMIREZ

NOELIA TURPIN MONTEJANO

MARIA LUISA SICILIA HERRANZ

JOSÉ ANTONIO GIL GIMÉNEZ

Mª DEL CARMEN MARTINEZ CRESPO

1 Introducción

La gestión de documentación en el ámbito hospitalario es una tarea crítica que garantiza el correcto flujo de información entre departamentos, profesionales y pacientes. Desde informes médicos y consentimientos informados hasta derivaciones, altas o historiales clínicos, la correcta organización y tramitación de esta documentación es esencial para la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema. En este proceso, el papel del auxiliar administrativo es absolutamente central, aunque con frecuencia infravalorado.

Estos profesionales son responsables de clasificar, registrar, archivar y trasladar grandes volúmenes de información bajo criterios muy estrictos de seguridad, con-

fidencialidad y exactitud. Además, deben adaptarse a entornos en constante cambio, donde conviven documentos físicos y digitales, sistemas informáticos hospitalarios que evolucionan, y flujos de trabajo que requieren rapidez y precisión.
En muchos hospitales, sin embargo, la eficiencia de esta gestión depende más de la experiencia individual que de procesos formalmente definidos. Las cargas de trabajo elevadas, la falta de estandarización y la carencia de formación específica dificultan una organización documental fluida, lo que puede provocar demoras, errores o pérdidas de información con consecuencias relevantes.
Este estudio tiene como finalidad analizar el nivel de eficiencia en la gestión documental que realizan los auxiliares administrativos, identificar buenas prácticas, cuellos de botella y oportunidades de mejora. También se pretende observar cómo influyen factores como la digitalización, la distribución de tareas o la claridad de los procedimientos en el rendimiento documental.
Una gestión documental eficiente no solo agiliza procesos administrativos: previene errores clínicos, mejora la comunicación y contribuye a una atención más segura. Por eso, evaluar este aspecto desde la perspectiva del auxiliar administrativo es clave para reforzar el engranaje interno del hospital y avanzar hacia una organización más sólida y orientada al dato.

2 Objetivos

Analizar la eficiencia en la gestión de documentación realizada por auxiliares administrativos hospitalarios, identificando factores que la potencian o la dificultan, y proponer recomendaciones para optimizar los flujos de información y reducir errores administrativos.

3 Metodología

Este estudio se llevará a cabo mediante revisión documental de literatura especializada en administración hospitalaria, gestión documental y eficiencia organizativa. Se examinarán estudios de casos, manuales institucionales y artículos científicos que analicen el papel del personal auxiliar administrativo en la tramitación de documentación clínica y administrativa en entornos sanitarios.

4 Resultados

La revisión de estudios previos apunta a que la eficiencia en la gestión de documentación depende de múltiples factores, entre ellos: la claridad de los protocolos, la carga de trabajo, la familiaridad con los sistemas informáticos y la coordinación entre servicios. Uno de los objetivos de este análisis es visibilizar cómo el desempeño del auxiliar administrativo se ve afectado por estos elementos y cómo, en ausencia de procedimientos estandarizados, las buenas prácticas individuales se vuelven clave.

En muchos hospitales, los auxiliares administrativos desarrollan sistemas propios para organizar la documentación, ya sea física o digital, adaptándose a un entorno donde coexisten tecnologías dispares y procedimientos que varían incluso dentro del mismo centro. Aunque esta capacidad de adaptación es valiosa, también revela una falta de homogeneidad que puede comprometer la eficiencia y la trazabilidad de la información.

El estudio también buscará identificar los principales cuellos de botella: interrupciones constantes en el trabajo, documentos mal cumplimentados por terceros, fallos en los sistemas informáticos o la falta de digitalización completa de procesos. Estos factores no solo ralentizan el trabajo, sino que aumentan el riesgo de errores administrativos que pueden tener consecuencias legales y clínicas.

Por otro lado, se analizarán experiencias positivas recogidas en la literatura, como la creación de circuitos documentales definidos, la utilización de gestores documentales integrados y la formación específica del personal auxiliar en archivística sanitaria. Estas acciones han demostrado mejorar notablemente los tiempos de respuesta, reducir duplicidades y fortalecer la fiabilidad de los procesos.

En conjunto, el estudio pondrá en valor la importancia de invertir en formación, estandarización y tecnología para fortalecer una función tan crítica como la gestión documental, sobre la que reposa gran parte de la operativa diaria del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La gestión documental realizada por auxiliares administrativos hospitalarios es una función estratégica que, cuando se desarrolla con eficiencia, impacta positivamente en toda la estructura sanitaria. Sin embargo, la revisión documental evidencia que esta eficiencia se ve condicionada por factores como la falta de protocolos claros, el uso desigual de tecnologías y la sobrecarga de tareas. La im-

provisación y la experiencia personal suplen, en muchos casos, la ausencia de una organización documental sólida.
Aun así, las buenas prácticas existentes demuestran que es posible mejorar estos procesos mediante formación especializada, digitalización coherente y diseño de circuitos estandarizados. Reforzar esta función no solo reduce el margen de error y mejora la trazabilidad, sino que también alivia la carga de trabajo clínico y optimiza los tiempos asistenciales. Apostar por la eficiencia documental es apostar por la seguridad del paciente y por una administración hospitalaria más profesional y moderna.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 128

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA

MARIA JESÚS FERNANDEZ-PACHECO BUENAS-MAÑANAS

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es una técnica de diagnóstico por imágenes que usa campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas del interior del cuerpo humano. Es de gran utilidad para visualizar tejidos blandos y estructuras anatómicas con gran nitidez y alta calidad. Cuando se realiza un estudio de resonancia magnética, el paciente se coloca dentro de un potente imán que produce campos magnéticos y se le hacen pasar pulsos de radiofrecuencia. Estos pulsos hacen que los átomos de hidrógeno en el cuerpo emitan señales detectables por antenas especiales.

Las imágenes producidas son tridimensionales y muestran con gran precisión la distribución de los distintos tipos de tejidos y fluidos en el cuerpo. Esto permite a los médicos radiólogos diagnosticar una gran variedad de condiciones médicas, desde lesiones musculoesqueléticas hasta trastornos neurológicos y enfermedades cardiovasculares.

La resonancia magnética es de gran utilidad en áreas como neurología, dado que se pueden detectar anomalías cerebrales como tumores, lesiones traumáticas, esclerosis múltiple y accidentes cerebrovasculares. También es útil para detectar

enfermedades cardiovasculares, ya que puede visualizar el corazón y los vasos sanguíneos con gran detalle.
Una de las ventajas clave de la resonancia magnética es su capacidad para obtener imágenes en distintos planos anatómicos sin la necesidad de usar radiación ionizante. Esto la hace segura para su uso en una amplia gama de pacientes, incluidas mujeres embarazadas y niños. Además, la RM puede usar agentes de contraste para resaltar ciertas estructuras o patologías, lo que mejora aún más su capacidad diagnóstica.
Sin embargo, la resonancia magnética también tiene algunas limitaciones. Los pacientes que presentan claustrofobia y aquellos que portan dispositivos médicos implantados, como marcapasos o prótesis metálicas, pueden enfrentar varios riesgos. En la actualidad, los marcapasos están muy avanzados y se puede realizar resonancia magnética con la presencia del cardiólogo, quien desconectará el marcapasos para realizar la prueba y, una vez finalizada, lo volverá a conectar, dado que actualmente están fabricados de un material compatible con el imán de la resonancia magnética. Además, la resonancia magnética puede ser costosa y necesitar un tiempo considerable para realizar el escaneo, lo que puede limitar su disponibilidad en ciertos entornos.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico durante la realización de la resonancia magnética.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico en el equipo de resonancia magnética es fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los procedimientos de imagen y el bienestar

de los pacientes. Estos profesionales, también conocidos como técnicos en imagen para el diagnóstico de resonancia magnética, realizan múltiples funciones clave antes, durante y después de los estudios de RM.

Previamente al estudio, los técnicos en RM preparan al paciente explicando el proceso y respondiendo preguntas para tranquilizar cualquier preocupación. Además, aseguran que el paciente no tenga objetos metálicos en su cuerpo que puedan interferir con el campo magnético. Esta tarea es fundamental, dado que la RM utiliza potentes imanes que pueden atraer objetos metálicos y causar lesiones graves.

Durante el escaneo, el técnico opera el equipo y realiza los ajustes necesarios para obtener imágenes de gran calidad, configurando parámetros como la intensidad del campo magnético, la secuencia de pulsos de radiofrecuencia y el tiempo de adquisición de imágenes. También posicionan al paciente dentro de la resonancia de manera correcta para obtener las vistas deseadas y garantizar la comodidad durante el procedimiento.

Mientras tiene lugar el estudio, los técnicos monitorean continuamente al paciente para detectar posibles problemas o incomodidades; están capacitados para reconocer signos de ansiedad, claustrofobia u otros problemas que puedan surgir y brindar apoyo y asistencia según sea necesario. Esta atención al paciente es importante para garantizar una experiencia positiva y exitosa durante el procedimiento de RM.

Después del escaneo, los técnicos de rayos revisan las imágenes obtenidas para verificar su calidad y asegurarse de que se hayan capturado todas las vistas necesarias. Si es necesario, pueden repetir secuencias o realizar ajustes técnicos para mejorar la claridad de las imágenes. Luego, envían las imágenes al radiólogo para su interpretación y diagnóstico.

Además de estas responsabilidades principales, los técnicos de rayos en RM también tienen un papel fundamental en el mantenimiento del equipo y la seguridad en el entorno de trabajo, realizando tareas de mantenimiento preventivo como la calibración del equipo y la limpieza de las bobinas de radiofrecuencia para garantizar su funcionamiento óptimo. También siguen estrictas medidas de seguridad para protegerse a sí mismos, al personal y a los pacientes de los riesgos asociados con el campo magnético y el uso de contrastes.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en imagen en la unidad de resonancia magnética es importante para garantizar varias características como la calidad, la seguridad y

la eficacia de los procedimientos de imagen por RM, dado que requiere desde la preparación y atención al paciente hasta la operación del equipo y la interpretación de imágenes. Estos profesionales desempeñan un papel vital en la atención médica moderna. La resonancia magnética es una herramienta bastante útil en el diagnóstico médico que proporciona imágenes detalladas y no usa radiación. Se puede usar para diagnosticar muchas estructuras y tejidos corporales. Su capacidad para detectar condiciones médicas con precisión y seguridad la convierte en un componente vital en la atención médica. Los técnicos de imagen para el diagnóstico son la especialidad que más se ha expandido con el paso del tiempo, proporcionando múltiples avances en sanidad.

6 Bibliografía

1. Gálvez, M. (2007). Avances en resonancia magnética. Revista médica Clínica Las Condes, 18(3), 254–262. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-avances-resonancia-magnetica-X0716864007321338
2. San Román, J. A., Soler Fernández, R., Rodríguez García, E., & Fernández-Avilés, F. (2006). Conocimientos básicos necesarios para realizar resonancia magnética en cardiología. Revista Española de Cardiología Suplementos, 6(5), 7E-14E. https://doi.org/10.1016/s1131-3587(06)75315-8
3. Sánchez-Cedeño, J. L., Vásquez-Falconí, J. A., Piguave-Cuesta, J. F., & Gualdo-Ochoa, V. M. (2023). Avances en resonancia magnética en tumores cerebrales. Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR, 6(12), 33–47. https://doi.org/10.46296/gt.v6i12.0111

Capítulo 129

EL TÉCNICO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA: COMUNICACIÓN Y CONSEJO AL PACIENTE EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

BELÉN GÓMEZ MEGÍAS

MARIA PILAR PEREZ TARRAGA

MARIA BERNABE GOMEZ

CAROLINA GARCIA LOPEZ

1 Introducción

La atención farmacéutica se define como la participación del farmacéutico en la asistencia al paciente mediante la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, de manera coordinada con el médico y otros profesionales sanitarios con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.
En el ámbito de la farmacia hospitalaria, la comunicación con el paciente se convierte en un papel esencial del técnico de farmacia hospitalaria, especialmente en la dispensación ambulatoria de medicamentos de alto coste o elevada complejidad terapéutica, incluyendo también la preparación de tratamientos individualizados y la atención domiciliaria. En estos casos, una correcta comunicación

del técnico es fundamental para la adecuada comprensión del tratamiento, su correcta administración y la prevención de errores. Por ello, es importante una buena educación por parte del paciente.
El consejo farmacéutico se entiende como la asesoría personalizada del técnico de farmacia hospitalaria a los pacientes, así como el proceso de informar y educar al paciente en el uso correcto de los tratamientos o sobre estilos de vida saludables.
En este capítulo se plantea la función del técnico de farmacia en un contexto de atención farmacéutica hospitalaria, destacando la comunicación y el consejo al paciente en conjunto con el farmacéutico para garantizar una atención segura, efectiva y exclusiva para el paciente.

2 Objetivos

- Identificar dudas, miedos o dificultades comunicativas del paciente
- Garantizar un entorno de privacidad y confianza entre el técnico de farmacia y el paciente
- Advertir al paciente sobre la correcta utilización del medicamento
- Notificar errores de posología o dosis
- Asegurarse de una correcta dispensación y toma del medicamento

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en fuentes científicas, complementando así el rol del técnico en farmacia hospitalaria, con una importancia destacada en la comunicación, atención y consejo al paciente en el ámbito hospitalario.
Se consultaron libros especializados, artículos científicos, así como guías clínicas y documentos emitidos por organismos oficiales del ámbito sanitario.
El contenido ha sido estructurado de manera temática para una fácil comprensión, estudiando el papel del técnico, las competencias en comunicación y los aspectos profesionales del consejo y atención al paciente.
Se dio prioridad a aquellos textos que trataban la comunicación con el paciente y el consejo farmacéutico, permitiendo así una síntesis ordenada de contenidos relacionados con el ejercicio profesional en farmacia hospitalaria.

4 Resultados

Del análisis realizado se concluye que el técnico de farmacia hospitalaria realiza un papel fundamental y complementario dentro del proceso de atención farmacéutica, garantizando un entorno de confianza y contribuyendo positivamente a la calidad, seguridad y apoyo al paciente.

El técnico desempeña un apoyo importante en la identificación de dudas que puedan presentar los pacientes. Al mantener un contacto directo, puede detectar señales de duda, confusión o miedo. Una detección temprana permite ayudar al farmacéutico, quien se encarga de proporcionar un asesoramiento personalizado y profesional al paciente para un uso correcto y adecuado de su tratamiento. Por ello, la incorporación del técnico en farmacia hospitalaria en las dinámicas de atención farmacéutica en el entorno hospitalario ha demostrado ser una estrategia eficaz y segura para una mayor calidad en la comunicación con el paciente, así como para reforzar la seguridad en el uso de los medicamentos.

Su labor incluye garantizar un entorno en el que se priorice la privacidad y confianza durante la atención farmacéutica. Entre sus funciones se incluye la organización de espacios físicos óptimos para la dispensación, asegurando la confidencialidad de la información del paciente.

Un trato respetuoso y cercano del técnico de farmacia hospitalaria con el paciente ayuda a crear un ambiente de confianza en el que el paciente puede expresar sus dudas. Aunque el consejo farmacéutico sobre el uso correcto del medicamento corresponde al farmacéutico, el técnico puede colaborar proporcionando información básica, aclaraciones sencillas y materiales escritos si fueran necesarios. Esta colaboración garantiza una mejor comprensión por parte del paciente. En conjunto, estas funciones evidencian que el técnico de farmacia desempeña un papel fundamental e importante para una atención farmacéutica segura, eficiente y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Una comunicación segura y el consejo al paciente son funciones fundamentales e irrenunciables del técnico de farmacia. Una incorporación adecuada del técnico de farmacia en los procesos de atención farmacéutica mejora la comunicación con el paciente y permite detectar posibles errores o dudas. Además, la capacidad para crear un entorno de confianza y confidencialidad contribuye a que el paciente tenga una mejor experiencia.

El papel del técnico de farmacia no solo se basa en dispensar un medicamento,

sino que va mucho más allá. Se encarga de fidelizar al cliente, organizar espacios adecuados para asegurar la privacidad y su implicación ayuda a mejorar la calidad del servicio farmacéutico hospitalario.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 130

CADENA DEL MEDICAMENTO: FABRICACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN

BELÉN GÓMEZ MEGÍAS

MARIA PILAR PEREZ TARRAGA

MARIA BERNABE GOMEZ

CAROLINA GARCIA LOPEZ

1 Introducción

En la cadena del medicamento, que es un proceso fundamental en el sistema sanitario, se incluye la fabricación, distribución y dispensación, que son los tres procesos que se llevan a cabo para que el medicamento llegue al paciente en condiciones excelentes de seguridad, calidad y eficacia.
En cada una de las distintas fases se llevan a cabo una serie de controles y procedimientos para garantizar la trazabilidad del medicamento, desde el origen hasta su uso final. Es muy importante para los profesionales sanitarios que participan en ella entender cómo funciona esta cadena, pero sobre todo para el técnico en farmacia que, junto con el farmacéutico, es el que se encarga de la fase final, la dispensación.
En la fabricación se elabora el medicamento, mezclando principios activos con excipientes. La distribución consiste en distribuir dichos medicamentos del laboratorio a hospitales y farmacias. Y la dispensación, finalmente, es cuando se

recibe la medicación en dichos establecimientos y se dispensa al paciente. En este último paso es donde el técnico en farmacia cumple un papel fundamental, donde su labor no solo se limita a dispensar el medicamento, sino también garantiza una adecuada conservación, comprueba que el medicamento dispensado es el correcto y, junto con el farmacéutico, se asegura de que el paciente recibe la información necesaria para su uso seguro y eficaz.

2 Objetivos

El objetivo principal de la cadena del medicamento es asegurar que los fármacos lleguen al paciente en condiciones óptimas de seguridad, calidad y eficacia. Para ello, cada una de las fases -fabricación, distribución y dispensación- debe seguir unas normas. Entre los objetivos se destacan:

- Cumplir con las condiciones adecuadas de fabricación, evitando factores como la humedad o contaminación
- Automatizar la elaboración del medicamento para mejorar la eficiencia y reducir errores humanos
- Asegurar el control de calidad, trazabilidad y cumplimiento normativo
- Reconocer el papel del técnico en farmacia junto con el farmacéutico en la fase de dispensación

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en fuentes científicas, complementando con el rol del técnico en farmacia hospitalaria, cuya importancia es destacada en el proceso de dispensación en el ámbito hospitalario.

Se consultaron libros especializados, artículos científicos, normativas europeas y nacionales, y documentos técnicos elaborados por organismos sanitarios oficiales. Además, se han consultado manuales de farmacia hospitalaria. Se ha dado prioridad a información actualizada, con el fin de ofrecer una visión práctica y aplicable al ámbito profesional del técnico de farmacia.

4 Resultados

El análisis de la cadena del medicamento ha permitido identificar los elementos esenciales que intervienen en cada una de sus fases: fabricación, distribución y

dispensación, así como el papel que desempeña el técnico en farmacia, quien interviene de manera significativa en la etapa final del proceso, junto con los demás profesionales sanitarios.

En la fase de fabricación, hasta hace 200 años, los boticarios elaboraban los medicamentos con recursos naturales. Hoy en día, se hace referencia a la creciente integración de procesos automatizados que mejoran la eficacia, reducen errores y aseguran unas condiciones óptimas de calidad. La incorporación de buenas prácticas de fabricación juega un papel fundamental para mantener los estándares de calidad que aseguran que el producto cumple con los requisitos de estabilidad, esterilidad y eficacia. No todos los laboratorios pueden fabricar medicamentos; es necesario cumplir con unas medidas estrictas de seguridad, calidad e higiene.

La distribución puede ser realizada mediante dos vías: los laboratorios farmacéuticos pueden vender directamente a hospitales o farmacias, o mediante almacenes distribuidores que actúan como intermediarios. Para ello, el transporte debe cumplir con las condiciones adecuadas de temperatura, humedad y seguridad, sobre todo en medicamentos termolábiles o de uso hospitalario. En esta fase, la trazabilidad se convierte en una herramienta fundamental para detectar incidencias y garantizar la seguridad del paciente.

En la fase final, la dispensación, al recibir la medicación en hospitales u oficinas de farmacia, se comprueba la correcta identificación, cantidad recibida, que el medicamento se encuentre en buen estado y que la fecha de caducidad sea adecuada. En esta última etapa, se observa que el paciente entra en contacto directo con el sistema farmacéutico. Esta dispensación se realiza a través del farmacéutico y con el apoyo imprescindible del técnico en farmacia, quien además cumple con las tareas de recepción, verificación y conservación de productos. Asimismo, garantiza la confidencialidad de la información y el orden en el almacenamiento.

5 Discusión-Conclusión

La cadena del medicamento es un proceso organizado, complejo y esencial del sistema sanitario que tiene como fin principal garantizar que los medicamentos lleguen al paciente en condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficacia. La coordinación entre los profesionales responsables de cada fase es esencial para evitar errores, pérdidas o alteraciones que puedan intervenir en la eficacia de los tratamientos, así como para seguir y cumplir unas rigurosas normas específicas. En este contexto, el técnico de farmacia hospitalaria cumple un papel importante en la recepción, almacenamiento, preparación y dispensación de medica-

mentos. En la fase de fabricación, la incorporación de sistemas automatizados y el cumplimiento de buenas prácticas de fabricación aseguran la calidad del producto. En el proceso de distribución, la trazabilidad es mantenida y se controlan factores como la temperatura.

El técnico de farmacia, bajo la supervisión de un farmacéutico, en el proceso final de la dispensación, cumple un papel fundamental, por ello es imprescindible su formación continua en todas las fases de la cadena del medicamento. Su formación y responsabilidad influyen directamente en la seguridad del paciente y en el buen funcionamiento del sistema sanitario.

Por tanto, es imprescindible seguir promoviendo la formación continua del personal técnico en todas las fases de la cadena del medicamento, especialmente en lo relativo a trazabilidad y procedimientos seguros de dispensación, garantizando así una atención farmacéutica eficaz, profesional y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. ¿Qué importancia tiene la comunicación en la farmacia y cómo mejorarla? (2024, noviembre 15). Faes Farma Farmacias. https://faesfarmafarmacias.faesfarma.com/importancia-comunicacion-farmacia/

2. Meneu, R. (2006). La distribución y dispensación de medicamentos. Gaceta Sanitaria, 20, 154-159. https://doi.org/10.1157/13086039

3. Cadena de suministro en la industria farmacéutica. (2024, agosto 26). Sertrans. https://www.sertrans.es/cadena-de-suministro-en-la-industria

Capítulo 131

TÉCNICAS RÁPIDAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS EN MICROBIOLOGÍA CLÍNICA: APORTES DEL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARTA RUIZ DIAZ

ANA AURORA LÓPEZ RICOTE

LUCIA MARIA DÍEZ ACEDO

ITSASO ALONSO ALBISTUR

ELENA SANZ GIL

1 Introducción

Las técnicas rápidas de detección de antígenos han cobrado un papel central en la microbiología clínica moderna, debido a su capacidad para ofrecer diagnósticos precisos en tiempos significativamente reducidos. Estas técnicas permiten la identificación directa de microorganismos patógenos a partir de muestras clínicas, sin necesidad de cultivo previo, lo que representa una ventaja fundamental en el manejo de enfermedades infecciosas agudas. Su uso es especialmente útil en infecciones respiratorias, gastrointestinales, del sistema nervioso central y urinarias, entre otras.

A diferencia de los métodos convencionales de cultivo, que requieren de 24 a 72 horas para arrojar resultados definitivos, las pruebas rápidas de antígenos pueden

ofrecer resultados en cuestión de minutos u horas. Estas se basan en la detección de componentes estructurales del microorganismo (antígenos) mediante su unión específica con anticuerpos, generando una señal visible o medible que indica presencia o ausencia del patógeno. Esto permite iniciar el tratamiento de forma precoz y ajustar medidas de aislamiento o intervención clínica sin esperar confirmación por cultivo.

Existen diversas modalidades de estas técnicas, como la aglutinación en látex, inmunocromatografía, enzimoinmunoanálisis (EIA), inmunofluorescencia y métodos luminométricos. Cada una presenta diferentes grados de sensibilidad, especificidad, requerimientos técnicos y costos, lo cual influye en su elección según el tipo de muestra, el patógeno sospechado y los recursos disponibles en el laboratorio.

El rol del técnico de laboratorio clínico es crucial en todo este proceso. Desde la preparación de la muestra y selección adecuada del método, hasta la aplicación precisa de los reactivos, el control de calidad y la validación de resultados, su intervención es determinante para garantizar que la información diagnóstica sea fiable y reproducible. La correcta interpretación técnica, la trazabilidad de los insumos utilizados y el cumplimiento de protocolos son elementos que recaen principalmente en el personal técnico.

Este capítulo aborda las principales técnicas rápidas de detección de antígenos, sus aplicaciones clínicas, ventajas, limitaciones y especialmente, la implicación activa del técnico de laboratorio clínico en su desarrollo y ejecución eficiente.

2 Objetivos

- Conocer las principales técnicas inmunológicas para la detección rápida de antígenos
- Analizar las aplicaciones clínicas de estas técnicas
- Evaluar las funciones del técnico de laboratorio en su implementación
- Identificar los principales controles de calidad requeridos

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión del documento ”Procedimientos en Microbiología Clínica” de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), centrando el análisis en el capítulo dedicado a las técnicas rápidas de detección de antígenos. Se abordaron aspectos técnicos, operativos y clíni-

cos, destacando aquellos relevantes para la práctica del técnico de laboratorio clínico.

4 Resultados

Las técnicas rápidas de detección de antígenos han demostrado ser herramientas eficaces para el diagnóstico precoz de diversas enfermedades infecciosas. Estas pruebas están diseñadas para detectar antígenos microbianos específicos en muestras biológicas como orina, heces, frotis faríngeos, líquidos cefalorraquídeos o respiratorios. A continuación, se describen las principales técnicas, sus características y el papel que desempeña el técnico de laboratorio en cada una.

1. Técnicas de aglutinación

Utilizan partículas de látex recubiertas con anticuerpos específicos. Son rápidas (2-10 minutos), económicas y sencillas. Aunque presentan una sensibilidad moderada, son útiles como pruebas iniciales o de apoyo, por ejemplo, en el diagnóstico de Cryptococcus en líquido cefalorraquídeo.

2. Inmunocromatografía

Esta técnica de flujo lateral es la más utilizada en laboratorios clínicos por su facilidad de uso, rapidez (15-30 minutos) y no requiere equipos sofisticados. Se aplica ampliamente para detección de antígenos virales como rotavirus, adenovirus, SARS-CoV-2 o antígenos bacterianos como los de Legionella o neumococo en orina.

3. Enzimoinmunoanálisis (EIA)

Puede ser cualitativo o cuantitativo. Utiliza anticuerpos unidos a enzimas que producen una señal colorimétrica. Tiene mayor sensibilidad que la inmunocromatografía y permite procesamiento automatizado en laboratorios con equipamiento adecuado.

4. Inmunofluorescencia

Emplea anticuerpos marcados con fluorocromos. Requiere microscopios de fluorescencia y personal capacitado. Ofrece buena especificidad, útil en el diagnóstico de virus respiratorios o Chlamydia.

5. Métodos luminométricos

Altamente sensibles, utilizan sustancias que emiten luz al reaccionar con el antígeno. Necesitan luminómetros y son útiles en laboratorios especializados que requieren cuantificación precisa.

Funciones del técnico de laboratorio:

- Preparar las muestras según el tipo de antígeno y especificaciones del fabricante
- Seleccionar la técnica apropiada según el síndrome clínico, urgencia y recursos

- Controlar temperaturas de conservación de reactivos y equipos
- Aplicar controles positivos y negativos en cada serie de análisis
- Registrar lotes, caducidades, calibraciones y participar en programas de control de calidad internos y externos

El correcto manejo de estos elementos asegura resultados reproducibles, evita errores preanalíticos y postanalíticos, y fortalece la utilidad clínica de la prueba.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas rápidas de detección de antígenos han transformado el diagnóstico microbiológico al permitir resultados ágiles y clínicamente relevantes, incluso en ausencia de cultivo o en pacientes que ya han iniciado tratamiento antimicrobiano. Esta capacidad diagnóstica precoz reduce el tiempo de espera, permite decisiones terapéuticas más oportunas y contribuye al control de infecciones nosocomiales y brotes epidémicos.

El técnico de laboratorio es el principal ejecutor de estas técnicas. Su participación no se limita a la manipulación básica, sino que implica una comprensión profunda del fundamento inmunológico, el cumplimiento estricto de protocolos de calidad y la validación técnica de cada resultado. La estandarización de procesos, el registro detallado de cada análisis y la implementación de controles internos y externos son parte integral de su trabajo diario.

La evolución constante de estas técnicas, así como la aparición de nuevos kits y plataformas automatizadas, exige al técnico mantenerse en formación continua. La incorporación de tecnologías como inmunoensayos multiplexados, microarrays o biosensores ampliará aún más su rol y requerirá habilidades adicionales.

En definitiva, el técnico de laboratorio clínico no solo facilita la obtención de un diagnóstico rápido y fiable, sino que se consolida como una figura indispensable en la aplicación eficiente y segura de estas herramientas inmunológicas en la rutina microbiológica.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 132

EL PAPEL DEL TCAE Y DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

MIGUEL ÁNGEL BARRIGA CASTILLO

SHEILA SEREN FAMILIAR

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la atención al paciente no depende solo de los médicos y enfermeros, sino que también involucra a otros profesionales que desempeñan roles fundamentales en el cuidado y bienestar de las personas hospitalizadas. Entre estos profesionales se encuentran el celador y el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Ambos tienen funciones específicas que contribuyen a crear un entorno seguro, cómodo y eficiente para los pacientes.

El celador, por ejemplo, es responsable del traslado de pacientes dentro del hospital, la vigilancia y la asistencia en tareas logísticas, asegurando que los pacientes lleguen a sus citas o procedimientos sin complicaciones. Por otro lado, el TCAE realiza tareas directas de cuidado, ayuda en la higiene personal y monitoriza signos vitales, siempre bajo supervisión médica.

La colaboración entre estos profesionales garantiza una atención integral y humanizada, promoviendo la recuperación y satisfacción del paciente. Además, su presencia ayuda a aliviar la carga de trabajo del personal médico y enfermero, permitiéndoles centrarse en intervenciones más especializadas. La importancia de estos roles radica en su capacidad para ofrecer un apoyo constante y cercano al paciente durante su estancia hospitalaria.

En definitiva, tanto el celador como el TCAE son piezas clave en el engranaje del sistema sanitario, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad del

cuidado y la experiencia del paciente en el hospital.

2 Objetivos

Describir las funciones principales del celador y del TCAE en el entorno hospitalario
Analizar cómo contribuyen estos profesionales a la atención integral del paciente
Resaltar la importancia de su colaboración en el equipo sanitario para mejorar la experiencia y recuperación del paciente
Identificar los beneficios que aporta su trabajo tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica se realizó siguiendo un enfoque sistemático, siendo objetivos en la selección y análisis de las fuentes. Nos centramos en artículos, libros y publicaciones académicas relevantes publicados hasta octubre de 2023. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos reconocidas como PubMed, Scopus, Google Scholar y Web of Science.

4 Resultados

El celador es un profesional fundamental en el entorno hospitalario, encargado de tareas relacionadas con el traslado de pacientes, la gestión de la movilidad en el hospital, la vigilancia de las instalaciones y la colaboración en la logística hospitalaria. Su labor es esencial para garantizar la seguridad en los desplazamientos, evitar accidentes y asegurar que los pacientes lleguen a sus destinos de manera segura y eficiente. Además, actúa como un enlace entre el paciente y el resto del equipo sanitario, aportando un trato cercano y humano que ayuda a aliviar la ansiedad y el miedo que puedan sentir los pacientes en momentos de vulnerabilidad. La presencia del celador también contribuye a mantener el orden y la organización en el hospital, facilitando que los servicios funcionen de manera fluida y coordinada.
Por otro lado, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) realiza cuidados básicos y auxiliares que son fundamentales para el bienestar del paciente. Entre sus tareas se encuentran la higiene del paciente, la administración

de medicación, la ayuda en la alimentación, la movilización y la atención en procedimientos médicos. La presencia constante del TCAE en la atención diaria permite detectar cambios en el estado del paciente de manera temprana, ofrecer apoyo emocional y colaborar en la prevención de complicaciones que puedan surgir durante su estancia en el hospital.

Ambos profesionales trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros miembros del equipo sanitario, formando un engranaje esencial para ofrecer una atención de calidad y humanizada. Su dedicación y compromiso contribuyen a reducir el estrés del paciente, mejorar su comodidad y facilitar su proceso de recuperación. Además, su interacción cercana con los pacientes favorece una atención más personalizada, creando un ambiente de confianza y empatía que es fundamental en el cuidado de la salud.

5 Discusión-Conclusión

El celador y el TCAE desempeñan roles imprescindibles en la atención al paciente dentro del entorno hospitalario. Su trabajo no solo garantiza la seguridad y el bienestar físico de los pacientes, sino que también aporta un valor emocional y humano que favorece su recuperación. La colaboración efectiva entre todos los profesionales sanitarios, incluyendo a estos dos perfiles, es clave para ofrecer una atención integral, segura y de calidad.

Reconocer y valorar su labor es fundamental para fortalecer el trabajo en equipo y mejorar continuamente los servicios de salud. Además, su dedicación y compromiso contribuyen a crear un ambiente hospitalario más cálido y cercano, lo cual impacta positivamente en la experiencia del paciente y en la eficiencia del sistema sanitario en general.

6 Bibliografía

1. Montaño AM, Train MDRP, Padillo BG, Cebrino YF, Pantusa VAV, Ladislao JMO. Cuidados del paciente en la unidad de ICTUS. Revista Sanitaria de Investigación. 2024;5(7):441. Disponible en: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

2. Cebrino YF, Padillo BG, Ladislao JMO, Train MDRP, Pantusa VAV, Montaño AM. El celador y TCAE: el trato con el paciente y la familia. Revista Sanitaria de Investigación. 2024;5(1):165. Disponible en: www.scielo.org/es

3. García CB, Train MDRP, Galbete MPO, García DF, Ballester JFM, Moya CM. El celador como integrante del equipo de trabajo. Revista Sanitaria de Investigación. 2024;5(3):256. Disponible en: www.webofscience.com/wos

Capítulo 133

FUNCIONES DEL CELADOR RELATIVAS AL CUIDADO DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO

PEDRO JOSÉ BENITO GREGORIO

MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA

ADRIÁN JIMENO PATÓN

MARÍA DEL PRADO SÁNCHEZ SÁNCHEZ

LAURA MATEOS MORENO

1 Introducción

El Sistema Sanitario Nacional acomete la asistencia sanitaria, pero también la docencia y la investigación científica, y esto concierne a los celadores, como veremos en la presente publicación. La experimentación con animales de laboratorio es piedra angular en la rama de la investigación sanitaria, estudio científico fundamental para el tratamiento, diagnóstico y profilaxis de enfermedades.

Dichos animales solamente podrán ser utilizados para investigación científica, protección del medio natural, formación y adquisición de conocimientos e investigaciones de medicina forense. Su uso queda regulado por una serie de documentos legislativos, de los cuales podríamos citar:

- Real Decreto 1201/2005, de 10 de octubre, sobre la protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.

- Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.
- Directiva 2010/63/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de septiembre de 2010 relativa a la protección de los animales utilizados para fines científicos.

Como veremos en la presente publicación, en base al Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social -Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo-, al celador le corresponde el cuidado, limpieza y mantenimiento de dichos animales, ubicados en el animalario.

2 Objetivos

Instruir a los celadores en sus cometidos y funciones relativas al cuidado, limpieza y mantenimiento de los animales experimentales y del animalario

3 Metodología

Para el desarrollo de la presente publicación se ha recabado información mediante una revisión bibliográfica relativa a la materia que estamos tratando. Para ello, se han consultado documentos legislativos, así como material docente tanto de academias formativas como de revistas e investigaciones científicas.

4 Resultados

El ya mencionado Estatuto de Personal no Sanitario legisla que los celadores: ”tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciben de los médicos, supervisoras o enfermeras que los sustituyan en sus ausencias”. Para ello, debemos saber que el ámbito laboral en el que se desarrollan dichas funciones es el animalario.

El cuidado y alojamiento de los animales, así como el mantenimiento del animalario, se regula a través de los ya mencionados documentos legislativos. En ellos se insta a unas correctas condiciones de alojamiento (en las que habrá de procurarse una mínima libertad de movimientos), proporcionando el mayor nivel

de bienestar que sea posible a los animales. En el animalario, considerado zona restringida, las normas e instrucciones deben constar por escrito, así como su plan de emergencias en casos de catástrofe. Jaulas y sistemas de confinamiento deben estar bien etiquetados.
El celador responsable del animalario debe saber que el acceso a los animales tiene que ser lo más sencillo posible, que no se deben mezclar machos y hembras si no se quiere procrear, pero, sobre todo, deben cumplir las directrices que reciban de sus superiores en relación al cuidado específico de cada animal (relativos a su alimentación e higiene); por supuesto, han de estar vigilantes para que los bebederos estén siempre bien abastecidos. Del mismo modo, en base a instrucciones, se lavarán los sistemas de confinamiento y se desalojarán los cadáveres; también se encargarán del transporte de los animales de unas dependencias a otras, así como colaborar en el experimento, bien sujetando al animal o rasurando zonas específicas. Otras de las funciones del celador es estar en alerta para la captura y recuperación de animales que hayan podido escapar.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deberían conocer de forma básica la legislación vigente sobre la materia y de forma mucho más exhaustiva el funcionamiento y organización del animalario, así como sus funciones específicas en dicho ámbito.
El celador responsable del animalario debe vigilar el bienestar de los animales, estar abierto y predispuesto al trabajo cooperativo y, por supuesto, siempre debe estar en alerta y receptivo a toda directriz que le sea dada por cualquiera de sus superiores.
El respeto animal y las condiciones de bienestar, en base a la legislación estatal y europea vigentes, han de estar presentes y bajo evaluación en todo momento.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1201/2005, de 10 de octubre, sobre la protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.
2. Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.
3. Directiva 2010/63/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de septiembre de 2010, relativa a la protección de los animales utilizados para fines científicos.

Capítulo 134

GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

JAVIER LOPEZ GARCIA

LUCÍA MOLERO YUSTE

CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS

SONIA ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

En el entorno sanitario, el auxiliar administrativo cumple un rol fundamental en la gestión de tareas no clínicas que hacen posible el funcionamiento eficiente de cada unidad. En el caso específico de la unidad de fisioterapia, el auxiliar debe conocer el flujo de atención al paciente, los tipos de tratamientos que se realizan, los recursos materiales utilizados y las necesidades de coordinación entre diferentes profesionales.

La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, y la normativa de protección de datos (RGPD y LOPDGDD) exigen una gestión responsable y segura de la información clínica. Además, la digitalización progresiva de los sistemas de salud plantea nuevos retos en la organización de agendas, el archivo de información y la atención al usuario.

La gestión del auxiliar administrativo en la unidad de fisioterapia es clave para el buen funcionamiento de este servicio asistencial. Aunque el personal sanitario es

quien realiza directamente las terapias, el auxiliar administrativo desempeña funciones esenciales que permiten que la actividad clínica se desarrolle de manera ordenada y eficiente. Entre sus responsabilidades destacan la atención al paciente, la gestión de citas, el control y archivo de historias clínicas, la coordinación con otros departamentos y la administración de documentación sanitaria específica. Su labor garantiza la correcta planificación de los recursos, la optimización del tiempo de atención y el cumplimiento de los protocolos establecidos. Por ello, el auxiliar administrativo debe contar con habilidades comunicativas, organizativas y conocimientos específicos del área de fisioterapia.

2 Objetivos

• Analizar las funciones y la gestión del auxiliar administrativo dentro de la unidad de fisioterapia
Objetivos específicos:
1. Describir las tareas administrativas más relevantes del auxiliar en esta unidad
2. Evaluar cómo su desempeño influye en la calidad del servicio y la atención al paciente
3. Identificar áreas de mejora en los procesos de gestión y coordinación
4. Proponer medidas para optimizar la eficiencia y comunicación en la unidad

3 Metodología

Se ha empleado un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), utilizando las siguientes técnicas:
• Observación directa: análisis del entorno laboral y dinámicas de trabajo en varias unidades de fisioterapia
• Entrevistas estructuradas: realizadas a auxiliares administrativos, fisioterapeutas y responsables de área
• Cuestionarios de satisfacción: dirigidos a usuarios sobre la atención administrativa recibida
• Revisión documental: estudio de protocolos internos, normativas sanitarias y manuales de funciones

4 Resultados

• El auxiliar administrativo gestiona un alto volumen de tareas, que incluyen la citación de pacientes, el archivo clínico y la atención telefónica y presencial
• Su eficiencia tiene un impacto directo en la puntualidad de los tratamientos y la organización del trabajo del fisioterapeuta
• Se detectan carencias en la coordinación entre los sistemas informáticos de administración y clínica
• La sobrecarga de tareas en horas punta provoca demoras y disminución en la calidad de la atención administrativa
• Se identificó que los auxiliares administrativos en unidades de fisioterapia contribuyen significativamente al flujo de trabajo mediante una gestión eficaz de citas, seguimiento de tratamientos y organización documental. Muchos de ellos aseguran que una adecuada coordinación con el personal fisioterapeuta facilita la programación de sesiones, evita duplicidades y mejora la atención al paciente. También se observó que la falta de digitalización en algunos centros dificulta la gestión, generando demoras en la atención. Asimismo, se evidenció la necesidad de formación específica en terminología y procesos propios de fisioterapia, ya que esto mejora la comprensión de los procedimientos y favorece una comunicación más fluida entre el equipo asistencial y los pacientes
• Los auxiliares administrativos en unidades de fisioterapia cumplen un papel multifuncional. Entre sus tareas más destacadas se encuentran la programación de citas según la disponibilidad de fisioterapeutas, la gestión de listas de espera, el archivo y digitalización de documentos clínicos, y la atención directa al paciente en mostrador o por vía telefónica
• A través de entrevistas y observación directa, se detectó que la eficiencia en estas funciones tiene un impacto directo en la calidad del servicio asistencial. Una agenda bien organizada reduce significativamente los tiempos de espera y permite una mayor rotación de pacientes, mientras que errores en la gestión documental pueden generar retrasos o duplicación de sesiones
• Algunos auxiliares manifestaron sentirse poco preparados en temas específicos de fisioterapia, como el manejo de software de rehabilitación, nomenclatura médica o tiempos estándar de recuperación, lo que limita su capacidad para gestionar con autonomía ciertas tareas. También se identificó una carencia en recursos tecnológicos en algunos centros, lo cual afecta negativamente el flujo de trabajo

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en la unidad de fisioterapia es una figura fundamental que contribuye al buen funcionamiento asistencial. Su gestión adecuada permite al fisioterapeuta centrarse en la parte clínica, garantizando una experiencia más ordenada y humana al paciente. Mejorar los sistemas de comunicación interna, la digitalización de procesos y la formación continua del personal administrativo resulta clave para reforzar la eficiencia y calidad del servicio en esta unidad. La gestión administrativa en la unidad de fisioterapia es esencial para garantizar una atención eficiente, organizada y centrada en el paciente.

La labor del auxiliar administrativo en la unidad de fisioterapia es esencial para garantizar una atención fluida, personalizada y ordenada. Su trabajo facilita el cumplimiento de las terapias y la satisfacción del paciente, optimizando los recursos tanto humanos como materiales. Para mejorar su rendimiento, es necesario brindar formación continua adaptada al contexto fisioterapéutico, dotarlos de herramientas tecnológicas adecuadas y reconocer su papel como parte activa del equipo multidisciplinar. Una buena gestión administrativa es tan importante como una buena intervención clínica para asegurar la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Manual de Organización de Unidades Asistenciales. 2022

2. Ley 41/2002, de autonomía del paciente y documentación clínica

3. Real Decreto 69/2015, de gestión de la información sanitaria

4. Pérez, L. (2021). Organización administrativa en unidades sanitarias. Editorial Médica Salus

5. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Manual del auxiliar administrativo sanitario. Ed. 2020

Capítulo 135

EL USO DE APLICACIONES INFORMÁTICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS

JAVIER LOPEZ GARCIA

LUCÍA MOLERO YUSTE

SONIA ORTIZ ORTIZ

1 Introducción

Desde las primeras décadas del siglo XX, el ámbito sanitario ha sido testigo de numerosos avances tecnológicos. No obstante, fue a partir de los años 80 cuando comenzaron a integrarse las primeras aplicaciones informáticas en los servicios hospitalarios con el objetivo de mejorar la eficiencia administrativa, el almacenamiento de datos y la comunicación interna.

En aquella época, el papel del auxiliar administrativo se limitaba al uso de herramientas básicas como máquinas de escribir o fichas manuales. La gestión de pacientes, las citas médicas o el archivo de historias clínicas eran actividades que requerían tiempo, espacio físico y una gran organización manual. Con el paso de los años y la llegada del nuevo milenio, se produjo un cambio drástico en los entornos de trabajo del sector salud. El avance de la informática y la digitalización progresiva de los procesos administrativos han transformado radicalmente el papel del

auxiliar administrativo. El papel, las carpetas y los archivadores dieron paso a plataformas de gestión electrónica de pacientes, sistemas de comunicación interna y externa mediante correo electrónico, bases de datos clínicos y herramientas de atención al usuario basadas en software.

En la actualidad, el auxiliar administrativo no solo debe dominar las tareas propias de la gestión documental y la atención al paciente, sino también manejar múltiples aplicaciones informáticas. Entre estas herramientas se encuentran los sistemas de gestión de citas (como DIRAYA en Andalucía o el programa GESAD en servicios sociosanitarios), bases de datos, hojas de cálculo, procesadores de texto y sistemas de comunicación interna en red.

El presente capítulo analiza la evolución en el uso de estas aplicaciones, los beneficios que han aportado, los desafíos que aún persisten y cómo la figura del auxiliar administrativo ha tenido que adaptarse a las nuevas demandas tecnológicas en el ámbito sanitario. Asimismo, se exponen los objetivos que guiaron este análisis, la metodología utilizada para la recolección de datos, los resultados obtenidos y una reflexión final sobre el impacto de la digitalización en la práctica diaria del personal administrativo sanitario.

2 Objetivos

- Analizar la evolución del uso de aplicaciones informáticas por parte del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, desde métodos tradicionales hasta herramientas digitales actuales
- Evaluar la influencia de la digitalización en la eficiencia, calidad y rapidez de los procesos administrativos gestionados por auxiliares administrativos en centros de salud
- Identificar las competencias digitales necesarias para el desempeño actual del puesto de auxiliar administrativo en el entorno sanitario

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre el uso de aplicaciones informáticas en el ámbito sanitario por parte del auxiliar administrativo. La revisión bibliográfica se centró en artículos publicados entre 2017 y 2024, en español e inglés, utilizando las siguientes bases de datos académicas: PubMed, Scopus, Google Scholar y ScienceDirect. Las palabras clave utilizadas para el presente estudio han sido: “aplicaciones informáticas”, “auxiliar administrativo sanitario”, “digitalización en

salud", "software sanitario", "competencias digitales", "sistemas de gestión sanitaria", "gestión administrativa en salud" y "tecnología en centros de salud".

4 Resultados

Los resultados obtenidos revelan una transformación significativa en el rol y las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario en los últimos diez años. En primer lugar, el 100% de los entrevistados afirmaron utilizar diariamente una media de tres a cinco aplicaciones informáticas diferentes en su jornada laboral. Estas herramientas se enfocan principalmente en la administración de citas médicas, historial médico digital, derivaciones internas y externas, acogida de documentación en formato digital y comunicación con otros departamentos.

Entre las aplicaciones más mencionadas se encuentran DIRAYA, GESAD, HORUS, Microsoft Excel y programas de gestión documental como Alfresco. Los auxiliares administrativos destacan que, aunque al principio la adaptación fue compleja, actualmente perciben una notable mejora en la organización, la rapidez y la precisión de sus tareas.

Otro hallazgo importante es que un 70% de los encuestados señaló haber recibido formación específica en el uso de estas aplicaciones, aunque no siempre fue suficiente. Muchos reconocen la necesidad de una formación continua para mantenerse actualizados y adaptarse a las actualizaciones del software.

Además, se identificaron problemas asociados con el exceso de tareas digitales, particularmente en instituciones donde existe una carencia de personal o de recursos tecnológicos apropiados. Algunas dificultades habituales incluyen la lentitud del sistema, fallos temporales en la red y la ausencia de soporte técnico inmediato, lo que impacta en la atención al paciente.

Un aspecto adicional observado es que la mayoría de los auxiliares administrativos considera que el uso de estas tecnologías ha elevado el nivel de profesionalización de su puesto. Más del 80% mencionó que ahora se sienten más involucrados en el funcionamiento global del centro sanitario, al disponer de herramientas que permiten una mayor autonomía y control sobre su trabajo.

También se destacó que la digitalización ha favorecido la trazabilidad de los procedimientos, permitiendo dejar constancia de cada acción administrativa. Esto se traduce en mayor transparencia, posibilidad de auditorías internas y mejora en la coordinación entre equipos. Sin embargo, se sigue demandando más inversión en equipos informáticos y actualizaciones periódicas de los programas.

5 Discusión-Conclusión

La incorporación de aplicaciones informáticas en el trabajo del auxiliar administrativo sanitario ha supuesto un antes y un después en la manera de gestionar los procesos asistenciales y administrativos. En tiempos anteriores, las funciones propias de este puesto se centraban en labores básicas y operativas; sin embargo, hoy en día se requiere un dominio sólido de herramientas digitales, flexibilidad para asumir nuevos entornos tecnológicos y una disposición activa hacia la innovación.

La incorporación de tecnologías informáticas ha permitido optimizar los procedimientos administrativos, reducir fallos por intervención humana, mejorar la gestión de la documentación y aumentar la eficacia en la atención de los usuarios del sistema de salud. Además, ha contribuido al reconocimiento del trabajo administrativo como una parte esencial en el funcionamiento del sistema de salud. No obstante, es necesario seguir fortaleciendo la formación del personal, garantizar el acceso a tecnologías actualizadas y fomentar espacios de mejora continua. Solo así se podrá asegurar una atención administrativa de calidad que esté a la altura de los retos sanitarios actuales.

Este capítulo pone de relieve no solo el papel clave que desempeñan los auxiliares administrativos en la gestión moderna de la salud, sino también la necesidad de seguir apoyando su desarrollo profesional para que puedan afrontar con éxito los cambios constantes del entorno digital.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Transformación digital en el sistema nacional de salud. Madrid: Gobierno de España; 2021.

2. Gil F, Martínez M, Romero L. Competencias digitales del personal administrativo en centros sanitarios públicos. Revista Española de Documentación e Información en Salud. 2020;13(2):45-59.

3. Consejo General de Enfermería. Digitalización y recursos humanos en atención primaria. Madrid; 2023.

4. Pérez L, Torres J. Evaluación del uso de software sanitario en atención administrativa. Journal of Health Informatics. 2019;11(1):15-27.

5. Junta de Andalucía. Manual de usuario DIRAYA. Sistema de gestión de citas y pacientes. Sevilla; 2022.

6. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI). Informe sobre la madurez digital del sector salud en España; 2023.

7. Navarro A, Ruiz C. Impacto de la digitalización en el desempeño del personal no clínico. Revista de Gestión Sanitaria. 2018;9(4):89-102.

Capítulo 136

FUNCIONES DEL PINCHE HOSPITALARIO EN LA ELABORACIÓN DE PLATOS FRÍOS Y ACOMPAÑAMIENTOS

MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA

ISABEL TORRIJOS DE BLAS

YESSICA GIL CHAMORRO

PRADO ROBLEDO DIAZ

ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR

1 Introducción

La alimentación en el entorno hospitalario no solo tiene una función nutricional, sino también terapéutica. Cada plato que se sirve forma parte del cuidado integral del paciente y su correcta preparación contribuye a su recuperación y bienestar. En este contexto, el pinche de cocina desarrolla una labor esencial, especialmente en la elaboración de platos fríos y acompañamientos. Estos componentes del menú, aunque aparentemente sencillos, requieren una manipulación rigurosa y un cumplimiento estricto de las normas higiénico-sanitarias, ya que a menudo no se someten a un proceso de cocción posterior.

Los platos fríos, como ensaladas, fiambres, frutas o postres fríos, deben ser preparados con precisión, garantizando la seguridad alimentaria y una adecuada presentación. Los acompañamientos, por su parte, cumplen una función complementaria en el plano nutricional y requieren también una correcta elaboración y distribución. La intervención del pinche en estas tareas implica no solo conocimiento técnico, sino también capacidad de organización, atención al detalle y coordinación con el resto del personal de cocina.

El pinche de cocina colabora estrechamente con el cocinero y sigue sus indicaciones en la manipulación de materias primas, la utilización de utensilios específicos, el uso de maquinaria auxiliar y el montaje de platos. Además, debe respetar las zonas de trabajo establecidas y los principios de higiene como el sistema de marcha adelante, para evitar contaminaciones cruzadas. Su intervención abarca desde la recepción y preparación de ingredientes hasta el emplatado final y el envío de bandejas al paciente.

Reconocer y describir con detalle estas funciones permite visibilizar la importancia del pinche en un engranaje complejo como es el servicio de alimentación hospitalaria. Lejos de ser una figura secundaria, este profesional resulta imprescindible para que el sistema funcione de manera coordinada, segura y eficaz, cumpliendo con los estándares que exige un entorno clínico.

2 Objetivos

- Identificar y describir las funciones específicas del pinche de cocina en la elaboración de platos fríos y acompañamientos en hospitales
- Analizar la importancia de estas tareas en la calidad final del servicio alimentario hospitalario
- Visibilizar el papel del pinche dentro del equipo de cocina y su contribución al proceso de alimentación del paciente

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha realizado mediante una revisión documental de la normativa estatal vigente, representada por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Se han considerado además los procedimientos habituales aplicados en cocinas hospitalarias públicas, particularmente en aquellas que funcionan bajo el modelo de cocina centralizada.

Se han analizado las descripciones de funciones, las instrucciones operativas y las rutinas de trabajo del pinche, con especial atención a las fases que involucran la manipulación de alimentos fríos y la preparación de acompañamientos. También se han tenido en cuenta los requisitos materiales y las condiciones higiénico-sanitarias en las que deben desarrollarse dichas tareas, así como la distribución de espacios en la cocina según el principio de marcha adelante. La información se ha organizado por áreas funcionales, destacando los elementos que requieren intervención directa del pinche y su vinculación con el resto del equipo de cocina.

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña diversas funciones fundamentales en la preparación de platos fríos y acompañamientos dentro del servicio de alimentación hospitalaria. Su labor comienza con la preparación de los ingredientes que se utilizarán en estos platos. En este sentido, participa en la recepción de productos frescos como frutas, hortalizas, embutidos o derivados lácteos, realizando una primera inspección visual y organizando los productos en zonas de trabajo específicas según su naturaleza y conservación. En esta fase, el pinche limpia, pela, corta y selecciona los ingredientes que serán utilizados, asegurando que cumplan los requisitos establecidos en la planificación del menú diario.

En la elaboración de platos fríos, el pinche interviene directamente en la preparación de ensaladas, platos de fiambre, frutas porcionadas o postres refrigerados. Estos alimentos no se someten a procesos térmicos posteriores, por lo que su manipulación exige un cuidado extremo y una formación básica en seguridad alimentaria. El pinche emplea utensilios específicos como cuchillos, tablas de corte diferenciadas por color, bandejas de acero inoxidable y maquinaria auxiliar como cortadoras, batidoras o picadoras, todo ello bajo condiciones estrictas de limpieza y desinfección. Su intervención incluye también el montaje del plato, cuidando el equilibrio entre la presentación visual y el cumplimiento de las cantidades prescritas en las dietas hospitalarias.

Los acompañamientos, por su parte, constituyen una parte esencial del menú en tanto que complementan nutricionalmente el plato principal. El pinche de cocina colabora en la preparación de guarniciones como purés, arroz, pasta cocida, verduras al vapor o compotas. Aunque no suele encargarse de la cocción principal, sí participa en la disposición final del alimento, su mantenimiento en caliente mediante sistemas como el baño maría o la mesa caliente, y su inclusión ordenada en la bandeja del paciente. Esta tarea exige coordinación precisa con el cocinero

para respetar los tiempos de servicio y garantizar que los alimentos lleguen a la planta a la temperatura adecuada.

Durante todo el proceso, el pinche actúa como parte de un equipo estructurado. Su función no se limita a tareas automáticas, sino que implica comunicación constante con el cocinero y otros pinches, adaptabilidad ante cambios de última hora y resolución ante incidencias como rotura de utensilios o falta de algún ingrediente. Su conocimiento de los procedimientos internos y de los protocolos dietéticos permite que la cocina funcione de manera continua, respetando las especificaciones médicas de cada paciente.

Por último, el pinche debe asegurar el cumplimiento estricto de las normas de higiene y seguridad alimentaria. Esto incluye el uso de uniforme completo, lavado de manos frecuente, manipulación con guantes, limpieza inmediata de superficies y desinfección del área tras cada uso. El respeto al principio de marcha adelante es también fundamental para evitar contaminaciones cruzadas entre alimentos crudos y preparados. En definitiva, su papel es determinante para ofrecer una alimentación segura, variada y adaptada a las necesidades del entorno clínico.

5 Discusión-Conclusión

La preparación de platos fríos y acompañamientos en la cocina hospitalaria no solo implica tareas rutinarias, sino que constituye una fase esencial del proceso alimentario. El pinche de cocina, en este contexto, se convierte en un profesional clave para la seguridad y la calidad del servicio. Su intervención no se limita a apoyar al cocinero, sino que representa una parte operativa y técnica fundamental en la preparación de menús adaptados a pacientes con requerimientos específicos.

A través de una manipulación cuidadosa, una correcta utilización de utensilios y una estricta observancia de las normas higiénico-sanitarias, el pinche garantiza que los alimentos lleguen en condiciones óptimas al paciente. La preparación de ensaladas, frutas, postres fríos y acompañamientos no solo contribuye al valor nutricional del menú, sino también a la percepción de calidad del servicio hospitalario. Asimismo, su participación en el montaje, presentación y distribución de bandejas demuestra que su labor influye directamente en la experiencia del usuario final.

El trabajo del pinche en esta área requiere habilidades técnicas, precisión, rapidez, orden y un alto grado de responsabilidad. Es, por tanto, imprescindible valorar y visibilizar estas funciones específicas, que a menudo pasan desapercibidas pero que resultan críticas en el engranaje asistencial. El pinche no es una figura accesoria, sino una pieza fundamental en la atención sanitaria alimentaria.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 301, pp. 44742–44765.
2. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2024). Temario oficial para la categoría de Pinche de Cocina. Turno específico de discapacidad intelectual. Plena Inclusión Castilla-La Mancha.
3. Plena Inclusión Castilla-La Mancha. (2024). Manual de accesibilidad cognitiva para oposiciones sanitarias: categoría Pinche. Servicio de Accesibilidad Cognitiva.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 137

LAS COMPETENCIAS DEL PINCHE DE COCINA EN LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS HOSPITALES

MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA

ISABEL TORRIJOS DE BLAS

YESSICA GIL CHAMORRO

PRADO ROBLEDO DIAZ

ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR

1 Introducción

En las cocinas hospitalarias, el correcto funcionamiento del servicio de alimentación depende en gran medida de una gestión eficaz de los alimentos desde su llegada hasta su uso en la elaboración de menús. En este proceso, el pinche de cocina desempeña un papel relevante, al encargarse de tareas fundamentales relacionadas con la recepción, el almacenamiento y la conservación de productos alimentarios. Estas funciones, aunque muchas veces invisibles para el entorno clínico general, son cruciales para garantizar la seguridad alimentaria, evitar el

desperdicio y mantener la calidad de los alimentos que serán ofrecidos a los pacientes.
La recepción de alimentos es la primera barrera de control de calidad. El pinche colabora activamente en esta etapa, comprobando el estado higiénico-sanitario de los productos, su etiquetado y temperatura, así como su concordancia con los pedidos realizados. A partir de ahí, interviene también en la clasificación y distribución de los productos según sus condiciones de conservación, facilitando su ubicación en cámaras de refrigeración, congeladores o zonas secas.
Una correcta organización del almacén permite conservar la calidad de los alimentos, prevenir riesgos por caducidades y facilitar la trazabilidad de los productos. En este sentido, el pinche no solo traslada cajas o reordena estanterías, sino que aplica criterios técnicos como el sistema FIFO (first in, first out), controla la ventilación de las zonas secas y evita contaminaciones cruzadas al separar correctamente los productos. Además, verifica el buen estado de los equipos de conservación, como cámaras y frigoríficos, y comunica cualquier incidencia al personal responsable.
Estas tareas requieren no solo habilidades físicas y operativas, sino también conocimientos básicos de higiene alimentaria, conservación por temperaturas, organización del espacio y cumplimiento de normativas sanitarias. En un hospital, donde cualquier error en la cadena alimentaria puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes, la actuación competente del pinche de cocina en estas fases iniciales es fundamental.

2 Objetivos

- Describir las competencias del pinche de cocina en la recepción, almacenamiento y conservación de alimentos dentro del entorno hospitalario
- Analizar el impacto de estas tareas en la seguridad alimentaria y la eficiencia del servicio de cocina
- Visibilizar la importancia técnica y operativa de estas funciones dentro de la cadena alimentaria hospitalaria

3 Metodología

La información contenida en este capítulo se ha obtenido mediante el análisis de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Además, se han revisado protocolos internos de funcionamiento en cocinas hospitalarias centralizadas, particularmente en lo referido a la recepción de

mercancías, su clasificación y ubicación según criterios de temperatura, humedad y caducidad.
El enfoque metodológico se centra en identificar las tareas asignadas al pinche en las distintas fases previas a la elaboración culinaria, con especial atención a los procedimientos establecidos en las zonas de recepción, almacenamiento seco y frío. Se consideran también las prácticas de conservación más habituales en hospitales, como el uso de cámaras refrigeradas o congeladores, y los criterios de organización del almacén, como la rotación de productos o la distribución por grupos alimentarios. La estructura del capítulo se organiza según estas fases para facilitar una comprensión coherente del papel que desempeña el pinche desde el punto de vista técnico y funcional.

4 Resultados

El pinche de cocina interviene de manera activa en la recepción de productos alimentarios, siendo el primer filtro operativo que verifica el cumplimiento de los requisitos exigidos por los servicios de compras del hospital. Al llegar los alimentos a la cocina, colabora con el personal responsable en el control de la mercancía, comprobando que los productos coincidan con lo solicitado en cantidad, peso, calidad, fecha de caducidad, temperatura y estado del embalaje. Esta función incluye también la inspección del etiquetado, en especial en productos frescos o congelados, asegurando que no presenten defectos que puedan comprometer su uso en el entorno hospitalario.
Una vez completada la recepción, el pinche ayuda en la organización de los productos según sus características. En los productos no perecederos o que no requieren refrigeración, colabora en su ubicación ordenada en estanterías, respetando las distancias mínimas respecto a suelo, paredes y techos, y facilitando la correcta rotación mediante el sistema FIFO. Esta técnica permite consumir primero los productos con fecha de caducidad más próxima, minimizando pérdidas por deterioro o vencimiento. Además, se asegura de que los productos se almacenen por grupos alimentarios y en envases cerrados, en un entorno ventilado, sin exposición directa a la luz solar.
En cuanto a los productos que requieren conservación en frío, el pinche tiene competencias en su clasificación y ubicación dentro de las cámaras frigoríficas o congeladores. Se asegura de que cada tipo de alimento se ubique en el espacio correspondiente, evitando la mezcla de productos crudos y cocinados y reduciendo el riesgo de contaminaciones cruzadas. Por ejemplo, los productos del mar se almacenan separados de los cárnicos, y los alimentos listos para consumir nunca

deben estar en contacto con alimentos crudos. También colabora en el cierre adecuado de los envases, en el control de olores y en la organización del espacio para permitir una circulación adecuada del aire frío.
Además, el pinche tiene la responsabilidad de realizar tareas rutinarias de control de temperaturas, notificando al personal técnico cualquier desviación de los valores normales. Participa también en la limpieza periódica de las zonas de almacenamiento y en la revisión del estado de estanterías, baldas y suelos. Estas tareas son esenciales para mantener un entorno higiénico y evitar la proliferación de microorganismos que podrían afectar a los alimentos.
En el desempeño de estas funciones, el pinche de cocina utiliza distintos utensilios como carros de transporte, termómetros de lectura rápida, balanzas, guantes y delantales protectores. Su formación en higiene alimentaria y en prácticas correctas de manipulación es clave para que pueda desempeñar estas tareas con seguridad. Su colaboración con el jefe de cocina, dietistas o responsables de almacén también es esencial para asegurar una coordinación fluida, especialmente en situaciones de alta carga de trabajo o entrega masiva de productos.
En definitiva, el conjunto de tareas que el pinche desempeña en estas fases iniciales garantiza que los alimentos que entran en la cocina hospitalaria mantengan su calidad, frescura y seguridad hasta el momento de su utilización. Es una labor que combina esfuerzo físico, atención al detalle, conocimiento técnico y responsabilidad higiénica, y sin la cual el servicio de alimentación no podría funcionar con eficiencia.

5 Discusión-Conclusión

Las competencias del pinche de cocina en la recepción, almacenamiento y conservación de alimentos son un pilar fundamental del sistema de alimentación hospitalario. Aunque estas funciones no están directamente relacionadas con la elaboración final del menú, su correcta ejecución es clave para que los alimentos conserven su calidad nutricional, no pierdan propiedades y lleguen en condiciones óptimas a la fase de preparación.
El pinche actúa como primer punto de control en la cadena alimentaria, aplicando criterios de inspección, clasificación y distribución que previenen fallos logísticos, pérdidas económicas y riesgos sanitarios. Además, su intervención en el mantenimiento de las condiciones de conservación —ya sea en cámaras, frigoríficos o almacenes secos— aporta seguridad y estabilidad al servicio, facilitando el trabajo del resto del equipo de cocina.
En el entorno hospitalario, donde los errores en la manipulación o conservación

de los alimentos pueden tener consecuencias directas sobre la salud de pacientes vulnerables, el rol del pinche cobra una dimensión técnica y preventiva que merece ser reconocida y reforzada. Su trabajo no solo es necesario, sino estratégico, y debe formar parte de cualquier análisis sobre calidad y eficiencia en los servicios de restauración hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 301, pp. 44742–44765. www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55
2. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2024). Temario oficial para la categoría de Pinche de Cocina. Turno específico de discapacidad intelectual. Plena Inclusión Castilla-La Mancha. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
3. Plena Inclusión Castilla-La Mancha (2024). Manual de accesibilidad cognitiva para oposiciones sanitarias: categoría Pinche. Servicio de Accesibilidad Cognitiva. www.scielo.org/es

Capítulo 138

CONTROL DE RESIDUOS Y RECICLAJE EN COCINAS HOSPITALARIAS: FUNCIONES ASIGNADAS AL PINCHE

MIGUEL ANGEL MARTINEZ BORONA

ISABEL TORRIJOS DE BLAS

YESSICA GIL CHAMORRO

PRADO ROBLEDO DIAZ

ALBERTO RODRÍGUEZ AMOR

1 Introducción

El adecuado control de residuos en las cocinas hospitalarias es una responsabilidad clave dentro de los sistemas de calidad y seguridad alimentaria. En este ámbito, el pinche de cocina desempeña una función esencial como agente operativo en la gestión de los desechos generados durante los procesos de preparación, elaboración y distribución de alimentos. Aunque muchas veces invisibilizadas, sus tareas en este ámbito inciden directamente en la higiene del entorno de trabajo, la prevención de contaminaciones cruzadas, el cumplimiento de la normativa medioambiental y la eficiencia general del servicio de cocina.

El volumen de residuos que se genera a diario en una cocina hospitalaria puede ser significativo y heterogéneo: restos orgánicos de alimentos crudos y cocinados, envases de plástico o cartón, aceite usado, papel, vidrio y materiales con-

taminados. La clasificación correcta de estos residuos y su tratamiento inmediato permiten no solo mantener el orden y la salubridad del espacio de trabajo, sino también favorecer políticas de sostenibilidad mediante sistemas de reciclaje selectivo. En este contexto, el pinche de cocina actúa como ejecutor directo de las acciones necesarias para garantizar que los residuos sigan su flujo correcto dentro del circuito de gestión.

Las funciones del pinche en esta materia no se limitan a la simple retirada de basura, sino que abarcan la aplicación de procedimientos técnicos para el tratamiento inicial de residuos, el uso de contenedores diferenciados y la aplicación de normas de seguridad e higiene. Además, su intervención contribuye a que los residuos no interfieran en los procesos productivos de cocina, evitando acumulaciones o situaciones de riesgo para los alimentos y los profesionales.

La creciente preocupación institucional por la sostenibilidad, así como las normativas que regulan la gestión de residuos en el entorno sanitario, otorgan al pinche un papel más relevante del que tradicionalmente se le ha atribuido. Comprender sus competencias en este ámbito es fundamental para valorar su contribución al correcto funcionamiento del sistema alimentario hospitalario.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas del pinche de cocina en el control y gestión de residuos dentro de la cocina hospitalaria
- Analizar el papel del pinche en la aplicación de prácticas de reciclaje y sostenibilidad en el entorno sanitario
- Destacar la importancia de estas funciones en la seguridad, limpieza y cumplimiento normativo de los servicios de cocina hospitalarios

3 Metodología

El presente capítulo ha sido desarrollado a partir del análisis de los procedimientos internos de cocinas hospitalarias en cuanto a limpieza, retirada y clasificación de residuos. También se han revisado aspectos normativos relacionados con la gestión de residuos orgánicos, inorgánicos y especiales en instalaciones sanitarias, incluyendo directrices sobre reciclaje y sostenibilidad.

El enfoque metodológico ha consistido en identificar las tareas operativas que el pinche debe ejecutar en relación con los residuos y vincularlas con los estándares de higiene, prevención de riesgos y organización del entorno laboral. Asimismo,

se ha considerado la infraestructura disponible en cocinas hospitalarias para facilitar estas tareas, como contenedores codificados, zonas de almacenamiento temporal y sistemas de transporte interno. Se ha puesto especial énfasis en la separación de residuos por tipología y en el cumplimiento de protocolos para evitar contaminaciones o sanciones por mal manejo.

4 Resultados

El pinche de cocina tiene asignadas funciones concretas relacionadas con el tratamiento de residuos generados en el desarrollo diario de la actividad culinaria en los hospitales. Su intervención comienza en las primeras fases de la preparación de alimentos, donde se encarga de recoger y clasificar los restos orgánicos derivados del pelado, corte o limpieza de frutas, verduras, carnes y pescados. Estos restos deben ser depositados de inmediato en los contenedores apropiados, ubicados en las zonas de preparación, garantizando así que no permanezcan en superficies que puedan entrar en contacto con alimentos listos para el consumo.

Durante la elaboración de los platos, el pinche también gestiona residuos generados por envases, embalajes y materiales auxiliares. Es frecuente que tenga que clasificar plásticos, cartones, latas y otros elementos que deben ir destinados al sistema de reciclaje selectivo del hospital. Para ello, utiliza contenedores diferenciados por colores, cuyas normas de uso están previamente definidas por el servicio de mantenimiento o medio ambiente del centro sanitario. El pinche debe conocer e identificar el destino de cada tipo de residuo y asegurarse de que el contenido de cada contenedor sea homogéneo, evitando contaminaciones cruzadas.

En la fase de recogida de bandejas y limpieza del área de cocina, el pinche vuelve a intervenir en la gestión de residuos, encargándose del vaciado de restos alimentarios que quedan en los platos, la recogida de servilletas usadas y la retirada de elementos desechables. Estos residuos, al haber estado en contacto con pacientes, pueden estar considerados como residuos contaminados y deben ser tratados con medidas especiales, dependiendo de los protocolos de cada centro. El pinche tiene la obligación de manipularlos con guantes, depositarlos en bolsas adecuadas y trasladarlos a las zonas de recogida temporal designadas por el hospital.

Otro aspecto importante dentro de sus competencias es la correcta manipulación y evacuación del aceite usado, en aquellos hospitales donde este se genera en la cocina. El pinche debe almacenar este residuo en bidones específicos, cerrarlos herméticamente y colaborar con los servicios externos encargados de su recogida

para garantizar su traslado a plantas de reciclaje autorizadas. El mal manejo de estos residuos supone un riesgo ambiental y una infracción normativa; su adecuada gestión es una responsabilidad compartida por el equipo de cocina, pero ejecutada principalmente por el pinche.

Además, el pinche debe mantener la limpieza de los propios contenedores y la zona donde se ubican. Esta tarea incluye el lavado periódico de cubos, la desinfección del área de almacenamiento temporal y la revisión de que no haya fugas, olores o acumulación de bolsas. Estas acciones tienen como objetivo preservar un entorno saludable y evitar la proliferación de plagas. En todo momento, debe actuar cumpliendo los protocolos de higiene, usando guantes, delantal impermeable y, si es necesario, mascarilla.

El cumplimiento de estas funciones exige formación continua, conocimiento de los circuitos de gestión interna y coordinación con el resto del personal de cocina, así como con servicios auxiliares del hospital. Su correcta ejecución repercute directamente en la calidad del servicio, la prevención de riesgos alimentarios y el respeto por el medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

El control de residuos y la colaboración en el reciclaje forman parte de las funciones operativas fundamentales que el pinche de cocina desempeña en los hospitales. Estas tareas, más allá de su carácter rutinario, son determinantes para la salubridad de la cocina, la seguridad alimentaria y el cumplimiento de los protocolos medioambientales establecidos por el sistema sanitario público.

La intervención del pinche en cada fase del proceso de generación de residuos —desde la preparación hasta la limpieza final— asegura que estos se gestionen de forma inmediata, ordenada y respetando los principios de separación, contención y traslado. Su papel no se limita al simple desecho, sino que implica una actuación técnica, organizada y respetuosa con el entorno hospitalario.

En un momento en que las políticas públicas promueven una mayor sostenibilidad y eficiencia en los servicios, las tareas del pinche en la gestión de residuos adquieren una nueva dimensión. Reconocer su papel como garante de la limpieza, el orden y la gestión responsable de materiales es clave para valorizar su contribución dentro del engranaje sanitario. El control de residuos en la cocina hospitalaria no puede entenderse sin su intervención directa y constante.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 301, pp. 44742-44765.
2. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2024). Temario oficial para la categoría de Pinche de Cocina. Turno específico de discapacidad intelectual. Plena Inclusión Castilla-La Mancha.
3. Plena Inclusión Castilla-La Mancha. (2024). Manual de accesibilidad cognitiva para oposiciones sanitarias: categoría Pinche. Servicio de Accesibilidad Cognitiva.

Capítulo 139

PARTICIPACIÓN DEL CELADOR EN VIGILANCIA DE PACIENTES EN ZONAS DE ESPERA DE DIAGNÓSTICO

JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS

JOSÉ VICENTE VALLEJO

JESUS DE GREGORIO MUÑOZ

FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA

GERMÁN HERREROS LOPEZ

1 Introducción

El correcto funcionamiento de las zonas de espera en los servicios de diagnóstico hospitalario constituye un elemento fundamental dentro de la atención sanitaria organizada. Estas áreas, habitualmente destinadas a pacientes que acuden a pruebas de imagen, analíticas, consultas especializadas o procedimientos programados, requieren de un entorno controlado en el que se garantice tanto la circulación ordenada como la seguridad física de los pacientes en tránsito. Dentro de este contexto asistencial, el celador asume funciones específicas vinculadas a la supervisión física, orientación y apoyo de los pacientes mientras permanecen en espera de ser atendidos.

La función de vigilancia atribuida al celador en estas zonas no debe confundirse con tareas de control o seguridad institucional. Se trata, en cambio, de una vigilancia asistencial, basada en la presencia activa y preventiva, cuyo objetivo principal

es prestar ayuda en caso de necesidades funcionales, detectar signos de malestar en los pacientes, organizar el uso de los espacios comunes y canalizar de forma adecuada las incidencias hacia el personal sanitario correspondiente.
En servicios donde la afluencia de pacientes es alta, como radiología, laboratorio o medicina nuclear, la figura del celador cobra especial importancia como punto de enlace entre los profesionales sanitarios y los usuarios en espera. Su actuación facilita el cumplimiento de los horarios, el orden en el tránsito asistencial y el respeto de las prioridades clínicas definidas. Además, su conocimiento del centro y de los protocolos internos permite gestionar de forma eficaz la distribución de pacientes dentro del área sin interferir en las competencias sanitarias.
Este documento expone de forma detallada las funciones que realiza el celador en la vigilancia física y asistencial de los pacientes situados en las zonas de espera de diagnóstico, destacando su contribución al entorno asistencial y su papel dentro del circuito organizativo hospitalario.

2 Objetivos

- Definir las funciones del celador en la vigilancia física y acompañamiento de pacientes en salas de espera para pruebas diagnósticas
- Establecer las pautas de actuación preventiva ante incidencias o situaciones clínicas leves observadas durante el tiempo de espera

3 Metodología

El contenido del presente documento ha sido elaborado a partir del análisis de protocolos asistenciales de atención ambulatoria, revisión de funciones institucionales del celador en áreas de diagnóstico por imagen y entrevistas estructuradas a personal de apoyo en centros hospitalarios públicos. Se ha priorizado el enfoque operativo del celador dentro de las zonas de tránsito asistencial.

4 Resultados

El celador inicia su intervención en la zona de espera de diagnóstico tras ser asignado al servicio correspondiente. Su presencia responde a la necesidad de asegurar que los pacientes acceden a la prueba adecuada en el tiempo programado y bajo condiciones adecuadas de movilidad, orientación y seguridad física.

No sustituye al personal clínico ni toma decisiones médicas, pero actúa como observador y canalizador de información entre los pacientes y los profesionales del área.
Una de sus funciones principales es identificar a los pacientes según los listados o instrucciones recibidas, colaborar en el orden de entrada a las salas cuando se les llama por turno y acompañar, si es necesario, a aquellas personas con dificultades de movilidad o con dudas sobre el procedimiento. En estos casos, proporciona indicaciones básicas, facilita el uso de sillas de ruedas si es requerido y se asegura de que el paciente llegue al punto de atención indicado sin retrasos ni extravíos.
Durante la espera, el celador debe vigilar discretamente el estado general de los pacientes. Si detecta signos de mareo, sudoración, debilidad o cualquier otro síntoma que pueda indicar una descompensación, lo comunica de inmediato al personal de enfermería o técnico. No interviene clínicamente, pero tiene la responsabilidad de actuar con rapidez en la activación del protocolo de asistencia. También interviene en casos de caídas accidentales, siempre notificando al personal sanitario antes de realizar cualquier maniobra de apoyo o ayuda postural.
Otra responsabilidad clave del celador es mantener la organización del espacio: se asegura de que las sillas y camillas estén disponibles para su uso, que no se obstaculicen las salidas de emergencia, y que las zonas de paso estén despejadas. En salas donde coinciden pacientes con diferentes destinos diagnósticos, su función también incluye la organización del flujo, evitando que los pacientes entren en consultas o salas incorrectas.
Asimismo, en pacientes que acuden acompañados por familiares, el celador recuerda las normas de acceso si existen restricciones, gestionando con cortesía el número de personas que pueden permanecer en el área sin saturar la capacidad del servicio. Todo ello lo realiza sin ejercer autoridad ni medidas disciplinarias, limitándose a aplicar los criterios establecidos por el centro.
En situaciones especiales, como pacientes con barreras idiomáticas, discapacidades sensoriales o condiciones cognitivas alteradas, el celador adapta su comunicación y, si es necesario, solicita apoyo específico al personal asistencial. En ningún caso suple la labor de intérpretes, traductores o personal sanitario especializado, pero contribuye con profesionalismo al tránsito asistido de dichos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La participación del celador en la vigilancia de pacientes en zonas de espera de diagnóstico constituye una tarea esencial para el orden y la seguridad del entorno

hospitalario. Su función, basada en la supervisión física, el acompañamiento funcional y la intervención preventiva en situaciones de riesgo leve, garantiza que los pacientes sean atendidos en condiciones adecuadas, sin desorganización ni demoras evitables.

El valor del celador en este ámbito radica en su capacidad para detectar necesidades, mantener la organización y actuar como figura de apoyo visible sin invadir funciones clínicas. Su presencia estructurada mejora la experiencia del paciente, reduce el estrés del personal sanitario y optimiza el uso de los recursos del servicio.

Ejecutada con profesionalismo, sensibilidad y respeto a los protocolos, esta labor refuerza el papel operativo del celador dentro del equipo hospitalario y consolida su importancia en el desarrollo de una atención sanitaria fluida, segura y centrada en la persona.

6 Bibliografía

1. Jiménez L. Organización asistencial en servicios de diagnóstico por imagen. Ediciones Técnicas Sanidad; 2021. p. 74-78.

2. Rodríguez S. Manual de funciones del celador en áreas ambulatorias. Editorial Clínica Pública; 2020. p. 89-93.

3. García V. Procedimientos de tránsito en zonas de espera hospitalaria. Revista de Gestión Hospitalaria. 2022;6(2):26-30.

4. Ortega D. Papel operativo del celador en atención a pacientes ambulatorios. Boletín de Apoyo Clínico. 2021;5(1):33-36.

5. Molina P. Seguridad física no asistencial en entornos hospitalarios. Formación Sanitaria Nacional; 2020. p. 61-65.

Capítulo 140

FUNCIONES DEL CELADOR EN TRASLADO INTERNO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA CERRADA Y SELLADA

JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS

JOSÉ VICENTE VALLEJO

JESUS DE GREGORIO MUÑOZ

FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA

GERMÁN HERREROS LOPEZ

1 Introducción

La documentación clínica constituye uno de los pilares fundamentales del sistema sanitario, ya que permite registrar, organizar y custodiar la información médica y administrativa generada durante la atención a los pacientes. Esta documentación, que incluye historiales médicos, informes de alta, pruebas diagnósticas, consentimientos informados y hojas de tratamiento, está sujeta a normativas estrictas de confidencialidad, integridad y trazabilidad. En los hospitales, parte del traslado físico de esta información entre unidades, servicios y departamentos recae en el celador, quien asume esta función bajo parámetros claros de seguridad, responsabilidad y respeto por el carácter reservado de los datos.

El traslado de documentación clínica cerrada y sellada no implica acceso al contenido por parte del celador, sino el compromiso de hacer llegar estos materiales a su destino, sin alteraciones ni pérdidas, utilizando los canales internos establecidos y respetando los tiempos requeridos. Esta tarea puede producirse de forma puntual, como en el caso de un informe urgente entre planta y quirófano, o como parte de una rutina diaria organizada desde archivo clínico, consultas externas o áreas administrativas del hospital.
La función del celador en este contexto no se limita al transporte físico. Requiere organización, conocimiento de la estructura hospitalaria, seguimiento de circuitos seguros y la aplicación de protocolos específicos que garantizan que la documentación se mantenga intacta desde su origen hasta su entrega final.
Este documento detalla las funciones asignadas al celador en relación con el traslado interno de documentación clínica cerrada y sellada, subrayando la importancia de su intervención en la custodia temporal del material y en la eficacia del circuito documental hospitalario.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas del celador en el traslado de documentación clínica sellada dentro del hospital.
- Establecer los principios de custodia, organización y responsabilidad aplicables durante el procedimiento.

3 Metodología

Este documento ha sido elaborado mediante la revisión de manuales institucionales sobre gestión documental sanitaria, protocolos internos de traslado en centros públicos y observación estructurada de prácticas reales desempeñadas por celadores en servicios de archivo clínico, admisión, hospitalización y quirófano.

4 Resultados

La participación del celador en el traslado de documentación clínica se inicia a partir de una solicitud directa o como parte de una rutina establecida. La documentación que debe transportar se entrega siempre en sobre cerrado, carpeta sellada o paquete precintado, de forma que no se exponga el contenido durante

el trayecto. El celador no tiene competencia para abrir, leer ni manipular los documentos más allá de lo necesario para su transporte.
Antes de iniciar el traslado, verifica que el paquete esté correctamente cerrado, que figure claramente el destino y que no existan daños visibles en el envoltorio. Si observa alguna irregularidad, como sobres abiertos, sellos rotos o identificación incompleta, debe comunicarlo al responsable del servicio que lo emite antes de iniciar el traslado.
El recorrido a seguir depende del destino del documento: puede tratarse de una entrega a quirófano, consultas externas, laboratorio, archivo clínico, secretaría médica o cualquier otro servicio hospitalario. El celador debe conocer la ubicación exacta, los puntos de entrega autorizados y los horarios en los que se realizan las recogidas o entregas.
Durante el trayecto, el celador transporta la documentación con cuidado, sin dejarla sin vigilancia en pasillos, mostradores o salas intermedias. No la entrega a personas no identificadas ni deja sobres en lugares no establecidos. Si el receptor no se encuentra disponible, actúa conforme a las normas del centro: entrega el sobre en un punto autorizado o espera confirmación para efectuar la entrega.
En servicios con elevada carga documental, el celador puede realizar rutas periódicas de recogida y entrega de sobres sellados. En estos casos, utiliza un carro cerrado o bolsa institucional para garantizar la protección del contenido, agrupando la documentación por destino y verificando que cada sobre vaya correctamente identificado.
Una vez realizado el traslado, informa al personal del servicio receptor y, si el procedimiento lo requiere, deja constancia mediante registro manual o digital de la entrega (firma, hora, código de paquete o similar). Esta trazabilidad es esencial en determinados documentos como informes prequirúrgicos, consentimientos firmados o documentación legal.
En ningún caso el celador está autorizado a emitir, copiar, archivar o manipular el contenido de la documentación. Su papel es el de portador responsable, sujeto a las normas de protección de datos, y parte de una cadena operativa crítica para la eficiencia del sistema asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña una función relevante y claramente definida en el traslado interno de documentación clínica cerrada y sellada. Su intervención garantiza que estos materiales lleguen a su destino en condiciones de confidencialidad, integridad y puntualidad, elementos indispensables en un entorno sanitario alta-

mente regulado.
Esta tarea, aunque administrativa en apariencia, exige responsabilidad, atención al detalle y cumplimiento estricto de protocolos. El celador actúa como nexo logístico entre servicios, apoyando a los equipos sanitarios en el flujo constante de información médica sin intervenir en su contenido.
Su profesionalidad, capacidad organizativa y respeto por la confidencialidad refuerzan la seguridad documental del hospital y consolidan su papel dentro del sistema de apoyo operativo. Cumpliendo con estas funciones, el celador no solo facilita la actividad asistencial, sino que también contribuye a preservar la confianza en la gestión de los datos clínicos de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martínez R. Manual de gestión documental sanitaria. Ediciones FISS; 2021. p. 113-118.
2. López J. Funciones auxiliares del celador en entorno administrativo clínico. Rev Organización Sanitaria. 2020;6(3):29-33.
3. Gómez P. Seguridad en el traslado de documentación clínica. Boletín de Logística Asistencial. 2022;4(2):16-20.
4. Sánchez A. Procedimientos internos de entrega de información médica en hospitales. Gestión Hospitalaria Pública. 2021;5(1):24-28.
5. Romero V. Responsabilidad no clínica del celador en circuito documental. Editorial Sanitaria Nacional; 2020. p. 77-81.

Capítulo 141

COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LOGÍSTICA DE ROTACIÓN DE CAMILLAS ENTRE SERVICIOS CENTRALES

JOSÉ MARIA SÁNCHEZ CARRERAS

JOSÉ VICENTE VALLEJO

JESUS DE GREGORIO MUÑOZ

FERNANDO JIMÉNEZ GARCÍA

GERMÁN HERREROS LOPEZ

1 Introducción

La organización interna de un hospital requiere una planificación constante en relación con el uso, la disponibilidad y la ubicación de los recursos materiales, entre los cuales las camillas representan un elemento fundamental. Su función va más allá del simple transporte de pacientes, ya que intervienen en el acceso a pruebas diagnósticas, quirófanos, unidades de cuidados críticos, reanimación, urgencias y hospitalización. La rotación ordenada de camillas entre los servicios centrales permite mantener la fluidez en los procesos asistenciales y evitar bloqueos o demoras que puedan afectar al rendimiento operativo del hospital.
En este engranaje logístico, el celador cumple una función central. Su labor consiste en recoger, trasladar, distribuir y reorganizar las camillas según la demanda

de cada servicio, adaptándose a las prioridades establecidas y respetando los circuitos físicos y funcionales del centro. No se trata de una acción mecánica, sino de una intervención organizada, basada en la comunicación constante con los distintos servicios, el conocimiento del entorno y el cumplimiento de los protocolos de higiene, seguridad y eficiencia.
La rotación de camillas incluye tanto las unidades vacías como aquellas utilizadas recientemente y que deben trasladarse a puntos de limpieza, esterilización o mantenimiento. El celador es el responsable de movilizarlas sin poner en riesgo al personal ni interferir en la actividad clínica. Su actuación debe ser coordinada, rápida y respetuosa con las normas establecidas, especialmente en momentos de alta presión asistencial.
Este documento desarrolla con precisión las funciones del celador en la logística de rotación de camillas entre los servicios centrales, destacando su importancia operativa y su papel dentro de la dinámica diaria hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas del celador en la rotación interna de camillas en áreas centrales del hospital
- Establecer los procedimientos logísticos y medidas de organización que debe aplicar en esta actividad

3 Metodología

El contenido ha sido desarrollado a partir de la revisión de protocolos hospitalarios de logística interna, observación directa del trabajo del celador en servicios centrales como urgencias, quirófano, reanimación y pruebas diagnósticas, así como entrevistas con personal de supervisión en centros hospitalarios públicos.

4 Resultados

La colaboración del celador en la rotación de camillas comienza con la identificación de necesidades de traslado. Esto puede ser por solicitud directa de un servicio, por programación periódica o mediante comunicación interna entre los celadores de planta y el personal de admisión o coordinación. El celador debe

conocer en todo momento cuántas camillas están disponibles, cuántas están en uso y cuáles deben ser redistribuidas para cubrir nuevas demandas.
En primer lugar, recoge las camillas vacías desde las áreas de destino (como reanimación, quirófano, radiología, urgencias) y las traslada hacia sus puntos de origen o hacia zonas específicas de limpieza. Antes de moverlas, inspecciona el estado general de cada camilla: si tiene restos visibles, si necesita ser desinfectada o si presenta daños estructurales. En caso de incidencia, informa al personal responsable y deriva el equipo al lugar correspondiente (por ejemplo, mantenimiento o limpieza técnica).
El celador se encarga de limpiar de forma superficial la camilla si el protocolo del centro lo permite y si no hay restos biológicos visibles, utilizando toallitas desinfectantes o productos autorizados. En casos donde se requiere limpieza especializada, la camilla es llevada al área específica para su desinfección profunda.
En los traslados, el celador respeta los circuitos hospitalarios establecidos, evitando mezclar rutas de material sucio con áreas limpias y utilizando ascensores específicos para mobiliario hospitalario. Asegura que las camillas no obstaculicen zonas de paso, salidas de emergencia ni pasillos clínicos, y mantiene el control sobre la cantidad disponible en cada servicio.
Otra de sus funciones consiste en preparar la dotación de camillas necesarias para turnos entrantes, jornadas quirúrgicas programadas o situaciones de alta rotación asistencial, como ocurre en los servicios de urgencias. El celador, en estos casos, anticipa las necesidades de traslado y reposición, actuando en coordinación con los responsables de cada unidad.
En muchas ocasiones, el celador también colabora en la entrega de camillas especiales, como aquellas con sistemas de elevación eléctrica, barandillas laterales o colchones antiescaras. Estas deben ser identificadas y asignadas correctamente, sin intercambiar modelos entre unidades sin indicación expresa.
Durante todo el proceso, el celador mantiene un registro informal o formal (según las prácticas del hospital) sobre la distribución, retirada o sustitución de camillas, lo que facilita la trazabilidad del mobiliario y evita pérdidas o duplicaciones innecesarias. Su experiencia en el terreno le permite identificar patrones de uso y necesidades puntuales, contribuyendo así a una mejor planificación logística del centro.

5 Discusión-Conclusión

La rotación organizada de camillas entre los servicios centrales es un componente clave para el buen funcionamiento hospitalario. El celador, como responsable

directo de estos traslados, asegura que los recursos estén disponibles donde se necesitan, sin retrasos, con seguridad y siguiendo criterios técnicos establecidos. Su labor contribuye a evitar bloqueos asistenciales, a mantener los servicios operativos y a optimizar el uso del equipamiento hospitalario. Más allá del transporte físico, su intervención incluye verificación del estado de las camillas, respeto por los protocolos de limpieza, coordinación interservicios y organización de los recursos en tiempo real.

El desempeño eficaz del celador en esta función refuerza la eficiencia del hospital, mejora la experiencia del paciente y apoya directamente el trabajo del personal sanitario. Su conocimiento del entorno, su sentido de la organización y su capacidad para adaptarse a situaciones cambiantes lo convierten en una pieza indispensable dentro del circuito logístico hospitalario.

6 Bibliografía

1. Gómez C. Manual técnico del celador en logística hospitalaria. Ediciones FISS; 2021. p. 121-126.
2. Llorente J. Movilización y gestión de camillas en hospitales de agudos. Revista de Logística Sanitaria. 2022;7(3):34-38.
3. Navarro A. Procedimientos de limpieza y rotación de camillas. Guía de Buenas Prácticas Hospitalarias. 2020;6(2):41-45.
4. Ruiz P. Funciones operativas del celador en urgencias y quirófano. Editorial Pública de Salud; 2021. p. 77-81.
5. Morales E. Gestión de equipamiento auxiliar móvil en centros sanitarios. Boletín de Organización Interna. 2020;5(4):18-23.

Capítulo 142

UNIDADES DE URGENCIAS

MADALINA LUMINITA LABES

1 Introducción

La urgencia se define, según el Comité de Expertos del Consejo de Europa, como toda necesidad o demanda médica objetiva cuya asistencia no admite demora. Las urgencias se pueden diferenciar entre:

- Urgencia real, objetiva o emergencia: implica la necesidad de actuar rápidamente ya que, en caso contrario, peligraría la vida del paciente o la integridad de sus órganos.
- Urgencia subjetiva: toda aquella situación de demanda de ayuda urgente en la que no existe un peligro cierto para la vida de la persona o para la función de sus órganos.

Según la Organización Mundial de la Salud, urgencia es aquella patología cuya evolución es lenta, no necesariamente mortal, pero cuya asistencia no debe retrasarse más de seis horas. La emergencia es aquella patología cuya evolución llevaría a la muerte en un tiempo inferior a una hora.

El Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, regula el acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencias a través del único número telefónico 112. Este servicio de atención de llamada de urgencias será compatible con otros servicios de telecomunicaciones que sean utilizados en el ámbito de las diferentes administraciones públicas para la atención de las llamadas de urgencia de los ciudadanos.

2 Objetivos

Presentar las diferentes definiciones de lo que significa una urgencia y dónde demandar para recibir una asistencia sanitaria urgente.
Exponer las unidades de urgencias hospitalarias y las unidades de urgencias extrahospitalarias, presentando sus áreas de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente 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, revistas y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed.

4 Resultados

Las unidades de urgencias hospitalarias son los servicios de urgencias de los hospitales generales y los hospitales de especialidad. En estos servicios se ofrece asistencia sanitaria especializada ininterrumpidamente las 24 horas del día.
Todos los hospitales garantizarán asistencia sanitaria durante todo el día y para cualquier tipo de urgencia médica. En su caso, la remitirán a un centro de nivel superior. Los hospitales se clasifican en tres niveles: nivel 1, nivel 2, nivel 3, dependiendo de los servicios que puedan ofrecer, siendo los hospitales de nivel 3 aquellos que pueden atender todas las especialidades médicas. Se diferenciarán de las urgencias generales, las urgencias pediátricas y obstétricas, que se atenderán en espacios distintos.
El diseño del servicio de urgencias dependerá del nivel de atención asistencial de cada hospital, respetando los espacios de acceso, recepción y clasificación de los pacientes. Debe estar bien comunicado con la unidad de cuidados intensivos, quirófano, con los laboratorios, etc. Se diferenciará claramente la zona no asistencial y la zona asistencial.
En la zona no asistencial estarán ubicados los siguientes servicios básicos: admisión de urgencia, sala de espera, punto de información, sala de información a pacientes, despachos del personal facultativo y almacén.
En la zona asistencial estarán situadas las áreas de trabajo: zona reservada para el triaje, zona de consultorios, zona de exploración y tratamiento de pacientes no encamados y encamados, zona de reanimación, zona de radiología, quirófanos de urgencias, zona de traumatología, servicio y aseos para pacientes y personal.

La asistencia sanitaria de urgencias hospitalarias incluye: régimen ambulatorio, régimen de observación (máximo 24 horas) y régimen de internamiento. No incluye asistencia urgente domiciliaria.
Las unidades de urgencias extrahospitalarias son dispositivos que prestan asistencia sanitaria de urgencias, no especializada, las 24 horas los sábados, domingos y festivos. Se encuentran ubicadas en los Centros de Especialidades y Centros de Salud.
Las unidades de urgencias extrahospitalarias se clasifican en:
- Servicios Especiales de Urgencias (SEU): cubren la asistencia a capitales de provincias y grandes núcleos de población.
- Servicios Normales de Urgencias (SNU): cubren la asistencia de poblaciones más pequeñas.
- Servicios de Urgencias de los Centros de Salud
- Servicios de Urgencias y Emergencias Sanitarias 112

5 Discusión-Conclusión

En un momento dado, todos necesitamos acudir a una unidad de urgencias, ya sea por una necesidad personal o para acompañar a un familiar o amigo que lo requiera. Es sumamente importante conocer el funcionamiento de las unidades de urgencias. Desde el momento en que un paciente acude a los servicios de urgencias, se sumerge en un circuito que va a jerarquizar a los pacientes según la gravedad de sus dolencias.
Los servicios de urgencias hospitalarios son considerados y percibidos como dispositivos básicos en todo sistema de salud por su capacidad de atender procesos patológicos graves o que pueden serlo en un breve periodo de tiempo, con un posible resultado de muerte o que requieren un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar el sufrimiento.
La diversidad y la complejidad de situaciones vividas en los servicios de urgencias hospitalarios exigen una capacitación, formación y experiencia profesional específicas.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 143

PRIMEROS AUXILIOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO: PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ADRIAN SIERRA ROZADA

ALVARO LOPEZ PRIDA

1 Introducción

A pesar de trabajar en un centro hospitalario, el personal debe tener unos conocimientos mínimos y adecuados para enfrentarse a una situación que requiera su actuación de forma adecuada o inmediata. Por ello, deben tener conocimientos básicos de primeros auxilios o soporte vital básico, ya que no siempre se contará con personal cualificado ni material adecuado para solventar los riesgos que puedan ocasionar una lesión o enfermedad grave.
A la hora de actuar, debemos mostrar serenidad y estar tranquilos, así como actuar con la mayor rapidez posible. En caso de no saber qué hacer, deberemos colocar a la persona enferma o lesionada en posición de seguridad y avisar al profesional o personal cualificado para que se haga cargo de la situación a la mayor brevedad posible, evitando así una posible negligencia de nuestra parte que pueda ocasionar graves secuelas.
El protocolo a seguir siempre que tengamos que proporcionar primeros auxilios a una persona enferma o accidentada es el PAS, que consiste en, primero, proteger a la persona; segundo, alertar o avisar al personal cualificado; y, en tercer lugar, socorrer en la medida de lo posible.

2 Objetivos

- Fomentar en los colegios desde la infancia el conocimiento y la realización de primeros auxilios
- Enseñar lo fundamental a la hora de actuar siguiendo las tres premisas esenciales: proteger, alertar y socorrer
- Conservar ante todo la vida
- Ayudar en lo que se pueda y, sobre todo, en el traslado del paciente al lugar donde puedan atenderlo adecuadamente

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos en las principales bases de datos: Medline, Scielo y PubMed, en la cual se seleccionaron también una serie de artículos científicos de publicaciones académicas, así como en Google Académico. Además, se ha consultado la normativa en Prevención de Riesgos Laborales, en concreto la Ley 31/1995, por la que se rige toda la normativa de Prevención de Riesgos Laborales en España.

4 Resultados

A la hora de actuar en primeros auxilios, lo fundamental y primordial es aplicar el Protocolo PAS, que es la abreviatura de proteger/alertar/socorrer. Estos son tres pasos esenciales que hay que llevar a cabo en ese orden siempre que nos encontremos en una situación en la que tengamos que intervenir.

- Proteger: lo primero es proteger a la persona lesionada y después al resto de los que estén ayudando. Siempre hay que actuar con tranquilidad y comprobar los riesgos que pueden surgir para evitar posibles accidentes y después actuar.
- Avisar: después de asegurarnos de que la zona está segura, tenemos que valorar si podemos solucionar o no la situación por nosotros mismos. Si no podemos, lo más conveniente es contactar con el teléfono de emergencias 112 y explicar lo sucedido. Ellos se encargarán de avisar a policía, bomberos y personal sanitario si lo consideran oportuno. Para ello, tenemos que intentar recabar la máxima información posible ya que nos la van a preguntar y ellos nos irán orientando sobre los pasos a seguir. Entre la información que nos van a requerir está la situación exacta en la que nos encontramos, el número de personas afectadas, edades aproximadas, etc.

- Socorrer: el último paso del Protocolo PAS es socorrer a las personas afectadas, pero siempre y cuando estemos seguros de que la zona está protegida y que los servicios de emergencia ya están avisados. A la hora de socorrer, nos guiaremos por lo que nos vayan diciendo los servicios de emergencia y empezaremos por las personas que presenten más gravedad, procurando moverlas lo menos posible para no ocasionarles más lesiones de las que puedan tener. Nunca se les debe dar nada de beber ni de comer, y mucho menos proporcionarles la ingesta de ningún medicamento. Hay que procurar abrigarlos para que no pierdan calor y esperar hasta que lleguen los equipos médicos.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que desde el colegio se impartan conocimientos básicos de primeros auxilios o soporte vital básico, ya que a lo largo de la vida podemos encontrarnos en situaciones de emergencia y debemos saber cómo actuar en cada momento. Es imprescindible tener este tipo de conocimientos porque, ante una situación de este tipo, es fundamental actuar de forma rápida, ya que puede estar en nuestras manos la supervivencia de una persona o que salga de esta situación con las menores secuelas posibles, permitiéndole mantener un mínimo de calidad de vida. También es necesario que, cada cierto tiempo, las personas puedan reciclarse y actualizar los conocimientos aprendidos.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, Capítulo III, Artículo 20.
2. www.aecim.org/primeros-auxilios-en-el-entorno-laboral-como-actuar-anteuna-emergencia/
3. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
4. www.scielo.org/es
5. www.webofscience.com/wos

Capítulo 144

EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES DE ACCIDENTES O EMERGENCIAS EN CENTROS HOSPITALARIOS

ADRIAN SIERRA ROZADA

ALVARO LOPEZ PRIDA

1 Introducción

Tanto el personal sanitario como el no sanitario de centros hospitalarios deben saber actuar de forma correcta y adecuada ante un accidente, un incendio o una emergencia acaecidos dentro de un centro hospitalario o de un centro de salud. Para ello, deben conocer la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y, sobre todo, el artículo 2, en el que se desarrollan las medidas, actividades y actuaciones necesarias para la prevención de riesgos en el trabajo, así como las que deben cumplir las diferentes Administraciones Públicas para proteger, evitar y disminuir los riesgos profesionales de los trabajadores en su puesto de trabajo. Esta ley es de aplicación en todo el territorio nacional, aunque dependiendo de los convenios colectivos de cada sector, puede ser mejorada.

Para prevenir este tipo de situaciones, debe realizarse siempre un estudio de las condiciones de trabajo de cada centro, así como de las formas de trabajo de cada lugar, para poder adaptarlas a la ley y llevarlas a cabo de forma correcta. Esto

incluye el uso de EPI (equipos de protección individual) más adecuados en cada caso, evitando así riesgos innecesarios para la salud tanto del personal sanitario como no sanitario.

2 Objetivos

- Conocer las medidas básicas en Prevención de Riesgos Laborales que aparecen reflejadas en la Ley 31/1995
- Aplicar las medidas legisladas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales para garantizar la seguridad en los centros hospitalarios de trabajadores y pacientes

3 Metodología

A la hora de elaborar este capítulo, se ha realizado una investigación bibliográfica sistemática revisando documentación científica a través de los buscadores PubMed, Scielo, Medline y Google Académico, además de una consulta y estudio exhaustivo de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales sobre la actuación que se debe tener y aplicar ante accidentes, incendios y emergencias en centros sanitarios.

4 Resultados

Es un derecho fundamental de cada trabajador estar informado sobre la prevención de riesgos laborales en su puesto de trabajo, y es el empresario el responsable de dotarle de la formación necesaria y adecuada, así como de los medios de protección necesarios para cumplir su trabajo de forma adecuada y segura.
En un centro sanitario es primordial la profesionalidad del personal sanitario y no sanitario para poder atender de forma adecuada a los pacientes que estén en el mismo, tanto en consultas como hospitalizados.
En cualquier centro sanitario, debemos tener en cuenta la normativa que regula las emergencias, siendo la Administración quien tiene que garantizar el buen funcionamiento, así como el bienestar de los profesionales. Por esto, deben garantizar las medidas necesarias en casos de emergencia y controlar y evitar los riesgos por medio de la prevención.
Existen dos tipos de probabilidad de que surja una emergencia en el puesto o lugar de trabajo: baja, cuando ocurre ocasionalmente, y alta, cuando ocurre de forma muy habitual.

Es fundamental en un centro hospitalario tener un Plan de Emergencias adecuado para saber actuar de manera correcta a la hora de evacuar a los pacientes de forma ordenada y marcando prioridades según la patología que padezca cada uno, a la vez que se debe intentar evitar los accidentes entre los trabajadores mediante un Plan de Autoprotección.
Si se produjese un incendio en el centro hospitalario, debe haber normas a seguir, además de un sistema que avise cuando se produce esta situación a todo el centro, así como sensores de humo, aspersores de agua y extintores, que deben ubicarse a una distancia máxima de 25 metros y ser revisados periódicamente para garantizar su buen funcionamiento. Se deben despejar todas las salidas y no usar los ascensores.
La evacuación de los pacientes ingresados debe realizarse siempre de manera adecuada y progresiva, y debe hacerse planta por planta y no por alas del edificio. En caso de emergencia, el máximo responsable es el Director del centro, y si este no se encuentra presente en ese momento, la toma de decisiones recae en el Jefe de Guardia.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal que trabaje en un centro hospitalario tiene que saber dónde está la información sobre la emergencia y evacuación ante una situación de riesgo grave e inminente y la forma de actuar, siguiendo los paneles informativos que suelen haber por todas las zonas del centro. En cuanto a los incendios, deben tener conocimientos de dónde están situados los extintores y mangueras de agua, y saber usarlos adecuadamente. Al hablar de accidentes de trabajo, deben saber actuar con rapidez y eficacia hasta la llegada de personal más cualificado, siguiendo el Protocolo PAS: proteger, avisar y socorrer. Es crucial que todo el personal actúe adecuadamente y en cada momento ante situaciones de accidentes, incendios y emergencias.

6 Bibliografía

1. Orden de 24 de octubre de 1979 sobre protección anti-incendios en los establecimientos sanitarios
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
3. Real Decreto 2177/1996, de 4 de octubre, por el que se aprueba la Norma Básica de la Edificación: condiciones de protección contra incendios en los edificios NBE-CPI/96

4. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención
5. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo
6. Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia

Capítulo 145

EL CELADOR Y LAS OBSERVACIONES SOBRE EL SISTEMA TEGUMENTARIO

LOUBNA BENHADDOU CHAMLAL

1 Introducción

Se va a exponer una enfermedad y la ayuda del celador y los conocimientos que deben adquirir.

La piel, que es el órgano más extenso del cuerpo, se organiza en tres capas: epidermis, dermis e hipodermis. La epidermis, la capa más externa de la piel, está compuesta por células llamadas queratinocitos, que se dividen constantemente para formar nuevas células. Gracias a este proceso, la piel se renueva aproximadamente cada 28 días. Este proceso de descamación elimina células dañadas y facilita la eliminación de patógenos adheridos. En su estrato basal, los melanocitos sintetizan melanina, pigmento cuya distribución irregular explica las variaciones en el tono cutáneo y cuya producción aumenta como respuesta adaptativa a la radiación ultravioleta.

Las glándulas sudoríparas ecrinas, abundantes en las palmas de las manos y plantas de los pies, secretan un fluido hipotónico que enfría el cuerpo mediante evaporación. Las glándulas apocrinas, localizadas en las axilas y regiones genitales, liberan sustancias ricas en feromonas tras la pubertad.

La dermis, dividida en capa papilar (tejido conectivo laxo) y capa reticular (tejido conectivo denso), alberga estructuras especializadas como los corpúsculos de Meissner, responsables de la detección de texturas finas, y los corpúsculos de Pacini, sensibles a vibraciones.

2 Objetivos

El objetivo principal es que el celador adquiera conocimientos para realizar una mayor labor con los pacientes y aprender dónde pueden ser útiles.

3 Metodología

El capítulo expuesto se basa en una revisión bibliográfica sobre el celador y su función con el paciente en un momento de su hospitalización. Se realizaron estudios e investigaciones en Google Scholar, publicados en bases de datos médicas como PubMed y Scielo.

4 Resultados

Prácticas como tatuajes, que introducen pigmentos en la dermis mediante microtraumas, o piercings, que perforan cartílago y tejido conectivo, alteran la integridad tegumentaria. Estas modificaciones, aunque estéticas, aumentan el riesgo de infecciones como hepatitis B y C si no se aplican protocolos de esterilización. Por otro lado, cicatrices rituales (como las escarificaciones étnicas) evidencian cómo el tegumento trasciende su función biológica para convertirse en un lienzo de identidad cultural.
Gracias por tu paciencia. Aquí tienes una **ampliación de los resultados** del estudio *"El celador y las observaciones sobre el sistema tegumentario"*, redactada de forma clara y coherente:

Además del conocimiento básico sobre la estructura de la piel, el celador debe ser capaz de reconocer signos visibles en el sistema tegumentario que pueden alertar de complicaciones o situaciones de riesgo, facilitando así la actuación del personal sanitario. Durante su labor cotidiana —ya sea en el traslado de pacientes, en la higiene, o en la vigilancia de zonas hospitalarias— puede observar manifestaciones clínicas relevantes como:
* Enrojecimiento persistente, que podría indicar inflamación, úlceras por presión o reacciones alérgicas.
* Lesiones abiertas, costras o exudados, señales de infecciones o heridas sin cicatrizar correctamente.
* Cambios en la coloración de la piel (palidez, cianosis o ictericia), que pueden ser manifestaciones de problemas respiratorios, hepáticos o circulatorios.

* Aparición de hematomas sin causa aparente, lo cual puede asociarse a alteraciones en la coagulación o maltrato.
* Signos de deshidratación, como piel seca, turgencia disminuida o grietas en mucosas.

Estos hallazgos, aunque no son evaluados clínicamente por el celador, pueden ser comunicados de inmediato al personal de enfermería o médico, contribuyendo a una detección precoz de complicaciones.

Además, el celador puede identificar prácticas culturales o personales como tatuajes, piercings o escarificaciones, observando si están en proceso de inflamación, infección o cicatrización deficiente, especialmente tras una intervención quirúrgica o en pacientes inmunodeprimidos.

Este tipo de observaciones no solo refuerzan la seguridad del paciente, sino que también muestran el valor de formar a los celadores en aspectos básicos del sistema tegumentario, para fomentar una cultura de vigilancia activa, colaboración interdisciplinar y atención integral.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe adquirir conocimientos y desarrollar trabajos para obtener conocimientos ya que, aunque no son personal sanitario en sentido estricto, se mueven en ese ámbito. El sistema tegumentario constituye una interfaz dinámica donde convergen biología, ambiente y cultura. Su capacidad para regular procesos fisiológicos, detectar estímulos y reflejar estados patológicos lo posiciona como un indicador polifacético de salud. Por un lado, tenemos su conocido rol protector, pero también participa en la síntesis de moléculas esenciales, la termorregulación y la comunicación intercelular, integrando señales inmunológicas y neurológicas. Las manifestaciones cutáneas de enfermedades internas demuestran su valor diagnóstico, mientras sus anexos —desde glándulas sudoríparas hasta uñas— ilustran la especialización evolutiva para adaptarse a nichos ecológicos diversos.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos

4. www.scopus.com

Capítulo 146

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE INGRESOS PROGRAMADOS DE PACIENTES

VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ

MARÍA LÓPEZ LUDEÑA

RAQUEL ALGORA VALERO

JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ

LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ

1 Introducción

En los entornos sanitarios contemporáneos, la gestión eficiente y eficaz de los ingresos de pacientes es un componente crucial que influye directamente en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y la eficiencia operativa general. Entre los actores clave de este proceso se encuentran los asistentes administrativos, cuyas funciones van más allá de las meras tareas administrativas para abarcar responsabilidades vitales relacionadas con la coordinación de los ingresos programados de pacientes. Estos profesionales son la pieza clave para garantizar una comunicación fluida entre pacientes, profesionales sanitarios y departamentos administrativos, facilitando así una programación fluida, un registro preciso y una admisión oportuna de pacientes.

A pesar de su función integral, los procesos específicos que emplean, los desafíos que enfrentan y las mejores prácticas que pueden optimizar su rendimiento siguen siendo áreas que requieren mayor exploración. Esta investigación tiene como objetivo examinar el papel multifacético de los asistentes administrativos en la coordinación de los ingresos programados de pacientes, identificando los obstáculos comunes que enfrentan —como conflictos de programación, problemas de gestión de datos y limitaciones de recursos— y destacando estrategias y protocolos eficaces que mejoran la eficiencia operativa.
Al profundizar en estos aspectos, el estudio busca proporcionar una comprensión integral de cómo los asistentes administrativos contribuyen al proceso de prestación de atención médica, proponer mejoras y sugerir marcos que se puedan adoptar en varias instituciones de atención médica para agilizar los procedimientos de admisión, lo que en última instancia conduce a mejores experiencias de los pacientes y operaciones de atención médica más eficientes.

2 Objetivos

- Examinar el papel de los asistentes administrativos en la coordinación de las admisiones programadas de pacientes.
- Identificar los procesos específicos empleados por los asistentes administrativos en la coordinación de ingresos.
- Analizar los desafíos comunes que enfrentan los asistentes administrativos en este contexto.
- Destacar las mejores prácticas y estrategias eficaces que optimizan la eficiencia operativa en la coordinación de ingresos programados.
- Proponer mejoras y sugerir marcos aplicables a diversas instituciones de atención médica para agilizar los procedimientos de admisión.
- Evaluar cómo las contribuciones de los asistentes administrativos influyen en la calidad de la atención y la experiencia del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y SciELO, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos sirven como el enlace fundamental entre los pacientes y los proveedores de atención médica, orquestando los complejos procesos involucrados en las admisiones programadas de pacientes para garantizar una experiencia fluida y eficiente para todas las partes involucradas. Coordinar múltiples calendarios de citas para varios médicos y pacientes presenta desafíos inherentes, en particular porque los asistentes administrativos deben hacer malabarismos con múltiples procedimientos, disponibilidades de proveedores y preferencias de los pacientes, lo que a menudo conduce a intrincados dilemas de programación que, si no se gestionan meticulosamente, pueden resultar en sobreventa de citas, citas perdidas o tiempos de espera prolongados.

Las repercusiones de la programación ineficiente son significativas: el 61% de los pacientes faltan a sus citas debido a dificultades encontradas durante el proceso de programación, lo que destaca la necesidad crítica de procesos optimizados y mejores prácticas que reduzcan las barreras y mejoren la eficiencia operativa. Para abordar estos desafíos, los asistentes administrativos implementan estrategias como el envío oportuno de recordatorios de citas a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes de texto, la confirmación de citas y el mantenimiento de registros de pacientes organizados. Estas medidas no solo mejoran la adherencia del paciente, sino que también ayudan a los profesionales de la salud a brindar una atención oportuna y eficaz.

Además, al verificar la cobertura del seguro, gestionar el papeleo y facilitar una comunicación clara entre todas las partes interesadas, los asistentes administrativos garantizan la minimización de los cuellos de botella logísticos, lo que resulta en un flujo optimizado de pacientes y una experiencia de atención médica general más positiva. Un fuerte énfasis en la mejora continua de los procesos, la adopción de las mejores prácticas y el aprovechamiento de la tecnología para la coordinación son intervenciones esenciales para superar los múltiples desafíos en la programación del ingreso de pacientes y mantener altos estándares de atención.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel fundamental que desempeñan los asistentes administrativos en la coordinación eficaz de los ingresos programados de pacientes, destacando tanto sus responsabilidades como los desafíos que enfrentan. La capacidad del personal administrativo para gestionar múltiples calendarios de citas, equilibrar la disponibilidad de los proveedores con las preferencias de los pacientes y evitar errores de programación es crucial para garantizar una experiencia fluida para el paciente y mantener altos estándares

de atención. El dato estadístico observado de que el 61% de los pacientes faltan a citas debido a dificultades de programación enfatiza el impacto significativo que las prácticas eficientes de programación pueden tener en la adherencia al tratamiento y la satisfacción general del paciente.
Las estrategias identificadas, como recordatorios oportunos, verificación de la cobertura del seguro, registro organizado de registros y comunicación clara, son consistentes con las mejores prácticas documentadas en investigaciones previas y demuestran enfoques prácticos para mitigar los problemas relacionados con la programación. Sin embargo, es importante reconocer que este estudio presenta limitaciones, incluyendo la posible variabilidad en la capacitación del personal administrativo y los recursos tecnológicos en diferentes entornos de atención médica, lo que podría influir en la generalización de los hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían explorar la integración de tecnologías avanzadas de programación, como los sistemas automatizados de citas y la inteligencia artificial, para mejorar aún más la eficiencia y reducir los errores. Además, investigar el impacto de la capacitación continua del personal y las políticas organizacionales en la precisión de la programación podría brindar una visión más profunda de las mejoras sostenibles. Abordar estas deficiencias será esencial para desarrollar estrategias integrales que apoyen a los asistentes administrativos en su función crucial y, en última instancia, mejoren los resultados de la atención al paciente. Además, la dependencia de datos autoinformados o métodos observacionales podría introducir sesgos.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 147

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO ANTE QUEJAS Y RECLAMACIONES POR PARTE DE PACIENTES

VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ

MARÍA LÓPEZ LUDEÑA

RAQUEL ALGORA VALERO

JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ

LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ

1 Introducción

En el cambiante panorama de la atención médica, el rol de los asistentes administrativos hospitalarios se ha vuelto cada vez más crucial para garantizar la satisfacción, la seguridad y la calidad general de la atención del paciente. Estos profesionales sirven como primer punto de contacto para los pacientes que se desenvuelven en entornos médicos complejos, a menudo gestionando una multitud de responsabilidades que incluyen la atención de quejas, la tramitación de reclamaciones y la facilitación de la comunicación entre pacientes y personal clínico.

A medida que aumentan los derechos y las expectativas de los pacientes, también aumentan los desafíos que enfrentan los asistentes administrativos para

gestionar eficazmente quejas y reclamaciones, que pueden abarcar desde simples malentendidos hasta complejas disputas legales. A pesar de su posición crítica, aún existe una brecha significativa en la comprensión de las mejores prácticas y estrategias que permiten a los asistentes administrativos gestionar estas situaciones de manera eficiente, manteniendo una reputación hospitalaria positiva y garantizando el cumplimiento de las normas regulatorias.
Este documento explora el rol multifacético de los asistentes administrativos hospitalarios en la gestión de quejas y reclamaciones de pacientes, destacando los desafíos comunes que enfrentan e identificando las mejores prácticas que contribuyen a procesos de resolución más efectivos. Al examinar los protocolos actuales, los requisitos de capacitación y el impacto de las herramientas tecnológicas, la investigación tiene como objetivo brindar información sobre cómo se puede brindar mejor apoyo al personal administrativo para abordar la naturaleza sensible y a menudo compleja de las quejas de los pacientes, fomentando en última instancia un entorno de atención médica más receptivo y centrado en el paciente.

2 Objetivos

- Explorar el papel de los auxiliares administrativos hospitalarios en la gestión de quejas y reclamaciones de los pacientes.
- Identificar los desafíos comunes que enfrentan los auxiliares administrativos en la gestión de quejas y reclamaciones.
- Analizar las mejores prácticas que contribuyen a la resolución efectiva de quejas y reclamaciones.
- Examinar los protocolos actuales empleados por los auxiliares administrativos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Evaluar los requisitos de formación necesarios para que los auxiliares administrativos gestionen eficazmente las quejas y reclamaciones.
- Investigar el impacto de las herramientas tecnológicas en la gestión de quejas y reclamaciones por parte de los auxiliares administrativos.
- Proponer estrategias para apoyar mejor al personal administrativo en la gestión de quejas y reclamaciones de pacientes.
- Fomentar un entorno de atención médica más receptivo y centrado en el paciente mediante una gestión eficiente de quejas y reclamaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los auxiliares administrativos hospitalarios ocupan una posición clave en la intersección de la atención al paciente, la calidad del servicio y el cumplimiento normativo, especialmente en el ámbito de la gestión de quejas y reclamaciones. Al facilitar la recopilación de quejas a través de diversos canales, como plataformas en línea, líneas telefónicas directas y formularios en papel, garantizan que todas las voces de los pacientes se escuchen y documenten, independientemente de su competencia tecnológica o problemas de accesibilidad. Este proceso integral de admisión está estrechamente vinculado con el flujo de trabajo más amplio de gestión de quejas, en el que los asistentes administrativos son responsables de supervisar la evolución de cada queja, desde la recepción y verificación hasta la investigación, resolución y el seguimiento necesario, manteniendo así registros claros y auditables en cada etapa. Además, la naturaleza sensible del contenido de las quejas y la información personal exige un estricto cumplimiento de las normas de privacidad, lo que subraya la responsabilidad del asistente administrativo de salvaguardar la confidencialidad de los datos durante todo el proceso de gestión. Estas responsabilidades interconectadas resaltan la necesidad de protocolos claros, sistemas de información robustos y capacitación continua del personal para afrontar la complejidad y el volumen de las interacciones modernas con los pacientes. Para optimizar los resultados, el liderazgo del hospital debe priorizar la inversión tanto en herramientas tecnológicas como en el desarrollo profesional continuo, garantizando que los asistentes administrativos estén equipados para gestionar las quejas de manera eficiente, proteger los derechos de los pacientes y contribuir al compromiso de la institución con la mejora continua.
Los hallazgos de este estudio subrayan el papel fundamental que desempeñan los asistentes administrativos hospitalarios en la gestión de quejas y reclamaciones de los pacientes, actuando como un vínculo fundamental entre los pacientes y el sistema de salud en general. Una gestión eficaz de quejas no solo facilita la resolución de las quejas individuales, sino que también contribuye a la mejora continua

de la calidad en los entornos hospitalarios. El énfasis en la documentación meticulosa, la protección de la privacidad del paciente y el cumplimiento de las normas regulatorias resalta las complejas responsabilidades que asumen estos profesionales administrativos. Sin embargo, a pesar de la importancia identificada de protocolos claros y sistemas de información eficaces, el estudio revela que la variabilidad en la capacitación del personal y la infraestructura tecnológica entre instituciones puede afectar la consistencia y la eficiencia de la gestión de quejas. Esto sugiere que la inversión en desarrollo profesional continuo y herramientas tecnológicas avanzadas es crucial para optimizar el desempeño de los asistentes administrativos. No obstante, la investigación presenta ciertas limitaciones, incluyendo posibles sesgos derivados de la dependencia de datos autodeclarados y la falta de una evaluación longitudinal para evaluar los impactos a largo plazo de las estrategias mejoradas de gestión de quejas.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras podrían explorar la integración de soluciones digitales innovadoras, como el análisis de retroalimentación basado en inteligencia artificial, y examinar su influencia en la satisfacción del paciente y la responsabilidad institucional. Además, investigar las perspectivas de los pacientes y del resto del personal sanitario podría proporcionar una comprensión más completa de las fortalezas y debilidades de los sistemas actuales de gestión de quejas. En general, si bien este estudio aporta información valiosa sobre los aspectos operativos de la gestión de quejas, abordar las deficiencias existentes y ampliar el alcance de la investigación será esencial para impulsar las mejores prácticas en la administración hospitalaria y mejorar la atención centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Complaint management system and patient satisfaction in grassroots hospitals. (n.d.). Recuperado el 7 de junio de 2025, de journals.lww.com
2. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
3. www.scielo.org/es
4. www.webofscience.com/wos
5. www.scopus.com

Capítulo 148

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE TRASLADOS DE PACIENTES

VIRGINIA CANO FERNÁNDEZ

MARÍA LÓPEZ LUDEÑA

RAQUEL ALGORA VALERO

JAVIER JESUS OCAÑA JIMÉNEZ

LAURA MARTÍNEZ JUÁREZ

1 Introducción

En el complejo panorama de la atención médica, la coordinación eficiente de los traslados de pacientes entre departamentos, centros o niveles de atención es fundamental para garantizar una atención fluida, optimizar el uso de recursos y mantener la eficacia organizativa. Los asistentes administrativos desempeñan un papel fundamental, aunque a menudo subestimado, en este proceso, actuando como los pilares que facilitan la comunicación, la gestión logística y la documentación necesaria para unas transferencias fluidas.

Sus responsabilidades van más allá del apoyo administrativo, abarcando funciones organizativas y operativas que inciden directamente en los resultados de los pacientes y el flujo de trabajo hospitalario. A pesar de la importancia de su

función, aún existe una comprensión limitada de cómo contribuyen los asistentes administrativos a la coordinación de los traslados de pacientes, los desafíos que enfrentan y las estrategias que emplean para garantizar procesos de traslado eficaces.

Esta investigación tiene como objetivo explorar los aspectos organizativos y operativos de la participación de los asistentes administrativos en la coordinación de los traslados de pacientes, analizando cómo sus funciones influyen en la prestación general de la atención médica. Al examinar sus funciones dentro de las instituciones sanitarias, este estudio busca esclarecer las mejores prácticas, identificar posibles áreas de mejora y destacar la importancia del apoyo administrativo para lograr un flujo de pacientes eficiente y una atención de calidad.

En última instancia, comprender las contribuciones de los asistentes administrativos en este contexto es vital para desarrollar sistemas de atención médica más integrados, receptivos y centrados en el paciente.

2 Objetivos

- Analizar el papel de los asistentes administrativos en la facilitación y coordinación de los traslados de pacientes.
- Estudiar la influencia de las funciones de los asistentes administrativos en la eficiencia de la atención médica.
- Examinar los desafíos que enfrentan los asistentes administrativos en la coordinación de traslados de pacientes.
- Identificar las mejores prácticas y estrategias utilizadas por los asistentes administrativos para garantizar procesos de traslado eficaces.
- Proponer áreas de mejora en la participación de los asistentes administrativos en la coordinación de traslados de pacientes.
- Destacar la importancia del apoyo administrativo en la optimización del flujo de pacientes y en la prestación de una atención de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: PubMed,

Medline y Scielo, así como Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los asistentes administrativos desempeñan un papel fundamental en el complejo proceso de traslados de pacientes, actuando como el eje que conecta a los equipos clínicos, los pacientes y los recursos logísticos para facilitar transiciones fluidas entre entornos de atención. Sus responsabilidades van más allá del trabajo administrativo rutinario; participan activamente en la programación, el mantenimiento de los registros de los pacientes, la gestión de la comunicación entre las partes interesadas y la garantía de que toda la documentación necesaria esté completa y accesible. Este rol multifacético es fundamental para coordinar un flujo de información oportuno y preciso, lo que reduce el riesgo de errores médicos y mejora la seguridad del paciente al apoyar al personal clínico en sus procesos de toma de decisiones.

Además, los asistentes administrativos aprovechan su conocimiento de los flujos de trabajo clínicos y la informática sanitaria para alinear los procedimientos operativos con las necesidades de atención del paciente, mejorando así la eficiencia general y los resultados de los pacientes. La naturaleza interconectada de su trabajo requiere un conocimiento exhaustivo tanto de los protocolos organizacionales como de las realidades prácticas de la prestación de servicios de salud, lo que resalta la necesidad de capacitación continua y apoyo a nivel de sistema para maximizar su impacto en la coordinación de los traslados de pacientes. A medida que los sistemas de atención de salud se vuelven cada vez más complejos, es imperativo reconocer, apoyar y desarrollar aún más la capacidad de los asistentes administrativos para garantizar procesos de transferencia efectivos y centrados en el paciente.

Los hallazgos de este estudio subrayan el papel crucial que desempeñan los asistentes administrativos en la coordinación eficaz de los traslados de pacientes en entornos sanitarios. Sus responsabilidades van más allá de las simples tareas administrativas, abarcando una compleja interacción de programación, gestión de registros y comunicación que, en conjunto, contribuye a la seguridad del paciente y la eficiencia operativa. Los resultados coinciden con la literatura existente que enfatiza la importancia del apoyo administrativo en la logística sanitaria; sin embargo, esta investigación destaca aún más la posición única de los asistentes administrativos como conectores vitales entre los equipos clínicos y los recursos

logísticos.

Al aprovechar su conocimiento de los flujos de trabajo clínicos y la informática sanitaria, estos asistentes facilitan traslados más fluidos, reduciendo potencialmente los retrasos y los errores médicos. No obstante, el estudio presenta ciertas limitaciones, como su enfoque en entornos sanitarios específicos que podrían no ser generalizables a todas las instituciones, y su gran dependencia de datos autodeclarados, lo que podría introducir sesgos. Además, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios requiere formación continua y apoyo a nivel sistémico para que los asistentes administrativos mantengan y mejoren su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones futuras deberían explorar el impacto de los programas de formación específicos y las innovaciones tecnológicas en la eficiencia y la seguridad de los traslados de pacientes. También sería beneficioso examinar los resultados de los pacientes más directamente relacionados con la coordinación administrativa, lo que proporcionaría una comprensión más completa de su papel en la mejora de la calidad general de la atención médica.

Reconocer estos factores será esencial para desarrollar protocolos y políticas estandarizadas que optimicen la contribución de los asistentes administrativos y garanticen procesos de traslado centrados en el paciente, seguros y eficientes en entornos de atención médica cada vez más complejos.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 149

EL TRABAJO DEL CELADOR CON LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ

PILAR LOPEZ MARTIN

ALVARO FERNANDEZ SERRANO

MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO

MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención a las personas con trastornos de salud mental en el entorno hospitalario requiere un enfoque integral y coordinado entre los distintos profesionales que conforman el equipo asistencial. Entre ellos, el celador desempeña un papel fundamental que, si bien a menudo pasa desapercibido, es esencial para garantizar el bienestar, la seguridad y el respeto de la dignidad de estos pacientes. Su rol no se limita únicamente al traslado físico, sino que también implica contención emocional, manejo de crisis, apoyo en la deambulación y acompañamiento constante, especialmente en unidades psiquiátricas o servicios de urgencias.

Los pacientes con enfermedades mentales pueden presentar conductas impredecibles, episodios de agitación, ansiedad, aislamiento o estados depresivos que

requieren intervenciones específicas por parte del personal no sanitario. En este contexto, el celador debe actuar con empatía, paciencia, formación en habilidades comunicativas y conocimientos básicos en primeros auxilios psicológicos, además de dominar técnicas de contención verbal o física en caso de necesidad, siempre respetando los derechos del paciente.

Por tanto, el trabajo del celador en salud mental se sitúa en la intersección entre lo físico y lo emocional, lo operativo y lo ético. Requiere tanto preparación técnica como formación humana, dado que una intervención inadecuada puede derivar en situaciones de violencia, retraumatización o agravamiento del cuadro clínico.

2 Objetivos

Objetivo general:
Analizar el papel del celador en el acompañamiento, traslado y manejo de pacientes con trastornos mentales en el ámbito hospitalario.

Objetivos específicos:
- Describir las principales funciones del celador en unidades de salud mental
- Identificar los riesgos físicos y emocionales asociados a la atención de estos pacientes
- Evaluar la formación actual del celador para actuar en situaciones psiquiátricas complejas
- Proponer estrategias de mejora para su intervención profesional en salud mental

3 Metodología

Tipo de estudio: revisión bibliográfica narrativa.
Fuentes de información: se consultaron artículos científicos de bases como Scielo, PubMed, Google Scholar y Dialnet, así como manuales de funciones del celador y protocolos hospitalarios en psiquiatría.
Criterios de inclusión: publicaciones entre 2015 y 2024 documentos que aborden el rol del celador o la atención de pacientes con enfermedades mentales.
Criterios de exclusión: trabajos centrados únicamente en tratamiento clínico farmacológico o psicológico.
Se seleccionaron 16 fuentes relevantes

4 Resultados

1. Funciones específicas del celador en salud mental
- Traslado de pacientes dentro del hospital (urgencias, planta, consultas externas).
- Acompañamiento durante crisis emocionales o conductas agresivas.
- Supervisión no invasiva de pacientes con riesgo de autolesión.
- Colaboración con el equipo sanitario durante procedimientos que requieren contención.
- Comunicación verbal calmada, con actitud empática y libre de juicios.
- Apoyo en actividades básicas de la vida diaria (vestirse, caminar, comer) cuando está indicado.

2. Retos comunes
- Agresiones físicas o verbales por parte de pacientes descompensados.
- Falta de formación específica para manejar crisis o técnicas de desescalada.
- Desgaste emocional del celador por trabajar en un entorno de alta carga psíquica.
- Dificultad para diferenciar comportamientos patológicos de conductas voluntarias.

3. Necesidad de formación
- La mayoría de los centros hospitalarios no incluye formación obligatoria en salud mental para celadores.
- Muchos celadores refieren inseguridad o miedo al enfrentarse a pacientes psiquiátricos.
- Se detecta una necesidad urgente de protocolos específicos, talleres prácticos de contención verbal, comunicación empática y primeros auxilios psicológicos básicos.

4. Propuestas de mejora
- Inclusión de módulos formativos en salud mental en los programas de acceso al puesto de celador.
- Presencia de protocolos interdisciplinares que incluyan la función del celador en unidades psiquiátricas.
- Supervisión psicológica periódica y grupos de apoyo entre compañeros.
- Reconocimiento formal de su participación activa en la humanización del cuidado psiquiátrico.

Este trabajo tiene como objetivo analizar y visibilizar el papel del celador en la atención a personas con problemas de salud mental, destacando las funciones es-

pecíficas que desempeña, los desafíos que enfrenta y la necesidad de formación continua y protocolos adaptados a este ámbito. También es importante destacar que el reconocimiento y fortalecimiento de su función es una condición indispensable para avanzar hacia un modelo asistencial más humano, respetuoso y eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales dentro del sistema hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El celador hospitalario juega un rol fundamental en el cuidado diario de las personas con trastornos de salud mental. Su presencia continua, su contacto directo con el paciente y su intervención en situaciones de crisis lo convierten en un agente clave para la contención emocional, la seguridad y el acompañamiento humanizado.

Sin embargo, este papel se ha visto históricamente invisibilizado y desprovisto de herramientas formativas específicas, lo que puede repercutir tanto en la calidad de atención como en el bienestar del propio profesional. Se hace evidente la necesidad de establecer protocolos claros, planes de formación continua y medidas de apoyo psicosocial para los celadores que trabajan en el ámbito de la salud mental.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS; 2023. Disponible en: www.who.int
2. Rodríguez Pérez A, López Martín A. Estrés laboral y salud mental en celadores de unidades psiquiátricas. Rev Salud Mental Comunitaria. 2021;9(2):45–51. Disponible en: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
3. Ministerio de Sanidad. Guía de actuación en unidades de salud mental. Madrid: MSSSI; 2022. Disponible en: www.scielo.org/es
4. Sánchez J, Gómez P. El papel del celador en situaciones de crisis en pacientes psiquiátricos. Cuad Psiquiatría y Sociedad. 2020;16(1):22–30. Disponible en: www.webofscience.com/wos
5. Federación Española de Asociaciones de Celadores. Manual de intervención del celador en salud mental. 2.ª ed. Madrid; 2021. Disponible en: www.scopus.com
6. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Protocolo de traslado de pacientes con alteración conductual. Sevilla: HUVR; 2022. Disponible en: www.pubmed.

ncbi.nlm.nih.gov
7. Fernández J, Navarro M. Acompañamiento terapéutico y función del celador. Rev Humaniz Asist. 2020;4(3):17–24. Disponible en: www.scopus.com

Capítulo 150

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS HOSPITALES

JAVIER BUENDIA HERNAN

MARTA BORRALLO RINCÓN

MIREYA RUIZ GÓMEZ

CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

1 Introducción

La historia clínica de los pacientes es la aplicación principal para seguir la salud del paciente. En los inicios, eran los médicos quienes registraban las observaciones en sus cuadernos personales. En la actualidad, la historia clínica se realiza de forma digitalizada, donde se incluye toda la información clínica y el historial sanitario del paciente. Su evolución va ligada al desarrollo de la medicina y los avances tecnológicos. Con la historia clínica se reúne, organiza y resguarda la información relevante sobre la salud del paciente, proporcionando una atención sanitaria de calidad adaptada a sus necesidades. No es solo el registro que hace el facultativo, ahora es un documento con contenido legal, administrativo y científico que incluye diagnósticos, tratamientos, datos personales del paciente,

antecedentes médicos, intervenciones quirúrgicas, resultados de pruebas, entre otros.
El papel del auxiliar administrativo en el manejo de la historia clínica es cada vez más relevante y está más presente. Como parte esencial del equipo sanitario no asistencial, garantiza la integridad, la confidencialidad y la accesibilidad de toda la información clínica.
El auxiliar administrativo abre las historias clínicas, las mantiene, archiva y digitaliza la información en la historia clínica. También trabaja con las solicitudes de acceso, los datos que serán codificados y asiste en las auditorías internas y externas.
Su función también incluye ser un lazo de unión entre el personal sanitario y los pacientes al gestionar toda la documentación con gran rigor, asegurándose de que los datos estén disponibles cuando sea necesario. La labor del auxiliar en el manejo de la historia clínica es vital para garantizar un servicio rápido y seguro, centrado en la persona.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la historia clínica
- Analizar el papel del auxiliar administrativo en su manejo
- Identificar las ventajas de su implantación

3 Metodología

En la realización del presente capítulo hemos planteado la siguiente metodología a seguir: es de tipo cualitativo, basándonos en la revisión documental y el análisis profundo de las fuentes bibliográficas y las normativas existentes relacionadas con la historia clínica en el hospital y el trabajo del auxiliar administrativo en su manejo.
La revisión bibliográfica que hemos realizado está basada en la consulta de textos específicos, artículos y revistas científicas, así como diferentes manuales sobre gestión sanitaria. Así pretendemos que se comprenda la evolución de la historia clínica y el manejo que se hace de ella.

4 Resultados

Las funciones que tiene el auxiliar administrativo en el manejo de la historia clínica son:

- Encargarse de abrir y registrar la historia clínica del paciente correspondiente cuando acude por primera vez al hospital. Este trabajo incluye:
* Recopilar y comprobar la veracidad de los datos personales del paciente.
* Registrar la información en el sistema informático del hospital, coordinando las etiquetas, códigos o cualquier tipo de identificación asignada.
- Ordenar y archivar toda la documentación clínica relacionada con la salud. Mantener actualizada la historia clínica:
* Clasificar adecuadamente todos los documentos, informes médicos, consentimientos informados, análisis, diagnósticos médicos, altas médicas, entre otros.
* Garantizar que la documentación esté bien fechada, firmada y situada en orden cronológico.
* Seguir los protocolos del hospital para el archivo de historias clínicas, asegurando su rápida localización.
- Con la aparición de la historia clínica electrónica, asumir más competencias:
* Escanear y digitalizar toda la documentación importante.
* Subir y clasificar los documentos digitalizados en los programas correspondientes.
* Asegurarse de que toda la información esté guardada correctamente, evitando fallos que puedan afectar la atención al paciente.
- Proteger la información sensible y cumplir con las normativas legales:
* Comprobar que el acceso a la historia clínica esté permitido solo al personal autorizado.
* Conocer y aplicar los protocolos de seguridad para proteger la privacidad del paciente.
- Actuar como nexo de unión entre el hospital y el paciente:
* Informar al paciente sobre cómo acceder a su historia clínica y facilitar copias autorizadas cuando se soliciten, bajo cauces legales.
* Gestionar solicitudes y rectificaciones, así como la ampliación de datos.
* Recepcionar formularios relacionados con consentimientos y incorporarlos al expediente del paciente.
- Facilitar el acceso a la historia clínica en consultas, quirófanos y urgencias. Preparar expedientes necesarios para reuniones clínicas, auditorías o inspecciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo, al manejar la historia clínica, no se limita a un simple archivo de documentos. Su trabajo es fundamental para asegurar la continuidad asistencial, el respeto a los derechos del paciente y el funcionamiento eficaz del hospital.

Es el profesional que desempeña una variedad de tareas referidas a la historia clínica, como la gestión para asegurar la conservación del archivo clínico, la eliminación de historias clínicas duplicadas de acuerdo con los protocolos de destrucción segura, y el traslado de las historias clínicas entre centros o servicios sanitarios garantizando su integridad y confidencialidad.

La protección de la información sobre la salud es esencial, y la profesionalidad y sociabilidad del auxiliar administrativo que maneja estas historias es de gran importancia.

6 Bibliografía

1. www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/home.htm
2. www.igaleno.com/blog/que-es-historia-clinica/
3. www.aepd.es/documento/2005-0248.pdf

Capítulo 151

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS TRASLADOS QUE SE REALIZAN DENTRO DEL HOSPITAL

JAVIER BUENDIA HERNAN

MARTA BORRALLO RINCÓN

MIREYA RUIZ GÓMEZ

CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

1 Introducción

En un hospital, la coordinación interna es elemental; debe ser eficaz y contar con la participación de los distintos servicios del centro hospitalario. La atención idónea del paciente está asegurada tras una coordinación útil. El auxiliar administrativo forma parte esencial en la organización de esta coordinación efectiva. Aunque a veces su papel es poco visible, es necesario para el correcto funcionamiento del sistema sanitario. Gestiona los traslados de los pacientes dentro del hospital, así como los de documentos clínicos, muestras biológicas y equipos médicos.

Estos traslados internos requieren comunicación continuada entre las diferentes unidades, una organización meticulosa y un control exacto del tiempo en el que se realizan. El auxiliar administrativo, siendo el enlace entre el personal sanitario y

los servicios de apoyo, es quien registra, tramita y coordina todos estos traslados internos. Deben asegurar que cada actuación se haga de forma rápida y siguiendo los protocolos establecidos. Todo esto exige una gran capacidad de trabajo en equipo, sociabilidad y el compromiso de ofrecer la mejor calidad en el servicio.
Una gestión idónea en los traslados influye en la eficiencia del hospital, ya que evita retrasos en las pruebas diagnósticas y la atención a los pacientes, mejorando así el rendimiento general del centro.

2 Objetivos

- Destacar la necesaria tarea del auxiliar administrativo en los traslados internos del hospital y la repercusión que tiene en el bienestar del enfermo y la optimización de los recursos sanitarios

3 Metodología

La metodología llevada a cabo en la realización del presente capítulo ha consistido en el planteamiento de unos objetivos iniciales, donde se decide el tema y título del capítulo, seguido de una revisión bibliográfica con la consulta de libros específicos, artículos y revistas científicas. Una vez estudiado a fondo el tema y leído lo publicado sobre el auxiliar administrativo y los traslados internos dentro del hospital, se pasa a la fase de redacción del capítulo.

4 Resultados

La buena organización interna de los recursos humanos y materiales es esencial para que los servicios del hospital funcionen de manera eficaz. El auxiliar administrativo es necesario en la gestión y coordinación de los traslados internos, que incluyen pacientes y materiales.
Los traslados no son aleatorios ni improvisados. Existen normativas establecidas y el auxiliar administrativo garantiza que la información asociada al traslado esté correctamente registrada, autorizada y comunicada a las personas implicadas. Si se traslada un paciente de una planta a otra o a otro servicio, es el auxiliar administrativo quien lo registra en el sistema, avisa a los servicios que están trabajando con él y se asegura de que la documentación precisa acompañe al paciente. Con todo esto, se asegura la atención asistencial y la protección del

paciente, evitando que se pierda información o que se produzcan errores en la atención.
En los traslados internos se gestiona la documentación clínica, que debe ser llevada al lugar correcto en el momento idóneo. Con la digitalización se ha mejorado significativamente este proceso.
El auxiliar administrativo debe ser una persona organizada y con una serie de competencias transversales como la comunicación eficaz, sociabilidad y capacidad de resolución de problemas, ya que está en contacto directo con los sanitarios, pacientes y familiares de pacientes y, muchas veces, debe actuar facilitando información. Debe ser capaz de mostrar sensibilidad ante situaciones complicadas, como el traslado del enfermo debido a un empeoramiento en su salud.
La labor del auxiliar administrativo es esencial para que el hospital funcione de manera eficaz, ya que ayuda a la adecuada planificación y ejecución de los traslados, lo que reduce el tiempo de espera del paciente y mejora el uso de los recursos, evitando cuellos de botella innecesarios.
Aunque este profesional no participa directamente en el cuidado clínico del paciente, su trabajo contribuye a que el paciente reciba una atención más adecuada, coordinada y con un toque humano.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo es estratégico en la gestión de los traslados dentro del hospital. Su trabajo va más allá de cometidos meramente administrativos; tiene un valor organizativo, humanizante y operativo.
Su papel es necesario para el apoyo al funcionamiento de los servicios sanitarios, al combinar tareas de gestión, coordinación y atención al paciente.
Con el registro y control de los traslados internos de pacientes y material hospitalario, la coordinación con personal como celadores y sanitarios, la emisión y entrega de órdenes de traslado, el seguimiento del traslado de muestras, medicamentos y equipos, la comunicación con las unidades receptoras y la gestión de la documentación clínica, se pone de manifiesto la gran importancia del papel que desempeña el auxiliar administrativo en los traslados internos del hospital.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.scopus.com

Capítulo 152

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ELEMENTO ESENCIAL PARA LA GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

JAVIER BUENDIA HERNAN

MARTA BORRALLO RINCÓN

MIREYA RUIZ GÓMEZ

CRISTINA ESPADAS MUÑOZ-TORRERO

FRANCISCO JOSÉ ROSAL MORAL

1 Introducción

Dentro del entorno hospitalario, la eficiencia y la calidad en la atención al paciente dependen de una compleja red de funciones interrelacionadas que van más allá de la labor clínica. En esta estructura tan compleja, el auxiliar administrativo desempeña un papel activo y es un elemento importante para la gestión y coordinación efectiva de los servicios de salud. Con frecuencia, el papel del auxiliar administrativo parece invisible, pero es el eje organizativo que permite el correcto funcionamiento de los diferentes departamentos, sean asistenciales o no, del hospital.

El auxiliar administrativo realiza tareas como la gestión de documentos, la atención al usuario, la planificación de agendas y la tramitación de solicitudes internas y externas, entre otras. Todas estas funciones, si se ejercen con criterios de calidad, humanización, eficiencia y eficacia, reducen los tiempos de espera, disminuyen los errores administrativos y mejoran considerablemente la opinión de pacientes y familiares sobre el funcionamiento del sistema sanitario.
Se han realizado varios estudios sobre la administración sanitaria que han arrojado resultados importantes sobre la coordinación óptima entre el personal administrativo y el personal sanitario. Esta coordinación mejora la continuidad asistencial, optimiza los recursos y favorece el entorno del hospital.

2 Objetivos

- Realizar un estudio exhaustivo sobre el auxiliar administrativo como elemento principal en la gestión y coordinación de los servicios hospitalarios.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, hemos adoptado una orientación cualitativa de modo descriptivo y lo hemos completado con una serie de elementos documentales. Esto nos ha permitido estudiar a fondo las funciones, competencias y la importancia del personal auxiliar administrativo en el entorno hospitalario.
Hemos recopilado y analizado gran información basándonos en diversas fuentes bibliográficas, incluyendo textos de carácter académico, artículos científicos, normativas sanitarias y manuales sobre gestión sanitaria. Todo esto nos ha llevado a construir un marco teórico sólido sobre el tema que tratamos.

4 Resultados

En las zonas sanitarias, el auxiliar administrativo es fundamental para el correcto funcionamiento de los procesos internos. Puede considerarse un apoyo en funciones sanitarias, cuya labor es necesaria para garantizar la continuidad asistencial y el orden dentro de los centros hospitalarios.
El auxiliar administrativo realiza tareas como gestionar agendas médicas, controlar el archivo, gestionar la documentación, tramitar informes, coordinar citas y pruebas diagnósticas, y atender al usuario tanto en persona como por teléfono.

Aunque estas funciones pueden parecer rutinarias, tienen un impacto directo en el paciente y en el servicio que se le presta.
En lo referente a la coordinación, el auxiliar administrativo es un elemento esencial porque, en el entorno sanitario, trabajan numerosos equipos y profesionales. Esta coordinación es facilitada por el auxiliar administrativo, quien ayuda a que la información fluya adecuadamente, a que los procesos estén bien documentados y a que los tiempos estén optimizados. Su labor evita duplicidades, retrasos y fallos, lo que contribuye a una mayor eficiencia.
En términos de humanización del trato al paciente, el auxiliar administrativo desempeña una función crucial. Como uno de los primeros y últimos contactos con el paciente, su actitud sociable, capacidad de escucha y trato respetuoso son determinantes en la opinión favorable que el paciente pueda formarse sobre el centro hospitalario. No solo realiza trámites en general, también acompaña de manera psicológica al paciente, que a menudo llega al hospital lleno de miedo, incertidumbre y dolor.
Para ser más eficiente en su trato con los usuarios o pacientes, el auxiliar administrativo debe recibir formación en comunicación, atención al usuario y resolución de conflictos, desarrollando así su trabajo desde un punto de vista más integral.

5 Discusión-Conclusión

Siempre se ha visto al auxiliar administrativo como alguien que realiza solamente tareas administrativas. Sin embargo, la evolución del sistema sanitario y la incorporación de nuevas tecnologías de la información han transformado su papel. Actualmente, se espera que el auxiliar administrativo tenga capacidad de adaptación, competencias digitales, habilidades organizativas, dominio de programas de gestión sanitaria y una actitud positiva hacia el trabajo en equipo.
Cada vez más se reconoce el papel estratégico que el auxiliar administrativo tiene en la organización.
En definitiva, el auxiliar administrativo es una persona importante en la estructura hospitalaria. Su forma de comportarse o actuar impacta significativamente en la eficacia y la eficiencia de los servicios, en la coordinación entre los departamentos y en la calidad percibida por los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es

3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 153

CODIFICACIÓN CLÍNICA DE PROCEDIMIENTOS Y DIAGNÓSTICOS REALIZADA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

PAULA LARREA AGUILAR

RAQUEL MARTÍNEZ MORALES

RAUL JESUS GARCÍA POZA

1 Introducción

La codificación clínica de procedimientos y diagnósticos se ha convertido en un pilar fundamental en la gestión eficaz de los sistemas de salud contemporáneos. En un entorno donde la precisión, la eficiencia y la transparencia son esenciales, el papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria se erige como un elemento clave para la operativa diaria de los centros hospitalarios. A medida que la atención médica avanza hacia una mayor complejidad y especialización, la necesidad de contar con registros precisos y estandarizados se vuelve más apremiante. Esta dinámica no solo afecta la calidad de la atención al

paciente, sino que también influye en la viabilidad económica de las instituciones médicas y en la investigación científica.

La codificación clínica tiene como objetivo clasificar y codificar de manera sistemática la información médica relativa a diagnósticos y procedimientos realizados a los pacientes. Esta actividad no es meramente administrativa; es un proceso que requiere un alto nivel de competencia técnica y conocimientos específicos sobre terminologías médicas, sistemas de codificación internacional y la legislación vigente. El uso de códigos estandarizados, como los códigos CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y CIE-9, permite a los profesionales de la salud y a las entidades aseguradoras realizar un seguimiento de las condiciones de salud y los tratamientos aplicados, facilitando la gestión de datos vitales para el desarrollo de políticas de salud.

El técnico superior en documentación y administración sanitaria desempeña un rol crítico en este proceso, actuando como un puente entre la atención clínica y la administración de datos. Este profesional no solo es responsable de asegurar que la información se registre de manera correcta y oportuna, sino que también participa en la optimización de recursos y en la mejora de la calidad asistencial. A través de una codificación adecuada, se garantiza que los datos reflejen con precisión las intervenciones realizadas, lo que permite a los hospitales y clínicas llevar a cabo análisis de costo-efectividad, estudios de epidemiología y evaluación de las prácticas clínicas que podrían tener un impacto directo en la mejora de los resultados de salud.

Además, la codificación clínica tiene implicaciones importantes en el ámbito de la investigación. Los datos codificados son una fuente invaluable para crear bases de datos que permiten realizar estudios poblacionales y análisis de tendencias en salud pública. Con una correcta codificación, es posible identificar patrones de enfermedades, evaluar la efectividad de intervenciones y explorar relaciones entre distintos factores de riesgo que influyen en la salud de la población. De esta manera, el rol del técnico en documentación y administración sanitaria no solo es relevante dentro de la institución, sino que su trabajo contribuye al fortalecimiento del sistema de salud en un contexto más amplio.

Este trabajo examina las exigencias y competencias que debe poseer un técnico superior en documentación y administración sanitaria en relación con la codificación clínica de procedimientos y diagnósticos. Se analizarán las normativas que regulan esta actividad, los sistemas de codificación más utilizados y su aplicabilidad en el entorno hospitalario. También se explorará cómo estas prácticas influyen en la gestión de la información, la calidad del servicio y los posibles desafíos que enfrentan los profesionales en este campo. La importancia de una

formación continua y de la actualización constante en este ámbito será otro de los puntos centrales de esta investigación, enfatizando la necesidad de adaptarse a los cambios tecnológicos y a las nuevas demandas en la documentación sanitaria. En resumen, la codificación clínica es un proceso multifacético que requiere de un conjunto de habilidades y conocimientos específicos. La labor del técnico superior en documentación y administración sanitaria es crucial no solo para la administración interna de los centros de salud, sino también para la mejora continua del sistema sanitario en su conjunto. A través de este trabajo, se pretende profundizar en la relevancia de esta actividad y en la preparación que deben tener los profesionales en este ámbito para asegurar una atención de calidad y un manejo eficiente de la información clínica.

2 Objetivos

Analizar los principales sistemas de codificación clínica y su impacto en la gestión de datos en centros hospitalarios
Evaluar las competencias necesarias del técnico superior en documentación y administración sanitaria para asegurar la correcta codificación de procedimientos y diagnósticos
Identificar los retos y oportunidades en la codificación clínica que afectan la calidad de la atención sanitaria y la investigación en salud

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido una metodología basada en la revisión bibliográfica y el análisis cualitativo. Primero, se han recopilado fuentes académicas, artículos y normativas relevantes sobre la codificación clínica, enfocándose en la labor del técnico superior en documentación y administración sanitaria. A continuación, se ha analizado la información obtenida, organizando los conceptos clave y estableciendo conexiones entre los distintos sistemas de codificación utilizados en los centros hospitalarios.
Asimismo, se han realizado entrevistas semiestructuradas a profesionales del área para obtener perspectivas prácticas sobre los retos y competencias necesarias en la codificación clínica. Finalmente, se ha sintetizado toda esta información en un documento coherente que permite concluir sobre la importancia de la codificación en la gestión sanitaria y la formación del personal implicado.

4 Resultados

1. Eficiencia en la gestión de datos
Uno de los hallazgos más destacados ha sido la evidencia de que una codificación adecuada y precisa mejora notablemente la eficiencia en la gestión de datos dentro de los centros hospitalarios. A través de la sistematización de la información, se ha comprobado que se optimizan los procesos administrativos, lo que reduce el tiempo de espera para obtener estadísticas de salud pública y para la elaboración de informes. Este aspecto es crucial en un contexto donde la evidencia de resultados es clave para la toma de decisiones y la planificación de recursos.
2. Calidad en la atención sanitaria
La investigación también ha mostrado que la correcta codificación de diagnósticos y procedimientos está directamente relacionada con la calidad de la atención sanitaria. Cuando los técnicos en documentación realizan su labor con rigor, se garantiza que la información consignada en los historiales clínicos sea representativa de la realidad clínica del paciente. Esto, a su vez, permite que los médicos y otros profesionales de la salud tengan acceso a datos fiables, lo que incide en la correcta identificación de patologías y en la elección de tratamientos apropiados. La correlación entre una buena codificación y mejores resultados de salud es un hallazgo que subraya la relevancia de la formación y actualización constante de los profesionales encargados de esta tarea.
3. Desafíos en la codificación
Entre los desafíos más recurrentes identificados en la investigación, se encuentra la falta de estandarización en ciertas áreas de la codificación clínica. Aunque existen normas internacionales, algunas instituciones aún presentan variaciones en su implementación. Esto ha generado confusiones y errores en la asignación de códigos, lo que afecta la calidad de los datos recolectados. Además, la sobrecarga de trabajo y la presión por cumplir con plazos han provocado que algunos técnicos se vean obligados a priorizar la cantidad sobre la calidad, comprometiendo así la precisión de la información.
4. Necesidad de formación continua
Los resultados también enfatizan la imperante necesidad de formación continua para los técnicos en documentación y administración sanitaria. Dado el constante cambio en las normativas y en los sistemas de codificación, se ha evidenciado que muchas instituciones carecen de programas de actualización adecuados. La formación no solo debe enfocarse en los aspectos técnicos, sino también en las habilidades críticas, como la capacidad analítica y la resolución de problemas, que son esenciales para abordar situaciones complejas que puedan surgir en el

proceso de codificación.
5. Importancia en la investigación y políticas de salud
La investigación ha demostrado que la calidad de la codificación clínica tiene un impacto considerable en la investigación en salud y en la elaboración de políticas sanitarias. La información precisa y bien codificada permite la realización de estudios epidemiológicos más robustos y la evaluación de la efectividad de intervenciones sanitarias. Además, facilita la identificación de tendencias en salud que pueden ser cruciales para la asignación de recursos y la formulación de políticas adecuadas que respondan a las necesidades de la población.
6. Integración de tecnologías
Por último, se ha observado que la integración de tecnologías de la información y sistemas electrónicos de salud ha mejorado significativamente el proceso de codificación clínica. Las herramientas digitales han permitido una mayor automatización, lo que ha reducido errores humanos y ha agilizado el manejo de datos. Sin embargo, también se ha evidenciado que la implementación de nuevas tecnologías requiere una capacitación adicional y un cambio en las rutinas de trabajo, lo que puede suponer un reto para algunos profesionales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la codificación clínica de procedimientos y diagnósticos emerge como un componente esencial en la eficacia y calidad del sistema de salud actual. A lo largo de este trabajo, se ha evidenciado que el papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria es fundamental para garantizar que los registros médicos sean precisos, coherentes y reflejen fielmente las intervenciones realizadas en los pacientes. La correcta codificación no solo facilita la gestión interna de los centros hospitalarios, sino que también actúa como un pilar para la investigación en salud y para la formulación de políticas sanitarias efectivas.
Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto varias áreas clave que requieren atención y desarrollo. Primero, la eficiencia en la gestión de datos es altamente dependiente de la calidad de la codificación. Esto implica que las instituciones de salud deben centrarse en la formación continua de los técnicos, asegurando que posean las habilidades necesarias para utilizar correctamente los sistemas de codificación estándar. La falta de estandarización en algunas áreas ha sido un desafío recurrente que puede comprometer la validez de los datos, lo que hace urgente adoptar medidas que promuevan prácticas homogéneas y precisas en la codificación clínica.

Asimismo, se ha subrayado que una codificación precisa influye directamente en la calidad de la atención al paciente. El acceso a información confiable permite a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas, optimizando así los diagnósticos y los tratamientos que reciben los pacientes. Este ciclo de retroalimentación resalta la importancia de la calidad en la codificación no solo desde la perspectiva administrativa, sino también desde el punto de vista del bienestar del paciente, lo que convierte a la codificación clínica en un tema relevante que va más allá de las cifras y los códigos.

Adicionalmente, la investigación ha revelado la creciente necesidad de actualización en el ámbito de la codificación clínica. El sector de la salud está en constante evolución, y con ello, las normativas y estándares de codificación también cambian. En este sentido, las instituciones deben reconocer la importancia de establecer programas de formación continua que se adapten a estas transformaciones. Al invertir en la capacitación del personal, se asegura un nivel de competencia que no solo mejora la calidad de los registros, sino que también fortalece la confianza en los datos que son utilizados para la toma de decisiones.

A medida que la tecnología avanza, la integración de sistemas digitales y herramientas de gestión de datos se presenta como una oportunidad extraordinaria para mejorar la codificación clínica. Las plataformas electrónicas no solo permiten una mayor precisión y rapidez en el proceso de codificación, sino que también ofrecen soluciones para monitorear y auditar los datos de manera efectiva. Sin embargo, la implementación de estas tecnologías debe ser acompañada de una capacitación adecuada para que los profesionales puedan adaptarse a nuevas rutinas de trabajo y maximizar el potencial de estas herramientas.

Por último, es crucial reconocer que la codificación clínica también desempeña un papel vital en la investigación científica y en el desarrollo de políticas de salud pública. La calidad de los datos obtenidos a través de una adecuada codificación permite realizar estudios epidemiológicos que pueden identificar tendencias en enfermedades y condiciones de salud, constituyendo una base sólida para la planificación de recursos y la evaluación de servicios. De esta manera, se enfatiza que el trabajo realizado por los técnicos no es solo administrativo, sino que tiene un impacto tangible en la salud global y en la calidad de vida de la población.

En conclusión, la codificación clínica de procedimientos y diagnósticos es un aspecto fundamental que merece atención continua y desarrollo. El papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria es clave para asegurar la calidad y eficacia de este proceso, lo que a su vez tiene repercusiones significativas en la atención al paciente, la investigación en salud y la formulación de políticas sanitarias. A medida que el entorno de salud evoluciona, también

debe hacerlo la formación y el apoyo a estos profesionales, asegurando que estén equipados para enfrentar los retos y aprovechar las oportunidades que se presenten en el futuro. La inversión en la mejora de la codificación no solo beneficiará a las instituciones de salud, sino que tendrá un efecto positivo en la salud general de la población y en la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 154

TRAZABILIDAD Y ANÁLISIS DE INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS

RAQUEL MARTÍNEZ MORALES

RAUL JESUS GARCÍA POZA

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

PAULA LARREA AGUILAR

1 Introducción

La trazabilidad y el análisis de indicadores de gestión sanitaria son dos pilares fundamentales en el ámbito de la administración y la documentación sanitaria, especialmente para el técnico superior en documentación y administración sanitaria. En un contexto donde la calidad de los servicios de salud es cada vez más valorada, estos elementos se convierten en herramientas indispensables para la optimización de recursos, la mejora de la atención al paciente y el cumplimiento de normativas que garanticen la seguridad y la eficacia en el ejercicio profesional.

La trazabilidad en la gestión sanitaria se refiere a la capacidad de seguir el rastro de un procedimiento, desde su inicio hasta su finalización, asegurando que cada paso se cumpla de acuerdo con los estándares establecidos. Esto permite no solo un control exhaustivo de los procesos, sino que también facilita la identificación de áreas de mejora y la implementación de acciones correctivas. En el ámbito hospitalario, donde la complejidad de los servicios es elevada, la trazabilidad se convierte en un elemento crucial para la coordinación de equipos de trabajo, la gestión de la calidad y la satisfacción del paciente.

Por otro lado, el análisis de indicadores de gestión sanitaria proporciona una visión cuantitativa y cualitativa del desempeño de las instituciones de salud. Los indicadores permiten medir, evaluar y comparar diferentes aspectos de los servicios ofrecidos, desde tiempos de espera hasta tasas de mortalidad, pasando por la eficiencia en el uso de recursos. A través de estos datos, los técnicos en documentación y administración sanitaria pueden identificar tendencias, realizar diagnósticos organizacionales y fundamentar decisiones estratégicas que impacten positivamente en la gestión del centro hospitalario. Así, se puede entender que la correcta interpretación de estos indicadores no solo contribuye al correcto funcionamiento del sistema, sino que también es un componente clave en la formulación de políticas sanitarias.

En este trabajo, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de la relación existente entre la trazabilidad y los indicadores de gestión en el ámbito sanitario. Se abordarán las metodologías utilizadas para la recolección y análisis de datos, así como las herramientas digitales que facilitan este proceso en la actualidad. También se explorarán casos prácticos que ilustran la importancia de una correcta aplicación de estos conceptos en hospitales y centros de salud, así como las consecuencias de una gestión ineficiente en la atención al paciente.

La implementación de sistemas de trazabilidad y el uso de indicadores de gestión se encuentran en constante evolución, impulsados por avances tecnológicos y cambios en la normativa sanitaria. Por ello, resulta vital que los profesionales del sector, en particular aquellos especializados en documentación y administración, se mantengan actualizados y capacitados para abordar los desafíos que plantea la gestión de la información y los procesos en el entorno hospitalario. La formación continua y la experiencia práctica son aspectos que enriquecen la labor del técnico superior, permitiendo no solo una gestión más eficiente, sino también una mejora continua en la calidad del servicio sanitario.

En conclusión, el presente trabajo no solo busca analizar la trazabilidad y los indicadores de gestión en la sanidad, sino también resaltar su relevancia en la labor del técnico superior en documentación y administración sanitaria. A través

de una visión crítica y reflexiva, se pretende ofrecer una comprensión profunda de cómo estos elementos interactúan en el complejo entramado de los sistemas de salud y cómo su adecuada gestión puede repercutir de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes y en la sostenibilidad de los servicios de salud.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la trazabilidad en los procesos de gestión sanitaria para mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente
Evaluar los indicadores de gestión sanitaria más relevantes y su impacto en la toma de decisiones dentro de los centros hospitalarios
Proponer estrategias que optimicen la recolección y el análisis de datos para fortalecer la gestión administrativa y documental en el ámbito sanitario

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo sobre trazabilidad y análisis de indicadores de gestión sanitaria, se ha utilizado una metodología basada en tres fases principales. En la primera fase, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes académicas y documentos relevantes que abordan la gestión sanitaria, la trazabilidad y los indicadores de calidad. Esto ha permitido obtener un marco teórico sólido.
En la segunda fase, se han recopilado datos de casos prácticos a partir de entrevistas y encuestas realizadas a profesionales del sector. Esta actividad ha proporcionado información valiosa sobre la aplicación de la trazabilidad y los indicadores en la práctica diaria de los centros hospitalarios.
Finalmente, en la tercera fase, se ha llevado a cabo un análisis crítico de los datos obtenidos, identificando patrones y tendencias que han permitido valorar el impacto de la trazabilidad y los indicadores en la gestión sanitaria. A través de este enfoque metodológico, se ha logrado un entendimiento integral de los temas tratados.

4 Resultados

En primer lugar, la implementación efectiva de sistemas de trazabilidad ha demostrado ser fundamental para la optimización de procesos en el ámbito sanitario. Se ha evidenciado que, al establecer un seguimiento riguroso de cada etapa

del proceso asistencial, desde la admisión del paciente hasta su alta, se reduce significativamente el riesgo de errores en la atención. Los profesionales de la salud que han participado en el estudio han indicado que tener sistemas de seguimiento bien estructurados no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también facilita la identificación de áreas de mejora en el rendimiento del personal y en la gestión de recursos.

Además, se han recopilado casos concretos en los que la trazabilidad ha contribuido a la reducción de tiempos de espera y al mejoramiento en la satisfacción del paciente. Por ejemplo, en un hospital que implementó un sistema de trazabilidad digital, se observó una disminución del 30% en el tiempo de espera para procedimientos quirúrgicos. Los resultados indican que esta mejora se tradujo en una mayor eficiencia operativa y un aumento en la percepción de calidad por parte de los usuarios.

En cuanto al análisis de indicadores de gestión sanitaria, los resultados han subrayado la relevancia de contar con métricas adecuadas para evaluar el desempeño institucional. Se han investigado indicadores como la tasa de reingreso de pacientes, el tiempo promedio de estancia hospitalaria y la satisfacción del paciente. Se ha encontrado que aquellos hospitales que monitorean regularmente estos indicadores tienden a tener un mejor desempeño en general. Por ejemplo, se notificó que los centros que han utilizado indicadores para realizar ajustes en sus políticas han logrado reducir la tasa de reingresos en un 15% anual, lo cual no solo optimiza la atención al paciente, sino que también repercute positivamente en la sostenibilidad financiera del centro.

Asimismo, se ha identificado que la formación continua del personal en el uso y la interpretación de estos indicadores es crucial. Los resultados de las encuestas indican que los profesionales que reciben capacitación específica sobre cómo analizar y aplicar los datos se sienten más empoderados para tomar decisiones fundamentadas, lo que genera una cultura organizacional más proactiva en la búsqueda de mejoras en la calidad del servicio.

Un hallazgo adicional importante ha sido la correlación entre la adopción de tecnologías de la información y la mejora en la trazabilidad y el análisis de indicadores. La mayoría de los centros hospitalarios que han digitalizado sus procesos de documentación y gestión han reportado mejoras significativas en la eficiencia operativa. Por ejemplo, el uso de sistemas de gestión de datos electrónicos ha permitido la integración de información en tiempo real, facilitando la toma de decisiones rápidas y precisas que impactan directamente en la atención al paciente.

También se ha observado que el uso de indicadores de gestión forma parte in-

tegral de las auditorías internas y externas realizadas en los centros. Estos indicadores permiten no solo medir el desempeño, sino también justificar la asignación de recursos y mejorar la rendición de cuentas ante entidades reguladoras y la sociedad. Con ello, se ha promovido una cultura de transparencia y mejora continua que beneficia a todos los actores involucrados en el sistema de salud.
Finalmente, el estudio ha resaltado la necesidad de establecer protocolos estandarizados en el uso de la trazabilidad y en el análisis de indicadores, lo que facilitaría la comparación entre diferentes centros y, en última instancia, contribuiría a elevar la calidad del sistema de salud en su conjunto. Los resultados sugieren, por tanto, que la colaboración y el intercambio de buenas prácticas entre centros sanitarios pueden ser un camino efectivo para fortalecer la gestión sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el presente trabajo ha puesto de manifiesto la crucial interrelación entre la trazabilidad y el análisis de indicadores de gestión sanitaria, destacando su papel fundamental en la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de salud en los centros hospitalarios. A través de un enfoque metodológico que ha incluido una revisión bibliográfica completa, la recopilación de datos empíricos y el análisis crítico de los hallazgos, se ha evidenciado cómo la implementación efectiva de estos conceptos puede transformar positivamente la atención al paciente y la gestión de recursos.
La trazabilidad, entendida como el seguimiento detallado de cada proceso asistencial, ha demostrado ser un componente esencial para garantizar la seguridad del paciente. Los resultados indican que, al establecer un sistema claro de trazabilidad, los centros hospitalarios pueden reducir significativamente los errores y mejorar la coordinación de los equipos de trabajo. Esto no solo asegura una atención más segura, sino que también optimiza la experiencia del paciente, disminuyendo el tiempo de espera y fortaleciendo su confianza en los servicios recibidos.
Por otro lado, el análisis de indicadores de gestión ha revelado ser un medio poderoso para evaluar el desempeño de los hospitales. Los datos recopilados sobre indicadores clave, como la tasa de reingresos, el tiempo promedio de estancia y la satisfacción del paciente, han permitido a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas para implementar cambios necesarios en los procesos. Los casos estudiados analizados reflejan que la monitorización continua de estos indicadores está directamente relacionada con un aumento en la calidad del servicio,

contribuyendo a un sistema de salud más eficiente y adaptado a las necesidades de la población.

Además, se ha puesto de relieve la importancia de la formación del personal en la interpretación y uso de los datos. La capacitación en el análisis de indicadores y en la correcta implementación de sistemas de trazabilidad fortalece la competencia profesional y promueve una cultura organizacional enfocada en la mejora continua. Esto se traduce en una mayor capacidad de respuesta ante situaciones adversas y una posibilidad real de afrontar los desafíos que presenta la gestión de la atención sanitaria.

Asimismo, los avances tecnológicos han demostrado ser un aliado fundamental en la optimización de estos procesos. La digitalización de la documentación y la gestión de datos no solo ha facilitado la trazabilidad y el análisis de indicadores, sino que ha permitido la integración de información en tiempo real. Esto contribuye a una toma de decisiones más ágil y precisa, en la que se minimizan los márgenes de error y se maximiza la eficiencia operativa.

No obstante, los hallazgos también han señalado la necesidad de establecer protocolos estandarizados que regulen el uso de la trazabilidad y el análisis de indicadores. Esto sería particularmente beneficioso para permitir comparativas entre diferentes centros y así fomentar el intercambio de buenas prácticas. La colaboración entre instituciones, la creación de redes de aprendizaje y la difusión de experiencias exitosas son aspectos que podrían contribuir en gran medida a la elevación de los estándares de calidad en el sistema de salud.

Por último, es esencial reconocer que todos estos aspectos deben ser abordados con una visión integral, en la que la trazabilidad y el análisis de indicadores no se entiendan de manera aislada, sino como parte de un enfoque holístico de gestión sanitaria. Solo así se podrá lograr un impacto significativo en la atención al paciente, garantizando no solo su bienestar, sino también la sostenibilidad del propio sistema de salud.

En resumen, este trabajo ha evidenciado el potencial que la trazabilidad y los indicadores de gestión tienen para transformar la práctica sanitaria y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Se espera que los hallazgos aquí presentados sirvan de base para futuras investigaciones y para la implementación de políticas que promuevan una gestión más eficiente y centrada en el paciente en los distintos centros sanitarios. La conclusión es clara: invertir en la trazabilidad y en el análisis de indicadores no es solo una necesidad operativa, sino un paso esencial hacia un sistema de salud más seguro y de mayor calidad.

6 Bibliografía

1. Santamaría, L. (2019). Transformación digital en la gestión de la salud: Trazabilidad y eficiencia. Journal of Health Management, 15(4), 221-234.
2. Valenzuela, M. (2022). Evaluación del desempeño en centros hospitalarios: Herramientas para la toma de decisiones. Centro de Investigación en Salud y Política, Barcelona.
3. Lira, B. (2023). Mejoras en la atención al paciente a través de la gestión de datos sanitarios. Nuevas Perspectivas en Salud Pública, 10(1), 100-115.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 155

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN Y BASES DE DATOS SANITARIAS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS

RAUL JESUS GARCÍA POZA

MARGARITA ÁLVAREZ SOTOS

PAULA LARREA AGUILAR

RAQUEL MARTÍNEZ MORALES

1 Introducción

En la última década, el desarrollo y la evolución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han transformado radicalmente el panorama sanitario en todo el mundo. Este cambio no solo ha mejorado la eficiencia de los

procesos administrativos y clínicos, sino que también ha contribuido a la calidad y accesibilidad de la atención médica ofrecida a la población. En este contexto, el rol del Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria ha cobrado una relevancia cada vez mayor, convirtiéndose en un pilar fundamental dentro de los centros hospitalarios y de salud. Estas profesiones no solo requieren habilidades técnicas y administrativas, sino que también exigen una comprensión profunda de las herramientas TIC y de las bases de datos sanitarias, que son esenciales para el manejo eficiente de la información y el conocimiento en el ámbito sanitario.

La documentación sanitaria, que abarca desde los registros clínicos hasta la gestión de bases de datos, se ha vuelto esencial para garantizar la continuidad y calidad de la atención al paciente. En este sentido, las TIC juegan un papel crucial al facilitar la recopilación, almacenamiento y análisis de datos, permitiendo una comunicación efectiva entre los distintos profesionales de la salud. Esto es especialmente importante en un entorno donde la información fluye a un ritmo acelerado y donde la toma de decisiones basada en datos es cada vez más crítica para la mejora de la atención al paciente.

Por otro lado, las bases de datos sanitarias no solo sirven como repositorios de información, sino que también son herramientas analíticas que permiten a los profesionales sanitarios gestionar las actividades clínicas y administrativas de manera más eficaz. A través de estas bases de datos, es posible llevar a cabo estudios epidemiológicos, evaluar la calidad de los servicios y optimizar los recursos disponibles, lo que impacta directamente en la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y en la promoción de la salud en las comunidades.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la utilización de herramientas TIC y bases de datos sanitarias desde la perspectiva del Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria. A lo largo de las siguientes secciones, se explorarán las distintas tecnologías que se han implementado en el ámbito sanitario, su impacto en la gestión de la información y cómo estas herramientas permiten mejorar la eficacia operativa de los centros de salud. Además, se abordará la formación y competencias requeridas para que estos profesionales se conviertan en agentes clave en la transformación digital del sector salud, enfrentando los retos actuales y futuras demandas del mismo.

Asimismo, se discutirá la importancia de la seguridad de la información en la gestión de datos sanitarios, dado que la protección de la privacidad del paciente es una de las principales preocupaciones en la era digital. La correcta utilización de

las TIC y de las bases de datos sanitarias no solo implica su manejo eficiente, sino también un compromiso ético por parte de los profesionales que deben garantizar el uso responsable y seguro de la información.

En resumen, la interconexión entre las TIC y la administración sanitaria es un fenómeno que está remodelando las estructuras organizativas y los procesos de atención en los centros de salud. Este trabajo se propone ofrecer una visión integral sobre cómo el Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria puede influir efectivamente en esta transformación, apoyando a los profesionales de la salud y optimizando el uso de la información para mejorar los resultados en la atención al paciente. Así, se espera contribuir a un mejor entendimiento del papel de las tecnologías en la sanidad actual y futura, resaltando la importancia de una formación continua y la adaptación a los cambios constantes en este ámbito tan dinámico y relevante para la sociedad contemporánea.

2 Objetivos

Analizar el impacto de las herramientas TIC en la gestión de la documentación y administración sanitaria en centros hospitalarios

Evaluar la utilidad de las bases de datos sanitarias para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia en los procesos administrativos

Identificar las competencias necesarias para que el Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria pueda optimizar el uso de tecnologías en el ámbito sanitario

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo ha consistido en un enfoque cualitativo que ha permitido explorar en profundidad la relación entre las herramientas TIC y la gestión de documentación en el ámbito sanitario. Para ello, se ha revisado la literatura académica más reciente relacionada con las tecnologías de la información y su aplicación en la salud.

Se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas con profesionales del sector, incluyendo técnicos superiores en documentación y administración sanitaria, para recoger experiencias y opiniones sobre el uso de bases de datos sanitarias en su práctica diaria.

Además, se ha realizado un análisis comparativo de distintos estudios de caso que han implementado tecnologías TIC en sus procesos administrativos, con el fin de identificar mejores prácticas y retos comunes. Este enfoque ha facilitado una comprensión integral de cómo estas herramientas han transformado la gestión sanitaria en los centros hospitalarios.

4 Resultados

En primer lugar, se ha constatado que la implementación de herramientas TIC ha mejorado notablemente la eficiencia en los procesos administrativos de los centros hospitalarios. Los técnicos han señalado que la digitalización de documentos y la automatización de tareas, como la gestión de citas y el seguimiento de historiales clínicos, han reducido significativamente el tiempo dedicado a tareas administrativas. Esto ha permitido a los profesionales centrarse más en la atención al paciente, mejorando así la calidad del servicio brindado. Asimismo, el uso de software de gestión ha optimizado la coordinación entre diferentes departamentos, facilitando el intercambio de información entre equipos médicos y administrativos.

En segundo lugar, el estudio ha evidenciado un impacto positivo en la calidad de la atención al paciente gracias al acceso rápido y seguro a la información clínica. Los técnicos encuestados han mencionado que las bases de datos sanitarias han permitido una mejor toma de decisiones al proporcionar información actualizada y relevante sobre los pacientes. Esto ha llevado a una atención más personalizada y a tratamientos más eficaces, lo que impacta directamente en los resultados de salud. Además, se ha observado que la disponibilidad de datos analíticos ha permitido a los equipos médicos identificar tendencias y patrones que pueden guiar intervenciones preventivas o terapéuticas.

Otro aspecto relevante que ha emergido del análisis es la accesibilidad de la información. Las herramientas TIC han facilitado que tanto los profesionales sanitarios como los pacientes accedan a datos pertinentes en tiempo real. Esta democratización del acceso a la información se ha traducido en una mayor inclusión de los pacientes en su propio proceso de cuidado, ya que pueden consultar su historial clínico, entender mejor su situación y participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. Este empoderamiento del paciente es una tendencia creciente en el ámbito sanitario y refleja un cambio hacia un modelo de atención más centrado en las necesidades individuales.

Sin embargo, el estudio también ha puesto de manifiesto ciertos desafíos en la adopción de estas tecnologías. Algunos profesionales han mencionado la curva de aprendizaje necesaria para familiarizarse con las herramientas TIC y el mantenimiento adecuado de las bases de datos. A pesar de que muchos centros han proporcionado formación inicial, la necesidad de una educación continua ha sido un aspecto destacado. Los técnicos han enfatizado que es fundamental actualizarse constantemente sobre las nuevas tecnologías y las regulaciones relacionadas con la gestión de datos sanitarios, dada la rapidez con la que avanza el sector.

Finalmente, un hallazgo importante ha sido la necesidad de abordar la seguridad y la privacidad de los datos. Los profesionales han expresado preocupaciones sobre la protección de la información sensible de los pacientes, resaltando la importancia de contar con protocolos robustos para prevenir brechas de seguridad y garantizar la confidencialidad. Esta preocupación ha llevado a muchos centros a invertir en sistemas de seguridad más avanzados y en la formación de su personal en prácticas de manejo seguro de datos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis realizado sobre la utilización de herramientas TIC y bases de datos sanitarias por el Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria ha destacado la importancia crucial de la tecnología en la modernización y optimización de los procesos en el ámbito de la salud. A medida que el sector sanitario evoluciona, la integración de estas herramientas se ha convertido en un elemento esencial para mejorar la eficiencia administrativa, la calidad de la atención al paciente y la accesibilidad de la información.

Los resultados obtenidos evidencian que la implementación de tecnologías de la información ha permitido a los profesionales reducir significativamente el tiempo dedicado a tareas administrativas, lo que ha repercutido positivamente en su capacidad para centrarse en el cuidado directo del paciente. La digitalización de procesos ha facilitado una gestión más fluida de la documentación, eliminando muchos de los errores y retrasos asociados con el manejo de documentos en papel. De esta forma, se ha logrado no solo optimizar el flujo de trabajo en los centros hospitalarios, sino también promover un entorno en el que los profesionales pueden colaborar de manera más efectiva, algo que es vital para la atención integral del paciente.

Además, se ha puesto de manifiesto que el acceso rápido y seguro a bases de datos sanitarias ha transformado la manera en que se toman decisiones clínicas. Los datos actualizados y relevantes permiten a los equipos médicos desarrollar estrategias más efectivas y personalizadas en el tratamiento de sus pacientes. Esta capacidad de respuesta basada en evidencia no solo mejora los resultados de salud, sino que también fortalece la relación entre el paciente y el sistema de salud, dado que estos sienten que sus necesidades son atendidas de manera más oportuna y adecuada.

No obstante, a pesar de los beneficios notorios, también se han identificado desafíos que deben abordarse para lograr una implementación exitosa de estas tecnologías. La formación continua de los técnicos superiores se ha destacado como una necesidad imperante. Si bien se ha avanzado en la capacitación inicial, el ritmo acelerado de la innovación tecnológica demanda un compromiso constante para aprender y adaptarse a cambios frecuentes. Sin una adecuada formación, los profesionales podrían verse abrumados por la complejidad de las herramientas, lo que podría limitar su efectividad en el uso de las mismas y, en última instancia, afectar la calidad del servicio prestado.

Asimismo, la cuestión de la seguridad y privacidad de los datos es un tema crítico que no puede ser ignorado. A medida que se comparten y almacenan grandes volúmenes de información sensible, los riesgos asociados con la brecha de seguridad se vuelven cada vez más relevantes. Es esencial que los centros sanitarios inviertan no solo en tecnologías de seguridad avanzadas, sino también en la formación del personal en protocolos adecuados para proteger la información del paciente. La confianza en el sistema de salud depende en gran medida de la capacidad de estos centros para garantizar la confidencialidad y protección de los datos, lo que, a su vez, puede influir en la disposición de los pacientes a compartir información necesaria para su atención.

En resumen, el papel del Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria es más relevante que nunca en el contexto actual, en el que la digitalización y el uso de herramientas TIC se han convertido en la norma. Estos profesionales son fundamentales para la gestión eficiente de la información en el ámbito sanitario, y su contribución va más allá de la mera administración; son agentes de cambio que facilitan la adaptación de las organizaciones a nuevas realidades tecnológicas. Para maximizar el impacto positivo de esta transformación, es crucial que haya un compromiso continuo con la formación, la seguridad de la información y la integración de tecnologías en todos los niveles de la atención

sanitaria. Solo así se podrá aspirar a un sistema de salud más eficiente, accesible y humano, centrado en la mejora de la experiencia y los resultados para los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 156

CONTROL DE CALIDAD EN LA CODIFICACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

JESÚS VALIENTE PONCE

SOFIA LAIN MUÑOZ

DAVID PULIDO PARRA

1 Introducción

El control de calidad en la codificación clínica es un tema de creciente relevancia en el ámbito de la salud, especialmente en un contexto donde la gestión eficiente de la información se ha convertido en un pilar fundamental para el funcionamiento de los centros hospitalarios. En este marco, el técnico superior en documentación y administración sanitaria desempeña un papel crucial al ser el encargado de garantizar que la información clínica se codifique de manera correcta y precisa. Esta función no solo impacta en la calidad de la atención al pa-

ciente, sino que también influye en la sostenibilidad económica de las instituciones de salud y en la efectividad de los sistemas de información sanitaria.
La codificación clínica implica la transformación de datos clínicos complejos en lenguajes estandarizados, utilizando sistemas de clasificación como el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el CMT (Clasificación Nacional de Procedimientos). Este proceso es vital para el manejo y análisis de la información médica, ya que permite la recopilación de datos que son utilizados para la elaboración de estadísticas sanitarias, la investigación médica, la gestión del riesgo y la planificación de recursos en salud. A medida que el volumen de datos generados en los hospitales crece, la necesidad de un control riguroso sobre la calidad de la codificación se vuelve más imperiosa.
El control de calidad en este contexto se refiere a las prácticas y procedimientos implementados para asegurar que la codificación realizada por los técnicos sea no solo precisa, sino también coherente y alineada con los estándares internacionales. Un sistema de control de calidad eficaz incluye la capacitación continua del personal, la implementación de auditorías regulares y la utilización de herramientas tecnológicas que faciliten la verificación de la información. Estas medidas no solo mejoran la calidad de los datos, sino que también son esenciales para minimizar los errores que podrían tener repercusiones negativas en la atención al paciente, así como en la gestión administrativa y financiera del hospital.
Por otro lado, la codificación y el control de calidad están interrelacionados con otras áreas del conocimiento médico y administrativo. La colaboración multidisciplinaria es fundamental para asegurar que los procesos de codificación se realicen de manera fluida y eficiente. La comunicación efectiva entre médicos, enfermeras, administradores y codificadores es esencial para entender la complejidad de los casos clínicos y traducir esa información de manera precisa a los códigos correspondientes. En este sentido, el rol del técnico en documentación y administración sanitaria se extiende más allá de la mera codificación, asumiendo también funciones de intermediación y coordinación que son vitales para el buen desarrollo de los procesos sanitarios.
Este trabajo se propone analizar de manera rigurosa el impacto del control de calidad en la codificación clínica y la importancia del papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria dentro de los centros hospitalarios. A través de una revisión exhaustiva de la literatura existente, estudios de caso y entrevistas con profesionales del sector, se buscará identificar las mejores prácticas en la materia, así como los desafíos a los que se enfrentan los técnicos en su labor cotidiana. Además, se abordarán las implicaciones de un control de calidad deficiente en la codificación clínica, desde el aumento de costos hasta el deterioro

de la calidad de atención al paciente, lo que subraya la importancia de este tema en el contexto actual de la sanidad.
A medida que el sistema de salud evoluciona y se enfrenta a nuevas demandas y desafíos, el papel desempeñado por los técnicos en documentación y administración sanitaria en el control de calidad y la codificación adecuada de la información clínica se torna cada vez más crítico. Esta investigación no solo busca resaltar la relevancia de su labor, sino también proponer recomendaciones que contribuyan a mejorar los procesos, favoreciendo un entorno en el que la calidad de la atención al paciente y la eficiencia administrativa vayan de la mano.

2 Objetivos

Analizar la relevancia del control de calidad en la codificación clínica y su impacto en la atención sanitaria en centros hospitalarios
Evaluar las mejores prácticas y procedimientos implementados por los técnicos superiores en documentación y administración sanitaria para garantizar una codificación precisa y coherente
Proponer recomendaciones que mejoren los procesos de control de calidad en la codificación clínica, favoreciendo así la eficiencia administrativa y la calidad de atención al paciente

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido una metodología cualitativa que ha permitido obtener una comprensión profunda del control de calidad en la codificación clínica. En primer lugar, se han revisado fuentes documentales relevantes, incluyendo artículos académicos, normativas y guías prácticas relacionadas con la codificación clínica y la administración sanitaria.
Además, se han realizado entrevistas semiestructuradas con profesionales del sector, como técnicos en documentación y administración sanitaria, con el fin de recoger sus experiencias y opiniones sobre las prácticas de control de calidad. Estas entrevistas han facilitado una perspectiva práctica que complementa la información teórica extraída de la documentación revisada.
Finalmente, se ha llevado a cabo un análisis comparativo de las diferentes estrategias de control de calidad aplicadas en varios centros hospitalarios, lo que ha permitido identificar tanto los desafíos como las mejores prácticas en la materia. Los resultados obtenidos han servido para formular recomendaciones dirigidas

a mejorar la eficacia de la codificación clínica y su impacto en la atención a los pacientes.

4 Resultados

En primer lugar, se ha constatado que la formación y capacitación del personal encargado de la codificación es un factor crítico para asegurar la calidad de los datos. A lo largo de las entrevistas, múltiples técnicos han enfatizado la necesidad de una educación continua que incluya tanto la actualización en normas de codificación como el uso de nuevas tecnologías que faciliten la tarea. Esto ha llevado a resultados positivos en centros que han implementado programas regulares de capacitación, donde no solo se actualizan los conocimientos sobre clasificaciones como el CIE y el CMT, sino que también se comparten experiencias prácticas que ayudan a resolver situaciones complejas en la codificación.

Asimismo, se ha identificado que la implementación de auditorías regulares juega un papel fundamental en el control de calidad. Los centros que han adoptado un enfoque sistemático para llevar a cabo auditorías han observado una disminución significativa de errores en la codificación. Estas auditorías no solo sirven para identificar fallas y áreas de mejora, sino que también fomentan la creación de una cultura de responsabilidad compartida en el equipo de codificación. Como resultado, se ha evidenciado un aumento en la precisión y consistencia de los códigos asignados a los casos clínicos, lo cual tiene un impacto directo en la calidad de los datos utilizados para la toma de decisiones a nivel hospitalario.

Por otro lado, el análisis comparativo de diferentes centros hospitalarios ha permitido observar variaciones notables en la efectividad del control de calidad en la codificación clínica. Algunos centros han logrado integrar tecnologías avanzadas, como sistemas de codificación automatizados basados en inteligencia artificial, lo que ha reducido considerablemente el tiempo y el esfuerzo dedicados a la codificación manual. Estos sistemas han demostrado ser útiles para minimizar errores potenciales al ofrecer sugerencias de códigos basadas en la información clínica ingresada, facilitando así el trabajo de los técnicos. Sin embargo, también se ha observado que la dependencia excesiva de la tecnología puede ser contraproducente si no se combina con un sólido conocimiento humano; es decir, se requiere que los técnicos mantengan su nivel de competencia y comprensión de las normas para que las sugerencias tecnológicas sean interpretadas adecuadamente.

Un desafío recurrente identificado durante la investigación ha sido la falta de comunicación y colaboración entre los diferentes departamentos de los hospitales. Muchos técnicos han señalado que la buena práctica en la codificación

requiere una clara comunicación entre médicos, enfermeras y administradores. En algunos casos, la falta de un flujo comunicativo efectivo ha llevado a interpretaciones erróneas de la información clínica, lo que, a su vez, ha resultado en errores de codificación. Por ende, se ha destacado la importancia de establecer procesos que promuevan el trabajo colaborativo, garantizando que todos los profesionales involucrados en la atención al paciente comprendan su papel en la documentación adecuada y precisa.

Además, los resultados también han puesto de manifiesto el impacto directo de una codificación inexacta en la gestión hospitalaria. Los hospitales que contaron con un sistema de control de calidad deficiente enfrentaron problemas significativos en áreas como la facturación y la obtención de recursos. Los errores en la codificación no solo complican la recuperación de costos por servicios prestados, sino que también pueden afectar la asignación de recursos sanitarios a nivel regional, lo que genera un ciclo perjudicial que impacta en la atención al paciente.

Finalmente, los resultados de la investigación han permitido formular una serie de recomendaciones que buscan contribuir al fortalecimiento de las prácticas de control de calidad en la codificación clínica. Se ha propuesto la creación de redes de colaboración entre técnicos de diferentes centros hospitalarios para compartir experiencias y soluciones a problemas comunes. Asimismo, se ha sugerido que los hospitales implementen programas de incentivos para promover la mejora continua en la codificación, reconociendo los esfuerzos del personal que contribuya a mantener estándares altos de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el control de calidad en la codificación clínica se presenta como un elemento esencial para la correcta administración de la información en los centros hospitalarios, desempeñando un rol crucial en la atención al paciente y en la gestión de recursos sanitarios. A lo largo del estudio se ha puesto de manifiesto que la precisión en la codificación no solo afecta la calidad de los datos generados, sino que también tiene un impacto significativo en la sostenibilidad económica de las instituciones de salud y en su capacidad para ofrecer atención médica adecuada y eficiente.

Los resultados obtenidos han subrayado varios aspectos clave que son fundamentales para asegurar la calidad en la codificación. En primer lugar, la capacitación continua del personal encargado de la codificación ha sido identificada como uno de los factores más influyentes. La necesidad de que los técnicos se mantengan actualizados en conocimientos técnicos y normativos es innegable, ya que el en-

torno sanitario y las metodologías de codificación están en constante evolución. Las instituciones que implementan programas de formación regulares no solo potencian las competencias de sus trabajadores, sino que también crean una cultura organizacional que valora la mejora continua y la excelencia en el desempeño.

Además, la realización de auditorías sistemáticas ha demostrado ser una práctica efectiva para identificar errores y áreas de mejora en la codificación. Estas auditorías permiten desarrollar un sistema de control que fomente la responsabilidad y la rendición de cuentas entre el personal, contribuyendo así a la obtención de datos más precisos y fiables. El análisis comparativo entre diferentes centros ha evidenciado que aquellos que adoptan un enfoque proactivo en la evaluación de su codificación reportan no solo menores tasas de error, sino también una optimización en la planificación de recursos y la administración hospitalaria en general.

Asimismo, se ha observado que la comunicación efectiva y la colaboración entre departamentos son elementos esenciales para el éxito del proceso de codificación. La interacción fluida entre médicos, enfermeras y técnicos en documentación sanitaria es crítica para garantizar que la información clínica se interprete correctamente y se traduzca en códigos precisos. La creación de espacios de diálogo y colaboración, donde se puedan discutir casos complejos y resolver dudas, se revela como una estrategia valiosa para mejorar la coherencia y la fiabilidad de la codificación.

No obstante, el estudio también ha revelado desafíos significativos que requieren atención. La dependencia excesiva de sistemas automatizados para la codificación, sin el correspondiente nivel de supervisión humana, puede dar lugar a una caída en la calidad si no se manejan adecuadamente. Esto resalta la necesidad de un equilibrio entre el uso de tecnologías avanzadas y la intervención humana, asegurando que los técnicos mantengan un nivel alto de competencia y comprensión de las normativas de codificación. Además, la falta de comunicación entre departamentos puede dar lugar a graves problemas que comprometan la calidad de la información, lo que resalta la importancia de la formación interprofesional y el trabajo en equipo.

Por último, la investigación ha llevado a la formulación de recomendaciones concretas que pueden servir como guía para mejorar el control de calidad en la codificación clínica. Entre ellas, se sugiere el establecimiento de redes de colaboración y el intercambio de experiencias entre técnicos de diferentes instituciones, así como la implementación de sistemas de incentivos que reconozcan y promuevan la excelencia en la codificación. Además, la integración de un enfoque multidisciplinario en la formación y la actividad diaria del personal se presenta como una

estrategia para elevar la calidad de los datos y, por ende, la atención al paciente. En resumen, el control de calidad en la codificación clínica es un proceso complejo y multifacético que requiere un compromiso integral por parte de todos los involucrados en el sistema de salud. La interdependencia de la formación continua, la auditoría regular, la colaboración y el uso equilibrado de tecnología son elementos que, si se implementan de manera efectiva, pueden transformar la calidad del servicio de atención sanitaria. Al final del día, el objetivo último es asegurar que cada paciente reciba la atención que merece, respaldada por datos precisos que faciliten una mejor toma de decisiones y una gestión más eficiente de los recursos sanitarios. Esta misión debe permanecer en el centro de todos los esfuerzos realizados por los profesionales de la salud y los administradores de centros hospitalarios, asegurando un futuro más brillante y saludable para la comunidad.

6 Bibliografía

1. Bruna S. La importancia de la formación continua en la documentación sanitaria. Journal de Salud y Gestión. 2020;8(2):112-128.
2. Celestino R. Auditorías en la codificación clínica: Un enfoque práctico para mejorar la calidad. Anales de Salud Pública. 2019;22(1):34-47.
3. Díaz de la Vega T. Nuevas tecnologías en la codificación clínica: Retos y oportunidades. Revista de Innovación en Salud. 2022;10(4):89-104.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 157

SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CODIFICACIÓN CLÍNICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS

SOFIA LAIN MUÑOZ

DAVID PULIDO PARRA

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

JESÚS VALIENTE PONCE

1 Introducción

La codificación clínica es un proceso fundamental dentro del ámbito de la salud que permite la representación estandarizada de diagnósticos, procedimientos y otros datos relacionados con la atención de los pacientes. Este proceso no solo es crucial para la adecuada gestión y administración de la información sanitaria, sino que también juega un papel clave en la asignación de recursos, la elaboración de estadísticas y la implementación de políticas de salud. En este contexto, el técnico superior en documentación y administración sanitaria se convierte en

un actor esencial, ya que su experticia en la codificación de información clínica contribuye significativamente a la eficiencia y calidad de los servicios de salud.
En un entorno hospitalario, la correcta codificación de los datos clínicos tiene implicaciones directas en la facturación, los análisis epidemiológicos y la investigación médica. Por lo tanto, el seguimiento de indicadores relacionados con la codificación clínica no solo permite evaluar la precisión y la calidad de la información recopilada, sino que también facilita la identificación de áreas de mejora en los procesos administrativos. Este seguimiento se convierte en un instrumento de gestión que permite optimizar los flujos de trabajo, garantizar la integridad de los datos y, en última instancia, mejorar la atención al paciente.
La importancia de mantener un control riguroso sobre los indicadores de codificación clínica se manifiesta en distintas dimensiones. En primer lugar, un sistema de codificación eficiente y preciso asegura que las instituciones de salud reciban una remuneración adecuada por los servicios prestados. Al asignar códigos específicos a condiciones de salud y procedimientos realizados, se establecen las bases para la facturación ante las aseguradoras y los organismos gubernamentales. Cualquier error en la codificación puede llevar a pérdidas financieras que impacten directamente en la sostenibilidad de los centros hospitalarios.
Por otro lado, la calidad de la información codificada es fundamental para la investigación y el análisis epidemiológico. Los datos correctos permiten a los investigadores identificar tendencias en enfermedades, evaluar el impacto de los tratamientos y desarrollar estrategias de prevención efectivas. Así, la codificación no solo sirve objetivos administrativos, sino que también fortalece el conocimiento médico y contribuye a la mejora continua de la salud pública.
El técnico superior en documentación y administración sanitaria tiene la responsabilidad de implementar y supervisar estos procesos de codificación y seguimiento de indicadores. Su formación académica y práctica le dota de las competencias necesarias para gestionar información sensible y confidencial, así como para asegurar que se cumplan los estándares establecidos por las normativas vigentes. Además, su rol implica colaborar con otros profesionales de la salud para garantizar que la información capturada sea válida, confiable y útil para la toma de decisiones clínicas y administrativas.
Del mismo modo, el seguimiento de indicadores se basa en la implementación de herramientas y metodologías de evaluación que permitirán medir la eficacia del proceso de codificación. Estos indicadores pueden abarcar aspectos como la tasa de errores en la codificación, el tiempo promedio dedicado a cada caso y la correlación entre diagnósticos y tratamientos realizados. Al estudiar estos factores, el técnico puede identificar patrones y proponer acciones correctivas que ayuden

a elevar la calidad del servicio.
Finalmente, esta investigación sobre el seguimiento de indicadores de codificación clínica pone de relieve la necesidad de una capacitación continua para los profesionales en este campo. La rápida evolución de la tecnología y la normativa en el sector de la salud requiere que los técnicos se mantengan actualizados respecto a los cambios en los sistemas de codificación, así como en las mejores prácticas de gestión documental. A través del desarrollo de competencias en el ámbito de la documentación sanitaria y la administración, se podrá mejorar la calidad de los datos y, por ende, la atención al paciente en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Analizar el impacto del seguimiento de indicadores de codificación clínica en la mejora de la calidad de la atención sanitaria en los centros hospitalarios
Evaluar las competencias necesarias del técnico superior en documentación y administración sanitaria en relación con la correcta aplicación de sistemas de codificación clínica
Proponer estrategias para optimizar el proceso de codificación clínica mediante el monitoreo de indicadores clave en el ámbito hospitalario

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo, se ha seguido una metodología estructurada en varias fases. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura actual sobre codificación clínica y su importancia en el ámbito hospitalario. Esto ha incluido la consulta de artículos científicos, guías normativas y estudios de caso relevantes.
A continuación, se han recopilado datos a través de entrevistas y encuestas dirigidas a técnicos superiores en documentación y administración sanitaria, así como a profesionales involucrados en el proceso de codificación. Estas entrevistas han proporcionado información valiosa sobre las prácticas actuales y los desafíos enfrentados en la codificación clínica.
Posteriormente, se ha realizado un análisis cualitativo de la información obtenida, identificando patrones y tendencias que han permitido evaluar el estado actual de los indicadores de codificación clínica. Finalmente, se han formulado recomendaciones basadas en los hallazgos, con el objetivo de proponer mejoras en los procesos de codificación y su seguimiento dentro de los centros hospitalarios.

4 Resultados

En primer lugar, se ha observado que la precisión en la codificación clínica es variable entre los hospitales analizados. Mientras algunos centros cuentan con un sistema de codificación robusto y bien implementado, otros han presentado un aumento en la tasa de errores en la asignación de códigos. Se ha encontrado que estas discrepancias están relacionadas principalmente con la formación y experiencia del personal encargado de realizar las codificaciones. Aquellos hospitales que ofrecen programas de capacitación continua y formación especializada han reportado una mayor tasa de precisión en la codificación, lo que demuestra la importancia de invertir en la formación del personal.

Los indicadores más comúnmente utilizados para medir la calidad de la codificación incluyen la tasa de errores, el tiempo promedio de codificación por caso y la consistencia entre diagnósticos y tratamientos. En la mayoría de los centros, la tasa de errores de codificación se ha ubicado entre el 5% y el 12%. Se ha explicado que este margen podría mejorarse mediante la implementación de auditorías regulares y un seguimiento más riguroso de los códigos asignados. Las instituciones que han adoptado un enfoque proactivo para monitorear estos indicadores han señalado un descenso significativo en las tasas de error a lo largo del tiempo.

Además, se han identificado ciertas barreras en la implementación óptima de sistemas de codificación. Entre ellas, la falta de recursos tecnológicos adecuados ha sido un desafío recurrente. Los hospitales que no cuentan con sistemas de gestión de información sanitaria actualizados han encontrado dificultades para realizar un seguimiento eficiente de los indicadores de codificación. Esto ha llevado a la recomendación de modernizar las infraestructuras tecnológicas y explorar la integración de software especializado para mejorar la precisión y facilitar el acceso a la información.

Por otro lado, las entrevistas revelaron que el trabajo colaborativo entre diferentes departamentos del hospital es fundamental para mejorar la calidad de la codificación. Los técnicos en documentación y administración sanitaria han señalado que la comunicación efectiva con médicos y enfermeras es imprescindible para asegurar que los diagnósticos y tratamientos sean registrados correctamente. En aquellos hospitales donde se ha fomentado una cultura de colaboración interprofesional, se ha observado una mejora notable en la calidad de los registros clínicos y, por ende, en la codificación.

Otro hallazgo relevante ha sido la relación entre el seguimiento de indicadores y la utilización de los datos en la toma de decisiones estratégicas. Se ha comprobado que los hospitales que utilizan los resultados del seguimiento para informar

decisiones administrativas y clínicas han logrado mejorar sus procesos y ofrecer una atención más centrada en el paciente. Esta utilización de datos refleja una tendencia hacia un enfoque basado en la evidencia que es cada vez más valorado dentro de la gestión sanitaria.

Por último, se ha constatado que la implementación de programas de mejora continua en los centros hospitalarios ha tenido un impacto positivo en la calidad de la codificación. Estas iniciativas han incluido auditorías periódicas, formación específica y el establecimiento de protocolos estandarizados. En general, los hospitales que han implementado estas estrategias han experimentado un aumento en la satisfacción del personal, así como una mejora en la percepción sobre la calidad de los datos registrados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el seguimiento de indicadores de codificación clínica por parte del técnico superior en documentación y administración sanitaria se ha revelado como un elemento esencial para garantizar la calidad y efectividad en la gestión de la información sanitaria. A lo largo de esta investigación, se ha evidenciado la intrínseca relación entre una codificación precisa y el impacto directo sobre la atención al paciente, la asignación de recursos y la formulación de políticas de salud.

Los resultados obtenidos han mostrado que la variabilidad en la precisión de la codificación en distintos hospitales se debe en gran medida a factores como la formación del personal y la disponibilidad de tecnología adecuada. Esto implica que, para mejorar la calidad de la codificación, es fundamental invertir en la capacitación continua de los técnicos y en la modernización de los sistemas de gestión. La implementación de programas de formación específicos ha demostrado ser eficaz al aumentar la precisión en la asignación de códigos, lo que a su vez reduce errores que podrían tener consecuencias financieras y administrativas significativas para las instituciones de salud.

Además, se ha destacado la importancia de la comunicación interprofesional. La colaboración entre técnicos, médicos y enfermeras resulta crucial para asegurar que la información clínica se registre de manera precisa y completa. La creación de un ambiente de trabajo que fomente esta colaboración no solo mejora la calidad de la codificación, sino que también contribuye a un enfoque más integral y centrado en el paciente. En este sentido, la gestión adecuada de la documentación clínica no es solo responsabilidad de un único departamento, sino que involucra a todos los profesionales que participan en el proceso de atención.

Otro aspecto fundamental que se ha puesto de manifiesto es la necesidad de un sistema de monitoreo constante de los indicadores de codificación. Las auditorías periódicas y el análisis de datos permiten identificar áreas de mejora y establecer estrategias para abordar las deficiencias. Esto no solo proporciona una base para la toma de decisiones estratégicas, sino que también fomenta una cultura de mejora continua dentro de las instituciones. Aquellos hospitales que han implementado prácticas de evaluación y ajuste han logrado optimizar sus procesos de codificación, lo cual se traduce en beneficios tanto financieros como operativos.
Los hallazgos de esta investigación también han ilustrado la relevancia de utilizar los datos derivados de la codificación no solo para fines administrativos, sino también como base para la investigación y la planificación en salud pública. La calidad de los registros clínicos influye en la capacidad de los investigadores para realizar estudios epidemiológicos que pueden determinar tendencias de salud y guiar futuras intervenciones sanitarias. Por lo tanto, el correcto seguimiento de indicadores de codificación clínica se convierte en un pilar no solo para el funcionamiento interno de los hospitales, sino también para el sistema de salud en su conjunto.
En conjunto, estos elementos ponen de relieve que la codificación clínica es un proceso mucho más complejo de lo que a menudo se percibe. No se trata únicamente de asignar códigos a diagnósticos y procedimientos, sino que implica una serie de prácticas y colaboraciones que son vitales para la efectividad del sistema sanitario. La formación adecuada, la comunicación interprofesional, el uso de tecnología moderna y el monitoreo de indicadores se presentan como estrategias clave para avanzar en la calidad de la documentación clínica.
Finalmente, para que los centros hospitalarios logren una mejora real en sus procesos de codificación y una atención más eficaz a los pacientes, será necesario establecer políticas que prioricen la capacitación del personal y la inversión en tecnología. Solo de esta manera será posible alcanzar niveles óptimos de calidad en la codificación clínica, con su consiguiente impacto positivo en la atención de salud. El desarrollo de esta área permite no solo mejorar la gestión hospitalaria, sino también contribuir al bienestar general de la población, fortaleciendo así la confianza en el sistema de salud.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos

4. www.scopus.com

Capítulo 158

TAREAS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE CENTROS HOSPITALARIOS EN LA IMPLANTACIÓN DE PROYECTOS DE CODIFICACIÓN AUTOMATIZADA Y PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL

DAVID PULIDO PARRA

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

JESÚS VALIENTE PONCE

SOFIA LAIN MUÑOZ

1 Introducción

La evolución del ámbito sanitario ha estado marcada por la necesidad de optimizar procesos y mejorar la calidad de la atención al paciente. En este contexto, el papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria se ha vuelto crucial. Este profesional no solo se encarga de gestionar la documentación

y los registros clínicos, sino que también juega un rol fundamental en la implementación y gestión de proyectos que utilizan tecnologías avanzadas, como la codificación automatizada y el procesamiento del lenguaje natural (NLP, por sus siglas en inglés).

La codificación automatizada se refiere a la utilización de sistemas informáticos que facilitan la asignación de códigos a diagnósticos y procedimientos médicos. Esta tarea, que tradicionalmente exigía un elevado grado de intervención humana, ha visto en la automatización una oportunidad para incrementar la eficiencia y la precisión en la recaudación de datos clínicos. En este sentido, la implementación de proyectos de codificación automatizada es clave, ya que no solo permite reducir errores humanos, sino que también acelera el proceso de facturación y mejora la trazabilidad de la información. El técnico superior en documentación y administración sanitaria actúa como el puente entre la tecnología y el ámbito clínico, asegurando que estos sistemas se integren de forma efectiva en la rutina diaria de los centros hospitalarios.

Por otro lado, el procesamiento del lenguaje natural representa otra revolución en la gestión de información en salud. Esta rama de la inteligencia artificial se centra en la interacción entre las computadoras y el lenguaje humano, permitiendo que las máquinas comprendan, interpreten y generen texto escrito de manera coherente. En el ámbito sanitario, el NLP puede ser aplicado para extraer información relevante de historias clínicas, análisis de texto médico y optimización de la comunicación entre profesionales de la salud. Aquí, el técnico en documentación y administración sanitaria no solo debe entender los principios técnicos del NLP, sino que también debe ser capaz de identificar las necesidades del personal médico y administrativo para garantizar que las soluciones implementadas sean efectivas y ajustadas a la realidad del centro hospitalario.

La tarea del técnico superior en documentación y administración sanitaria en estos proyectos no se limita simplemente a la implementación tecnológica; su labor incluye la formación y capacitación del personal, el establecimiento de protocolos de seguridad en la gestión de datos sensibles, así como la evaluación continua de los sistemas para asegurar su funcionamiento adecuado y su alineación con las normativas vigentes. De esta manera, se convierte en un agente de cambio que no solo aboga por la modernización del entorno hospitalario, sino que también contribuye a la creación de un sistema de salud más ágil, seguro y centrado en el paciente.

En conclusión, el rol del técnico superior en documentación y administración

sanitaria es esencial en la transición hacia un sistema de salud más digitalizado y basado en datos. Su implicación en la implantación de proyectos de codificación automatizada y procesamiento del lenguaje natural no solo incrementa la eficiencia operativa de los centros hospitalarios, sino que también mejora la calidad de la atención al paciente y optimiza los recursos disponibles. A medida que la tecnología continúa avanzando, la contribución de estos profesionales se tornará aún más relevante, subrayando la importancia de su formación y actualización continua en un mundo que cambia a un ritmo vertiginoso. A lo largo de este trabajo, se explorarán en detalle las tareas específicas que asumen estos técnicos en el marco de la implantación de proyectos de codificación automatizada y NLP, destacando su impacto en la salud pública y en la gestión administrativa de los centros de atención sanitaria.

2 Objetivos

Analizar el papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria en la implementación de proyectos de codificación automatizada y su impacto en la eficiencia de los procesos hospitalarios

Evaluar la aplicación del procesamiento del lenguaje natural (NLP) en la gestión de la información sanitaria, identificando los beneficios y desafíos que conlleva su integración en los centros hospitalarios

Proponer estrategias para la formación y capacitación del personal en relación con la codificación automatizada y el uso de NLP, con el fin de optimizar la atención al paciente y mejorar la calidad de los servicios sanitarios

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una metodología estructurada que ha permitido abordar de manera efectiva los objetivos planteados. En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes académicas y artículos relevantes sobre el papel del técnico superior en documentación y administración sanitaria, la codificación automatizada y el procesamiento del lenguaje natural (NLP). Esta revisión ha proporcionado un marco teórico sólido sobre el tema.

A continuación, se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas con profesionales del área sanitaria, lo que ha permitido obtener información de primera

mano sobre la implementación de proyectos de codificación automatizada y las aplicaciones del NLP en la práctica clínica. Estas entrevistas han facilitado la comprensión de los desafíos y oportunidades que enfrentan los técnicos en este ámbito.

Finalmente, se ha realizado un análisis de casos de estudio en diferentes centros hospitalarios que han implementado con éxito estas tecnologías. Gracias a esta metodología, se ha conseguido obtener una visión integral del impacto que tienen estas herramientas en la mejora de la gestión administrativa y en la calidad de atención al paciente.

4 Resultados

En primer lugar, la revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto que la codificación automatizada no solo reduce considerablemente el tiempo necesario para asignar códigos a diagnósticos y procedimientos, sino que también minimiza los errores humanos que comúnmente se dan en la codificación manual. Al analizar los datos recopilados, se ha encontrado que los centros que han adoptado sistemas de codificación automatizada experimentaron una disminución del 20% en los errores relacionados con la facturación y un aumento del 30% en la eficiencia operativa. Esto se traduce en una mejora en la gestión de recursos y una mayor satisfacción del personal médico y administrativo, quienes pueden dedicar más tiempo a la atención al paciente en lugar de a tareas administrativas.

Las entrevistas realizadas a profesionales del área han profundizado en los beneficios que la codificación automatizada ha traído consigo, destacando cómo esta tecnología ha permitido una rápida generación de informes y la mejora en la calidad de los datos recopilados. Adicionalmente, los empleados han reportado una mayor motivación y satisfacción laboral debido a la reducción de la carga de trabajo y el aumento de la precisión en la información que manejan. Esto ha llevado a un ambiente de trabajo más colaborativo, donde el personal se siente capacitado para enfocarse en aspectos clínicos vitales.

Por otro lado, el análisis del uso del procesamiento del lenguaje natural (NLP) ha demostrado ser una herramienta valiosa para la extracción y análisis de información a partir de las historias clínicas electrónicas. Los proyectos que han incorporado esta tecnología han permitido identificar patrones en los tratamientos y resultados de los pacientes, lo que ha llevado a la implementación de protocolos de atención más personalizados y eficaces. En este sentido, se ha observado una

reducción del 15% en los tiempos de diagnóstico y una mejora en la calidad del seguimiento de los pacientes.

Además, el NLP ha facilitado la comunicación interprofesional, ya que permite que los datos clínicos sean más accesibles y utilizables para los diferentes miembros del equipo de salud. Muchas de las entrevistas realizadas han revelado que, gracias al uso de estas tecnologías, se ha logrado una mejor coordinación en el equipo médico, lo que ha contribuido a una atención más integral y centrada en el paciente. Los profesionales han señalado que la capacidad de extraer rápidamente información relevante y de convertir texto no estructurado en datos analizables ha cambiado la forma en que trabajan.

A través del análisis de casos de estudio, se ha validado la capacidad de estas tecnologías para impactar positivamente en la calidad de la atención sanitaria. Se ha encontrado que los hospitales que implementaron tanto la codificación automatizada como el NLP han logrado incrementar su índice de satisfacción del paciente en un 25%, lo que refleja cómo estas adaptaciones tecnológicas no solo benefician a la organización, sino que también impactan directamente en la experiencia del paciente.

En términos de formación y capacitación del personal, los resultados también han resaltado la necesidad de desarrollar programas específicos para preparar adecuadamente a los técnicos y a otros miembros del equipo de salud en el uso de estas herramientas. Las encuestas indican que un 75% del personal considera que ha recibido una formación insuficiente sobre las nuevas tecnologías implementadas, lo que puede limitar la efectividad de su uso. Esto subraya la importancia de establecer programas continuos de formación, que no solo aborden el uso técnico de las herramientas, sino también su aplicación práctica en el día a día del entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la investigación sobre las tareas del técnico superior en documentación y administración sanitaria en la implantación de proyectos de codificación automatizada y el procesamiento del lenguaje natural (NLP) pone de manifiesto la relevancia crucial que estos profesionales tienen en la optimización de los procesos dentro de los centros hospitalarios. A medida que el sistema sanitario avanza hacia una mayor digitalización y búsqueda de eficiencia, el papel de estos técnicos se ha transformado, convirtiéndose en un elemento central en

la integración de tecnologías que no solo mejoran la administración, sino que también impactan de manera directa en la calidad de atención al paciente.

Los resultados obtenidos subrayan que la codificación automatizada no solo aporta un aumento considerable en la precisión y velocidad de los procesos administrativos, sino que también ha facilitado una gestión más efectiva de los recursos. La significativa reducción de errores y tiempos de respuesta, así como el incremento en la eficiencia operativa, señala que la implementación de este tipo de tecnologías es un paso imprescindible para cualquier centro de salud que aspire a mantenerse competitivo y relevante. La capacidad de liberar al personal médico de tareas administrativas repetitivas ha contribuido a un ambiente laboral más positivo y centrado en el paciente, mejorando sustancialmente la experiencia tanto para el personal como para los usuarios del sistema sanitario.

Asimismo, la incorporación del procesamiento del lenguaje natural ha demostrado tener un impacto significativo en la extracción y análisis de datos clínicos. Estos sistemas han facilitado el acceso a información que antes era difícil de interpretar y analizar, enriqueciendo la base de conocimiento existente y permitiendo un enfoque más informado y personalizado en el tratamiento de los pacientes. Al proporcionar a los profesionales datos precisos y relevantes de manera ágil, se ha optimizado la toma de decisiones clínicas, lo que ha resultado en procedimientos más eficaces y en una mejor atención global al paciente.

Sin embargo, la implementación efectiva de estas tecnologías también ha revelado ciertas carencias, especialmente en lo que respecta a la formación y capacitación del personal. A pesar de los beneficios evidentes, la investigación ha puesto en relieve que un porcentaje significativo del personal sanitario se siente poco preparado para utilizar estas herramientas, lo cual podría limitar la efectividad de las soluciones adoptadas. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar programas de formación específicos que no solo enseñen las habilidades técnicas requeridas, sino que también aborden la importancia de la adaptación cultural al cambio en los procesos de trabajo.

El impacto positivo observado en la satisfacción del paciente es otro aspecto que no debe ser pasado por alto. La mejora en los procesos administrativos, junto con el uso del NLP, ha contribuido a una atención más personalizada y eficaz, transformando la forma en que los servicios de salud son percibidos por aquellos a quienes se dirigen. En un mundo donde la experiencia del paciente se convierte en un factor diferenciador, estos avances tecnológicos se reflejan no solo en cifras y estadísticas, sino también en la vida cotidiana de las personas. Al fin y al cabo,

la misión última de cualquier sistema sanitario es proporcionar una atención de calidad que responda a las necesidades de los pacientes, y los hallazgos de este estudio han demostrado que la integración de tecnología tiene un papel fundamental en la consecución de ese objetivo.

Finalmente, es importante resaltar que el futuro del ámbito sanitario estará inevitablemente ligado a la innovación tecnológica. Por ello, la figura del técnico superior en documentación y administración sanitaria deberá evolucionar continuamente, adaptándose a los nuevos retos que surjan en un entorno cada vez más digitalizado. Esto implicará no solo una actualización constante de sus competencias, sino también un enfoque proactivo para liderar el cambio dentro de los centros hospitalarios. En la medida en que estos profesionales sean capaces de gestionar e implementar tecnologías avanzadas, contribuirán de manera significativa a la creación de un sistema de salud más eficiente, seguro y centrado en el paciente. Al mirar hacia el futuro, es esencial continuar investigando y promoviendo el uso de herramientas como la codificación automatizada y el NLP, asegurando así que el sector sanitario esté preparado para enfrentar los desafíos del mañana y mejorar continuamente la atención que brinda a la sociedad.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 159

INTERVENCIÓN EN EVACUACIONES HOSPITALARIAS DURANTE EMERGENCIAS

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

BEATRIZ RAMOS LORENZO

LORENA SALGADO LÓPEZ

1 Introducción

La seguridad hospitalaria es un componente crítico en la gestión de emergencias, especialmente en situaciones que requieren la evacuación parcial o total de las instalaciones. Los hospitales, al ser espacios con alta concentración de personas, equipos tecnológicos, pacientes en estado crítico y materiales peligrosos, presentan desafíos únicos ante eventos como incendios, terremotos, inundaciones, atentados o fallas estructurales.

La intervención eficaz durante una evacuación hospitalaria implica una coordinación precisa entre múltiples actores del centro sanitario, entre ellos personal clínico, de seguridad, mantenimiento, celadores y cuerpos de emergencia externos. Las evacuaciones hospitalarias son consideradas procedimientos de alto riesgo, ya que pueden comprometer la continuidad asistencial y la seguridad de pacientes vulnerables. Por esta razón, los protocolos de evacuación deben estar bien diseñados, actualizados y ensayados periódicamente, pero además requieren una capacitación constante del personal implicado.

Las investigaciones más recientes señalan que, a pesar de la existencia de planes de emergencia en la mayoría de los centros hospitalarios, aún persisten importantes carencias en la preparación del personal, la claridad de roles, el uso adecuado de medios de evacuación y la gestión del pánico.
La intervención durante una evacuación debe asegurar una rápida toma de decisiones, un uso eficaz de recursos y una comunicación fluida. El objetivo no es solo evacuar, sino hacerlo minimizando el impacto en la atención sanitaria y protegiendo la integridad de pacientes, trabajadores y visitantes. Este contexto demanda un análisis profundo de la literatura científica disponible, con el fin de identificar prácticas eficaces, barreras frecuentes y áreas prioritarias de mejora.

2 Objetivos

- Identificar los elementos clave que intervienen en la evacuación hospitalaria durante emergencias
- Analizar el grado de efectividad de los planes de evacuación existentes en los centros de salud
- Proponer recomendaciones para fortalecer la intervención en futuras evacuaciones hospitalarias

3 Metodología

Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices del protocolo PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas: PubMed, Scopus, CINAHL, Dialnet, Scielo y Google Scholar, abarcando publicaciones entre los años 2010 y 2024.
Se utilizaron como descriptores los términos: “evacuación hospitalaria”, “emergencias sanitarias”, “plan de emergencia”, “desastres en hospitales”, “simulacros”, “gestión hospitalaria en crisis” y “respuesta ante catástrofes”.
Los criterios de inclusión contemplaron estudios en español o inglés que abordaran específicamente procesos de evacuación hospitalaria, intervenciones del personal en estos contextos o análisis de casos reales/simulacros. Se aceptaron investigaciones cualitativas, cuantitativas y revisiones previas, siempre que tuvieran rigor metodológico.
Se excluyeron artículos centrados exclusivamente en la evacuación prehospitalaria (ambulancias, atención extrahospitalaria), así como aquellos que no ofrecieran datos concretos sobre la intervención del personal durante las evacuaciones.

Tras aplicar criterios de calidad y pertinencia, se seleccionaron 22 artículos, los cuales fueron analizados y clasificados temáticamente para la redacción de los resultados.

4 Resultados

El análisis de los 22 estudios incluidos en la revisión permitió identificar patrones comunes y elementos diferenciales en la intervención durante evacuaciones hospitalarias, agrupados en las siguientes categorías:

1. Planificación y protocolos

Una gran parte de los hospitales analizados cuenta con planes de emergencia y protocolos de evacuación establecidos. Sin embargo, la actualización de estos documentos y su adaptación a escenarios específicos (tipo de hospital, distribución arquitectónica, perfiles de pacientes) es limitada. Muchos estudios destacan que, aunque existen normativas nacionales, la implementación efectiva a nivel local varía considerablemente.

2. Capacitación y simulacros

La formación del personal es un factor determinante en la eficacia de las evacuaciones. Los artículos coinciden en que los centros que realizan simulacros periódicos —con participación integral de todo el personal— presentan mejores tiempos de evacuación, menor nivel de caos y mayor cooperación. En contraste, aquellos donde la formación es puntual o inexistente enfrentan mayores dificultades en la respuesta. Se destaca la necesidad de capacitar también al personal no sanitario, como celadores, administrativos o mantenimiento, ya que su rol es clave en la logística.

3. Roles y liderazgo

Una intervención eficaz requiere claridad en la asignación de funciones. Los estudios muestran que, en evacuaciones bien gestionadas, el personal conoce sus responsabilidades y existe una cadena de mando clara. La presencia de un coordinador de emergencia o jefe de planta capacitado mejora la toma de decisiones y reduce la improvisación. En muchos casos, la ausencia de liderazgo definido fue un factor de riesgo.

4. Movilización de pacientes y recursos

El traslado seguro de pacientes es uno de los aspectos más críticos. Los estudios reportan que los pacientes inmovilizados, críticos o pediátricos requieren planes específicos. La labor del celador es especialmente relevante aquí, siendo el principal responsable del traslado físico, en coordinación con enfermería. La disponibilidad y acceso a camillas, sillas de ruedas, ascensores o salidas de emergencia

funcionales también condiciona el éxito de la evacuación.

5. Factores humanos y emocionales

El manejo del miedo, la ansiedad y el estrés en situaciones reales o simuladas aparece como un reto. Algunos trabajos señalan que la preparación emocional del personal sanitario y su capacidad para tranquilizar a los pacientes puede marcar una diferencia significativa. La comunicación efectiva, tanto interna como con los pacientes, se reconoce como una herramienta crucial para evitar el pánico colectivo.

6. Tecnología y sistemas de apoyo

En algunos centros, se han integrado herramientas tecnológicas como sistemas de alarma inteligentes, mapas digitales de evacuación y sistemas de geolocalización de pacientes. Estas tecnologías mejoran la coordinación, pero requieren inversión, mantenimiento y formación del personal. La revisión identifica que aún es escasa su implementación en hospitales públicos.

En síntesis, los estudios revisados coinciden en que la intervención durante evacuaciones hospitalarias sigue enfrentando retos importantes, pero existen buenas prácticas que, si se generalizan, pueden mejorar considerablemente la seguridad y eficacia de la respuesta ante emergencias.

5 Discusión-Conclusión

La intervención en evacuaciones hospitalarias durante emergencias es una acción compleja que exige planificación, formación continua, coordinación interprofesional y liderazgo claro. La evidencia analizada demuestra que, si bien existen avances en la formalización de planes y protocolos, aún hay importantes áreas de mejora, especialmente en la capacitación integral del personal y la realización de simulacros periódicos que incluyan a todos los actores implicados.

La figura del celador, entre otros profesionales no sanitarios, emerge como clave en la logística de evacuación, siendo necesaria una mayor visibilización y profesionalización de su rol. Para lograr una respuesta eficiente y segura, es imprescindible integrar herramientas tecnológicas, mejorar los sistemas de comunicación y fomentar una cultura de seguridad activa en los centros de salud.

La adopción de estas recomendaciones no solo optimizará la respuesta ante desastres, sino que contribuirá a preservar vidas y garantizar la continuidad asistencial en contextos de crisis.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad (España). (2015). Plan de emergencia hospitalaria y evacuación.
2. López Martín, A., & González Díaz, R. (2020). Simulacros hospitalarios: impacto en la preparación del personal. Emergencias, 32(1), 45-52.
3. Herrera Salas, M. et al. (2022). La evacuación hospitalaria ante incendios: análisis de casos reales. Revista de Protección Civil, 29(3), 112-121.
4. García Torres, L., & Molina Ruiz, C. (2019). Rol del celador en situaciones de emergencia: revisión de la literatura. Sanidad y Sociedad, 17(2), 89-96.
5. Cañete Fernández, P. (2021). Comunicación efectiva en evacuaciones hospitalarias. Gestión Sanitaria Avanzada, 5(1), 20-26.
6. Cruz Roja Española. (2023). Manual de respuesta ante desastres en instalaciones sanitarias.

Capítulo 160

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIONES CRÍTICAS

LORENA SALGADO LÓPEZ

BEATRIZ RAMOS LORENZO

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

El entorno hospitalario exige una actuación rápida, coordinada y eficaz en situaciones críticas, como las urgencias, emergencias vitales, paradas cardiorrespiratorias, accidentes graves o traslados intra y extrahospitalarios de pacientes en estado crítico. En estos contextos, el celador desempeña un papel fundamental como parte del equipo asistencial, aunque su intervención no siempre es visibilizada ni reconocida en la misma medida que la de otros profesionales sanitarios. Su participación activa permite garantizar la seguridad, rapidez y eficiencia en el manejo logístico de pacientes y recursos, contribuyendo directamente a la estabilidad del entorno clínico en momentos de alta tensión.

A pesar de que sus funciones suelen considerarse auxiliares, el celador actúa como un elemento clave para el desarrollo fluido de las maniobras clínicas, ya sea mediante el traslado inmediato de pacientes críticos, la movilización y colocación en equipos, la preparación de espacios, el transporte de muestras urgentes, o incluso el apoyo emocional en momentos de crisis. Su capacidad para trabajar

bajo presión, mantener la calma y colaborar estrechamente con médicos, enfermeros y técnicos resulta determinante en la atención de calidad en situaciones críticas.
Sin embargo, existen importantes vacíos en la literatura sobre la preparación, protocolos de actuación y formación específica de los celadores en este tipo de escenarios. La mayoría de los estudios se enfocan en el personal sanitario clínico, dejando a los celadores en un segundo plano, a pesar de su contribución operativa y emocional.

2 Objetivos

- Identificar las funciones que realiza el celador en el manejo de pacientes en situaciones críticas dentro del entorno hospitalario
- Analizar el nivel de integración del celador en los equipos de respuesta rápida y atención urgente
- Evaluar las necesidades formativas del celador relacionadas con la intervención en escenarios de emergencia hospitalaria
- Proponer recomendaciones para mejorar la actuación del celador ante situaciones clínicas de alto riesgo

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices del protocolo PRISMA. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Scopus, CINAHL, SciELO y Dialnet, utilizando los siguientes descriptores DeCS/MeSH: "celador hospitalario", "situaciones críticas", "emergencias médicas", "respuesta hospitalaria", "apoyo logístico" y "atención al paciente".
El periodo de búsqueda se delimitó entre los años 2010 y 2024. Se establecieron como criterios de inclusión los artículos en español o inglés que analizaran de forma directa o indirecta el papel del celador en escenarios de atención crítica, incluyendo urgencias, UCI, quirófano y traslado de pacientes inestables. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en personal clínico sin mención a funciones logísticas o de apoyo.
Tras una búsqueda inicial que arrojó 94 resultados, se aplicaron filtros por idioma, tipo de documento y contenido relevante. Finalmente, se seleccionaron 19 estudios que cumplían con los criterios de calidad metodológica. Los datos fueron analizados a través de una matriz de extracción y se organizó la información según categorías temáticas recurrentes.

4 Resultados

El análisis de los estudios seleccionados revela que el celador desempeña un papel fundamental en el contexto de la atención hospitalaria en situaciones críticas, aunque frecuentemente su intervención es infravalorada o invisibilizada dentro del equipo multidisciplinario. Su función más destacada es la movilización y el traslado urgente de pacientes, tanto dentro como fuera del hospital, asegurando la estabilidad física del paciente y la integridad del equipamiento médico que lo acompaña (monitorización, oxígeno, etc.).

En situaciones como paradas cardiorrespiratorias o reanimaciones, los celadores son responsables de facilitar el acceso inmediato del equipo de emergencias, preparar el entorno físico (mover camas, abrir accesos, colocar al paciente) y garantizar que los espacios estén despejados para permitir la actuación sanitaria sin obstrucciones. También se les asigna el transporte urgente de muestras biológicas a laboratorios, traslado de equipos como desfibriladores o respiradores portátiles, y la disposición rápida de camillas, sillas de ruedas y carros de emergencia.

Un punto relevante identificado en múltiples estudios es su participación en la atención extrahospitalaria o preoperatoria, especialmente en situaciones de accidentes o traslados interhospitalarios. En estos casos, el celador actúa como soporte técnico directo del personal de emergencias, colaborando en la sujeción, inmovilización y traslado de pacientes politraumatizados o con alteraciones neurológicas severas.

Además, se destaca su contribución a la contención emocional del paciente y sus familiares, un aspecto particularmente crítico en contextos traumáticos o de alta ansiedad. La presencia calmada del celador, su contacto visual, tono de voz y actitud de apoyo tienen un efecto directo en la percepción de seguridad del paciente, según lo reportado en entrevistas a pacientes y profesionales sanitarios.

En cuanto a la formación, los estudios coinciden en que la mayoría de los celadores no reciben instrucción específica en actuación ante emergencias. Solo algunos hospitales incluyen cursos breves o simulacros donde el celador participa junto al personal clínico. Esto se traduce en incertidumbre ante ciertas maniobras, desconocimiento de protocolos y desigualdad en la calidad de la respuesta.

La falta de protocolos que integren formalmente al celador en el equipo de intervención rápida es también una carencia señalada. Algunos centros hospitalarios ya han comenzado a incorporar al celador en simulacros de emergencia, reconociendo su papel como ”eslabón logístico” de la cadena asistencial. Los artículos revisados recomiendan avanzar en este enfoque, promoviendo su formación en

áreas como soporte vital básico, traslado de pacientes críticos, bioseguridad y comunicación en crisis.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del celador en situaciones críticas hospitalarias resulta determinante para garantizar una atención rápida, organizada y segura. Su intervención va mucho más allá del simple traslado de pacientes, implicando tareas de coordinación logística, acondicionamiento de espacios, apoyo emocional y colaboración directa con los equipos sanitarios en contextos de alta presión.

No obstante, persiste una carencia estructural en cuanto a la formación especializada del celador, así como su inclusión formal en protocolos de respuesta ante emergencias. Esta revisión demuestra la urgencia de incorporar al celador en programas de simulación clínica, formación en emergencias hospitalarias y planes de intervención interprofesional, reforzando así su papel como figura clave en la cadena de atención en situaciones críticas.

Reconocer y optimizar su función no solo mejora la eficiencia del sistema hospitalario, sino que también contribuye al bienestar del paciente, a la cohesión del equipo y a la profesionalización de una figura esencial dentro del ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. Fernández L, Ramírez J. Movilización urgente de pacientes: el rol del celador en situaciones de alta complejidad. Revista Española de Salud Hospitalaria. 2021;37(2):104-112.

2. Soto M, et al. Actuación del personal no sanitario en emergencias hospitalarias: revisión de casos y recomendaciones. Medicina Clínica. 2020;154(5):231-238.

3. Pérez R, Vargas A. Participación del celador en traslados de pacientes críticos: estudio observacional en servicios de urgencias. Cuidados Hospitalarios. 2019;11(3):55-66.

4. García T, Alonso B. Protocolos hospitalarios de emergencia: inclusión del celador en los equipos de respuesta rápida. Gestión Sanitaria. 2022;28(1):79-88.

5. Ministerio de Sanidad. Manual de Actuación del Celador en Unidades de Urgencias y Críticos. Madrid: Gobierno de España; 2023.

Capítulo 161

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA: CUIDADOS Y MANEJO ADECUADO

MARÍA DEL PRADO SÁNCHEZ SÁNCHEZ

PEDRO JOSÉ BENITO GREGORIO

MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA

ADRIÁN JIMENO PATÓN

LAURA MATEOS MORENO

1 Introducción

La atención a pacientes con movilidad reducida representa un desafío constante en el ámbito hospitalario, donde la correcta movilización y el cuidado adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones y promover el bienestar del paciente. En este contexto, el celador desempeña un papel crucial, siendo el encargado de realizar traslados seguros y colaborar en la movilización de estos pacientes, tanto en las distintas áreas del centro hospitalario como en procesos de rehabilitación y cuidados diarios.

Los pacientes con movilidad reducida pueden presentar dificultades para desplazarse por sí mismos debido a múltiples causas, tales como enfermedades

neurológicas, patologías musculoesqueléticas, accidentes cerebrovasculares, fracturas o discapacidades congénitas. Esta condición aumenta el riesgo de desarrollar úlceras por presión, contracturas musculares, infecciones respiratorias y trombosis, entre otras complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada.
En este contexto, el papel del celador es determinante para garantizar un traslado seguro y una movilización adecuada, aplicando técnicas específicas que eviten lesiones tanto en el paciente como en el propio profesional. Además, el celador participa activamente en el acondicionamiento de camas y sillas de ruedas, así como en la preparación del entorno para facilitar la accesibilidad y el confort del paciente. Su conocimiento sobre el manejo de dispositivos de ayuda, como grúas de transferencia, tablas deslizantes y correas de sujeción, es clave para ejecutar maniobras de forma segura y efectiva.
Asimismo, la formación continua del celador en técnicas de movilización y ergonomía resulta indispensable para optimizar su intervención en pacientes con movilidad reducida. La correcta aplicación de los principios de seguridad y la coordinación con el equipo sanitario contribuyen significativamente a reducir el riesgo de caídas y lesiones, promoviendo un entorno seguro y controlado.
Este capítulo aborda de manera detallada los cuidados y técnicas que el celador debe aplicar en la atención a pacientes con movilidad reducida, destacando su importancia en la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, así como su participación en el traslado y la manipulación segura de estos pacientes en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en la atención y cuidado de pacientes con movilidad reducida
- Identificar los dispositivos y técnicas utilizados para el traslado y movilización segura de estos pacientes
- Analizar la importancia de prevenir complicaciones en pacientes con movilidad reducida a través de una correcta manipulación y cuidado

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

El celador desempeña un papel fundamental en la atención a pacientes con movilidad reducida, garantizando su traslado seguro y la correcta movilización en las distintas áreas del entorno hospitalario. Uno de los aspectos más relevantes en su intervención es el uso adecuado de técnicas de movilización para evitar lesiones tanto en el paciente como en el propio celador. Entre estas técnicas se encuentran los movimientos controlados, la aplicación de principios de ergonomía y el uso de dispositivos de ayuda como tablas deslizantes, grúas de transferencia y sillas de ruedas adaptadas.

El manejo de dispositivos de ayuda es clave para el traslado seguro de los pacientes. Las grúas de transferencia, por ejemplo, permiten movilizar a pacientes con movilidad muy reducida de una cama a una silla de ruedas o a una camilla sin riesgo de caídas. De igual manera, las tablas deslizantes facilitan el movimiento lateral del paciente entre superficies, minimizando el esfuerzo físico y el riesgo de lesiones en el personal asistencial. El celador debe estar capacitado en el uso de estos dispositivos, asegurando su correcta aplicación y supervisión durante cada procedimiento.

Además, el celador participa activamente en la prevención de úlceras por presión, una de las complicaciones más comunes en pacientes inmovilizados. Para ello, es fundamental la correcta colocación del paciente, evitando puntos de presión prolongados y realizando cambios posturales cada cierto tiempo para promover la circulación sanguínea. El uso de colchones antiescaras y superficies especiales también forma parte de las estrategias de prevención en las que el celador colabora directamente.

En cuanto al traslado de pacientes, el celador aplica técnicas seguras para evitar caídas y lesiones. Estas incluyen el ajuste correcto de las sillas de ruedas, la utilización de cinturones de seguridad y la verificación de que los frenos estén correctamente activados antes de cada movimiento. Asimismo, el celador asegura que los caminos estén despejados y libres de obstáculos para facilitar un traslado seguro y sin incidentes.

Finalmente, la coordinación con el equipo sanitario es fundamental para garantizar un manejo adecuado del paciente. El celador debe estar en constante comunicación con los profesionales de enfermería y médicos, informando sobre el estado del paciente y colaborando en maniobras de movilización complejas,

como el cambio de posición en cama o el traslado hacia pruebas diagnósticas o terapias de rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en la atención a pacientes con movilidad reducida es fundamental para garantizar un traslado seguro y una movilización adecuada en el entorno hospitalario. Su intervención no solo previene complicaciones como úlceras por presión y caídas, sino que también mejora la calidad de vida del paciente al facilitar su acceso a cuidados médicos y terapias de rehabilitación.

La correcta aplicación de técnicas de movilización, junto con el manejo adecuado de dispositivos de ayuda, asegura que las transferencias se realicen con el mínimo riesgo posible, protegiendo tanto al paciente como al propio celador de lesiones innecesarias. Además, su participación en la adaptación del entorno hospitalario, así como en la supervisión de las condiciones de accesibilidad, resulta crucial para el bienestar del paciente.

Finalmente, la formación continua del celador en técnicas de ergonomía, movilización y prevención de riesgos es indispensable para mantener la seguridad y calidad en el cuidado de pacientes con movilidad reducida. Esta capacitación constante permite optimizar los cuidados y asegurar una atención humanizada y eficaz en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. López J, Martínez R. Movilización de pacientes con movilidad reducida. Rev Salud Hosp. 2021;15(2):134-140.

2. García P, Torres M. Dispositivos de ayuda para el traslado seguro de pacientes. Madrid: Editorial Médica; 2020.

3. Fernández S, Gómez L. Prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados. Enferm Geriátrica. 2019;22(4):102-108.

4. Pérez M, Sánchez R. Técnicas de movilización y ergonomía en el entorno hospitalario. Manual de Movilización Asistencial. 2022;4:78-84.

5. Ortega L, Gutiérrez R. Seguridad y manejo de pacientes dependientes. Med Clín Hosp. 2023;19(1):31-38.

Capítulo 162

ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO: TIPOS Y MÉTODOS DE EXTINCIÓN

ANA BELÉN CIFUENTES PRESOL

LUCIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

LUCIA RODRÍGUEZ VIÑA

SARA CERRA FERNÁNDEZ

FRANCISCO GONZALEZ VEGA

1 Introducción

El fuego representa uno de los recursos más empleados por el ser humano para tareas, alimentación y bienestar, siendo conocido desde tiempos remotos, al igual que los peligros que conlleva. Por esta razón, se le considera un fenómeno beneficioso y útil mientras se mantenga bajo control, aunque se convierte en la causa de numerosos y graves daños, tanto en términos de vidas humanas como de bienes materiales, cuando se escapa de su dominio, desencadenando un incendio. Este se entiende como un fuego descontrolado que requiere acción para su extinción, a fin de prevenir dichos daños derivados.

En consecuencia, se puede definir el fuego como la luz y el calor generados por la combustión, o bien una combustión que se caracteriza por producir calor junto con humo, llamas o ambos elementos. El fuego constituye una reacción de oxidación-reducción que es altamente exotérmica, rápida y se manifiesta con

luz y calor, siendo controlada en términos de espacio y tiempo, a diferencia del incendio, que se define como fuego descontrolado en uno o ambos aspectos.
Como ejemplo de un fuego se puede citar una cerilla ardiendo, fuego controlado en el espacio (combustible limitado) y en el tiempo (se apaga en un período corto). En cambio, como ejemplo de incendio se puede citar el de un fuego forestal no controlado en el espacio ni en el tiempo o el incendio en una empresa.
Para el fuego se necesitan cuatro elementos:
- El combustible, que es toda aquella sustancia que al contacto con el fuego es capaz de arder, por ejemplo, un trozo de madera o papel.
- El comburente, que se considera toda aquella sustancia que logra la combustión o la acelera, como por ejemplo el oxígeno.
- El calor, producido por la propia reacción o el que previamente facilita la existencia del fuego.
- La reacción en cadena, que se produce como mecanismo principal del propio fuego y facilita su expansión a través del combustible.

2 Objetivos

- Enumerar la secuencia de actuación ante un incendio.
- Reconocer el plan de emergencia, los productos antiincendios y el plan de evacuación.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda en varios libros y se han consultado las principales bases de datos, destacando algunos textos derivados de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante un incendio descontrolado, se generan varios subproductos como resultado, algunos de los cuales pueden resultar altamente tóxicos, mientras que otros pueden provocar un intenso calor, causando así quemaduras al entrar en contacto con seres humanos o animales.
Entre estos subproductos se encuentran:
1. Los gases generados por la combustión, tales como:

- Monóxido de carbono (CO), que es extremadamente tóxico.
- Dióxido de carbono (CO2), que también es tóxico y contaminante.
- Oxígeno (O2), responsable de la difusión del fuego y de la aceleración del proceso de combustión.
- Ácido sulfhídrico (H2S), el cual es altamente tóxico.
- Acroleína, que también resulta tóxica, afectando especialmente los pulmones y causando irritación en los ojos y las membranas mucosas.
- Amoníaco (NH3), que es igualmente bastante irritante.
- Ácido cianhídrico (HCN), que es extraordinariamente tóxico.
- Dióxido de nitrógeno (NO2).

2. Llama: Se refiere a la luz brillante generada por la incandescencia de los gases que se liberan durante un proceso de combustión. Para que esto ocurra, los combustibles deben liberar gases inflamables en un entorno con oxígeno.

3. Calor: En el proceso de combustión, este es el elemento que más contribuye a la difusión del fuego.

4. Humo: El tono del humo en los incendios puede ofrecer indicios sobre su naturaleza:

- Si es de color blanco o gris claro, indica que el fuego puede arder de manera eficiente con suficiente suministro de oxígeno.
- Si es negro o gris oscuro, significa que el fuego en estos casos carece de oxígeno y genera una gran cantidad de calor.
- Si presenta un color amarillo o rojo violeta, sugiere la presencia de gases perjudiciales.

5. Tipos de incendios:

Es un método de categorizar los incendios que ayuda en su reconocimiento y las razones de su origen:

- Clase A: Incluye fuegos que involucran materiales sólidos, generalmente orgánicos, donde la combustión se da produciendo brasas (madera, tejidos).
- Clase B: Comprende incendios de líquidos o sólidos que pueden fundirse (gasolina, grasas).
- Clase C: Se refiere a los fuegos que involucran gases (butano, acetileno).
- Clase D: Engloba los incendios de metales (aluminio, sodio).
- Adicionalmente, existe la clase E, que corresponde a los incendios eléctricos, aunque a menudo se relaciona con fuegos de las clases anteriores bajo condiciones de tensión eléctrica.

Métodos de extinción:

Los diversos métodos para extinguir incendios que se pueden encontrar en una empresa o lugar de trabajo, así como su uso en incidentes de fuego, y el adecuado

cuidado de los mismos son:
1. El extintor de incendios:
Un extintor de incendios es un dispositivo diseñado para lanzar y dirigir un chorro de agente extintor hacia un fuego, facilitando así su extinción.
Este equipo generalmente está conformado por:
- Un contenedor que alberga la sustancia utilizada para sofocar el fuego.
- Un conjunto de componentes que permiten iniciar, dirigir y detener la salida del agente extintor (manguera, boquilla).
- Un mecanismo de seguridad.
Existen distintos tipos de extintores:
- Extintores de presión propia: Su fuerza propulsora se genera a partir del propio agente extintor.
- Extintores de presión adosada: Incorporan un pequeño cilindro que suministra la presión de salida.
- Extintores de presión incorporada: La sustancia que genera la presión está integrada en el propio extintor.
Los extintores deben ubicarse en pilares o estructuras fijas y es necesario realizarles un mantenimiento regular. Previo a su utilización, el equipo debe estar informado sobre:
- El sitio donde se encuentran en el área laboral.
- Los tipos de incendios para los cuales son eficaces.
- Consultar las etiquetas que describen las características de los extintores.
- El manejo de los diversos tipos de extintores en el lugar.
Durante la lucha contra el fuego:
- Se determinará el tipo de incendio y se empleará el extintor correcto para cada clase de fuego que esté más cercano a la situación.
- En el caso de un incendio donde haya presencia de electricidad, se debe intentar cortar la corriente en el área afectada. Si esto no es viable, recurrir a agentes extintores que no conducen electricidad, como polvo, CO2 o halón.
- Retirar el sello y el pasador de seguridad del equipo.
- Realizar un disparo de prueba antes de acercarse a las llamas.
- Atacar el incendio en la misma dirección que se desplaza. Es decir, de espaldas al viento si se está afuera y siguiendo la corriente en interiores.
- Dirigir el chorro del agente extintor hacia la base de las llamas, moviéndolo suavemente en zigzag, apagando por secciones y sin avanzar hasta asegurarse de que la sección anterior está completamente extinguida.
- Cuando sea factible, utilizar múltiples extintores, asegurándose de que todos estén orientados en la misma dirección, para prevenir interferencias potenciales.

- El agente extintor se dejará de usar una vez que se considere que el incendio ha sido extinguido, aunque es recomendable mantenerse vigilante por si se reinicia o si quedan brasas o restos.
- Nunca se debe dar la espalda al fuego al retirarse, incluso si se piensa que ya ha sido controlado.
- Si se detectan gases peligrosos, mareos o problemas de respiración, retroceder de manera inmediata.
- El extintor es efectivo solo en las etapas iniciales del fuego.
- Antes de usarlo, es aconsejable agitarlo.
- Mantener una distancia adecuada del fuego para evitar quemaduras.
- En los extintores que contienen anhídrido carbónico (CO2), se debe sostener la boquilla por la empuñadura para prevenir quemaduras por congelación.

Al concluir la extinción:

- Es necesario realizar una adecuada ventilación en los espacios donde se ha actuado.
- Se asignará personal de vigilancia con extintores para prevenir una posible reactivación del incendio.
- Los extintores que se han utilizado se colocarán en el sitio correcto dentro de la empresa para su recarga, pero nunca en su ubicación original para evitar confusiones.

2. La boca de incendios equipada (B.I.E.):

La boca de incendios equipada es un medio de extinción semifijo que se compone de:

- Una lanza.
- La manguera.
- El racor, que es el acoplamiento para la unión entre la manguera y las lanzas de agua.
- La válvula.
- El manómetro, para medir la presión en que el agua es expelida.
- El soporte.
- El armario donde está ubicada.

Hay bocas de 45 mm y de 25 mm. Los extintores deben estar fijados a un soporte firme y requieren un mantenimiento regular. La manera de utilizarlos varía según sean de 45 o de 25 mm.

- BIE de 45 mm: Para su adecuada utilización es necesario contar con tres personas: una para operar la lanza, otra para asistir a la anterior y una tercera para abrir la válvula. Se seguirán estas indicaciones:

- Romper el cristal con cuidado, protegiendo la ventana con un paño o un pañuelo, o levantar la tapa utilizando un objeto duro para dar un golpe seco en el centro y luego quitar los fragmentos de cristal.
- Girar la devanadera y desenrollar la manguera por completo.
- Desplegar la manguera asegurándose de que no haya dobleces ni torceduras que obstaculicen el flujo de agua.
- Una vez que la manguera esté completamente extendida y una persona haya tomado la punta de la lanza, abrir la llave de paso por completo.
- Luego abrir la válvula que permite la salida de agua y ajustar el tipo de chorro. De esta manera se puede controlar:
- El chorro o cono abierto es más eficaz y forma una cortina de agua protectora, pero tiene escaso alcance.
- El chorro compacto permite gran alcance, proporcionando gran seguridad, pero es menos eficaz.
- No dejar la lanza para accionar la válvula, ya que tal negligencia podría ocasionar accidentes, especialmente al manejar el chorro compacto.
- El individuo en la punta de la lanza procederá a combatir el fuego.
- Es importante tener en cuenta que el agua se vuelve riesgosa en contacto con electricidad, así que, similar a la situación con los extintores, se debe interrumpir de forma inmediata antes de enfrentar el fuego.
- BIE de 25 mm: En este caso, se requiere la presencia de dos personas, aunque con una es suficiente, y se seguirán las siguientes directrices para una intervención efectiva:
- Desplegar la manguera necesaria para alcanzar el sitio del incendio.
- Abrir la válvula de paso y luego activar la válvula.
- La persona en la punta de la lanza procederá a combatir el fuego.

Normas de seguridad:

- Siempre dejar un camino de salida detrás, similar a la disposición de los extintores.
- Prevenir la expansión del fuego. No utilizar un chorro concentrado para extinguir incendios de líquidos o sólidos dispersos.
- Utilizar el efecto pantalla (agua en forma de niebla) para resguardarse del fuego, al emplear el chorro abierto o en forma de cono.
- El agua se debe aplicar sobre la parte inferior de las llamas y, en la medida de lo posible, en forma atomizada.
- No usar agua sobre equipos y sistemas eléctricos, como se ha mencionado previamente.

- Utilizar la neblina para enfriar combustibles líquidos y para proteger el área circundante.
- Si el fuego es de proporciones desmesuradas, no tomar riesgos, evitar la propagación hasta que lleguen los bomberos o equipos de rescate.

5 Discusión-Conclusión

Actuación ante un incendio:
Cuando se presenta un incendio, hay varias normas fundamentales a seguir, siempre priorizando la notificación a los servicios de extinción. Estas normas son:
- Si hay recursos disponibles, se intentará controlar el fuego, sin poner en riesgo la seguridad personal más de lo necesario.
- Es esencial mantener siempre una vía de escape en caso de que el incendio se propague, además de alertar a los presentes.
- Nunca se intentará apagar el incendio solo, solicitando siempre ayuda de otros compañeros.
- Si el fuego no puede ser controlado, se debe evacuar el lugar donde se origina el incendio, informando a los demás y cerrando las puertas, las cuales servirán como barrera natural contra la propagación del fuego.
- Se deberá volver a dar la alarma y contactar al número de emergencias local.
- Hay que evitar los humos y gases, y si se encuentran en gran densidad, hay que permanecer agachado.
- Se cerrarán todas las puertas para impedir la propagación.
- Nunca se debe utilizar el ascensor.
- Si las rutas de evacuación están bloqueadas o llenas de humo, se buscará un área libre de estos, cerrando las puertas y sellando las rendijas.
- Se informará a los servicios de rescate a través de ventanas o cualquier medio disponible.

Normas generales y fundamentales para la prevención de incendios y evitar su propagación en su caso:
- Todo el personal tiene la obligación de cumplir con las áreas donde está prohibido fumar, así como de adherirse a la legislación pertinente en este ámbito.
- Las colillas y cerillas no deben ser desechadas en papeleras, recipientes de basura o en el suelo. En su lugar, se deben utilizar ceniceros, asegurándose de que están completamente apagadas, prestando especial atención al concluir la jornada laboral, considerando que la normativa vigente prohíbe fumar en espacios laborales.

- Es fundamental mantener un orden y limpieza adecuados. Todos los desperdicios, empaques y materiales que no se puedan reutilizar deben ser guardados en los lugares y contenedores apropiados. Además, en centros o instalaciones de salud, se debe cumplir rigurosamente con la legislación sobre residuos sanitarios pertinente.
- Las sustancias altamente inflamables, como disolventes o gasolina, deben ser almacenadas en envases y locales adecuados, siempre distantes de cualquier fuente de calor para prevenir su ignición.
- Se debe evitar en todos los casos la acumulación innecesaria de materiales inflamables, tales como periódicos antiguos, trapos o sobrantes de disolventes.
- Es fundamental conservar todas las instalaciones eléctricas, especialmente los dispositivos de seguridad tales como fusibles o diferenciales, en condiciones óptimas.
- Se debe evitar la sobrecarga de las instalaciones eléctricas.
- Los dispositivos eléctricos que no estén en uso deben ser apagados y desconectados, ya que esta práctica no solo previene incendios, sino que también beneficia al medio ambiente.
- Es necesario que todos los equipos de prevención de incendios, incluyendo extintores y BIE, se mantengan en condiciones adecuadas, garantizando sus revisiones periódicas conforme a la normativa actual.
- Es imprescindible mantener despejados todos los pasillos y las salidas de emergencia, evitando la acumulación de objetos en los primeros y el bloqueo de las segundas.
- Debemos asegurarnos de que todas las puertas contra incendios o de separación permanezcan cerradas, ya que esto previene la extensión del fuego y evita que queden obstruidas.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 163

COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE PERSONAL

LUCÍA MOLERO YUSTE

JAVIER LOPEZ GARCIA

SONIA ORTIZ ORTIZ

CRISTINA MERCHANTE DE LOS SANTOS

1 Introducción

Administrar eficazmente los recursos humanos es fundamental para asegurar la calidad asistencial y el buen funcionamiento de los centros sanitarios.
Se trata de un proceso complejo que abarca múltiples tareas y responsabilidades, como la selección y contratación de personal, la gestión de nóminas, el control de bajas, permisos, vacaciones y absentismo, la formación, el análisis de puestos de trabajo y la colaboración con las distintas áreas del centro para asegurar una gestión eficiente del personal.
Los objetivos que se persiguen incluyen disponer del personal necesario en cada momento, asegurar su adecuada distribución, favorecer un buen clima laboral, promover la motivación de los equipos y contribuir a la continuidad y calidad del servicio asistencial.
La gestión de personal es, en definitiva, una labor estratégica que exige precisión, coordinación y un alto grado de responsabilidad. Para llevarla a cabo siguiendo

unos estándares de calidad se requiere un equipo de profesionales cualificados, entre los que se encuentra el auxiliar administrativo.
En este capítulo se analizarán las competencias de este profesional en el ámbito de la gestión de personal, entendidas desde dos de sus acepciones principales: por un lado, las funciones concretas que desarrolla en este área; por otro, los conocimientos técnicos, habilidades prácticas y actitudes que debe poseer y demostrar.

2 Objetivos

- Identificar y explicar las principales funciones que el auxiliar administrativo realiza en el ámbito de la gestión de personal
- Reflexionar sobre los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que el auxiliar administrativo desempeñe estas funciones con eficacia y profesionalidad

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión documental sistemática basada en fuentes científicas, normativa vigente, documentos técnicos y otros materiales profesionales relacionados con la gestión administrativa sanitaria.
Se han consultado bases de datos especializadas como PubMed, SciELO, Dialnet y Google Scholar, utilizando términos clave vinculados al tema específico que se trata. Además, se han incorporado protocolos oficiales y documentos institucionales con el fin de garantizar un enfoque actualizado y contextualizado.
Se ha priorizado la selección de fuentes recientes y relevantes, aplicando criterios de calidad científica, pertinencia temática y accesibilidad.
La información recopilada ha sido analizada y sintetizada para ofrecer una exposición clara, coherente y rigurosa de los temas tratados.

4 Resultados

Se identifican las principales funciones del auxiliar administrativo dentro de los bloques funcionales clave de la gestión de personal en las instituciones sanitarias y se describen a continuación:
1. Gestión documental y administrativa

- Participar en la preparación, registro, organización y archivo de la documentación relativa al personal, como contratos, nóminas, permisos, bajas médicas, reconocimientos, evaluaciones, licencias y vacaciones.
- Realizar tareas de actualización de la base de datos del personal, asegurando una correcta clasificación, custodia y mantenimiento de la información.

2. Tramitación de procesos administrativos e incidencias laborales

- Asistir en la gestión de altas, bajas laborales y partes de incidencias.
- Intervenir en la tramitación de documentación relacionada con situaciones como maternidad, paternidad, excedencias y jubilaciones.
- Facilitar la comunicación de incidencias a los departamentos correspondientes y, cuando sea necesario, a organismos externos.

3. Control de asistencia, absentismo y apoyo en nóminas

- Colaborar en el seguimiento de jornadas laborales, registro de ausencias y permisos.
- Recoger información para la confección de nóminas y la elaboración de informes sobre horas trabajadas, guardias y turnos.
- Tramitar documentación relacionada con cotizaciones, vida laboral y certificados de empresa.

4. Planificación y gestión de turnos, vacaciones y formación

- Tramitar solicitudes de vacaciones y permisos del personal.
- Prestar apoyo en la elaboración de cuadrantes y listas de cobertura de turnos.
- Encargarse de tareas logísticas vinculadas a la formación, como la gestión de inscripciones, convocatorias y documentación asociada.

5. Comunicación interna y atención al personal

- Contribuir al flujo de información entre recursos humanos y el resto del centro sanitario, asegurando la difusión puntual de cambios, horarios y normativas.
- Atender consultas del personal sobre su situación laboral, incidencias, certificados y procedimientos relacionados con recursos humanos.

6. Procesos de selección e incorporación

- Apoyar en la recepción y organización de la documentación.
- Cooperar en la entrega de documentación previa a la contratación.
- Tramitar citas para reconocimientos médicos y formación inicial obligatoria.

7. Elaboración de informes

- Recopilar y organizar datos necesarios para la elaboración de informes y otras tareas de apoyo relacionadas con auditorías.

El auxiliar administrativo debe contar con un conjunto de competencias específicas que le permitan colaborar eficazmente en las tareas propias de la gestión de personal en el ámbito sanitario, entre las que destacan:

1. Conocimientos técnicos
- Dominio de los sistemas informáticos utilizados en la gestión de personal.
- Manejo de herramientas ofimáticas y entornos operativos habituales.
- Conocimiento de los procedimientos administrativos comunes y de su tramitación electrónica.
- Comprensión general del funcionamiento y organización del sistema sanitario y de los aspectos propios de la administración de recursos humanos.
2. Habilidades organizativas
- Capacidad para realizar múltiples tareas administrativas de forma simultánea.
- Habilidad para establecer prioridades y mantener la documentación ordenada.
- Capacidad para organizar expedientes y clasificar, archivar y recuperar información de manera eficiente.
3. Comunicación efectiva
- Transmisión clara de información, tanto por escrito como verbalmente.
- Coordinación fluida con otros departamentos o profesionales del centro.
4. Discreción y confidencialidad
- Manejo responsable de datos sensibles relacionados con el personal.
- Respeto a la privacidad de la información que se gestiona.
- Aplicación de medidas de protección adecuadas en entornos digitales.
5. Proactividad y resolución de problemas
- Anticipación a posibles incidencias en la gestión del personal.
- Propuesta de soluciones rápidas y eficaces ante imprevistos.
- Eficacia en la aplicación de los procedimientos administrativos y el cumplimiento de plazos.
6. Trabajo en equipo y flexibilidad
- Colaboración constante con otros profesionales del ámbito sanitario y administrativo.
- Actitud cooperativa y disposición para adaptarse a cambios organizativos.
- Participación activa en la mejora del funcionamiento del servicio.
- Desarrollo de habilidades interpersonales y empatía para favorecer un entorno laboral positivo.
7. Compromiso ético y profesional
- Cumplimiento riguroso de las funciones asignadas.
- Respeto por las normas internas y contribución al buen funcionamiento del servicio.
- Participación en acciones formativas y actualización continua.
- Actuación profesional basada en la honestidad, la responsabilidad y la vocación de servicio público.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de personal en el ámbito sanitario requiere la participación activa y cualificada del auxiliar administrativo, cuyo papel es fundamental para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos internos.
Más allá de las tareas específicas que desempeña, su trabajo representa un apoyo constante para el resto del equipo, contribuyendo a mantener la operatividad y eficiencia del servicio.
Los resultados obtenidos en esta revisión ponen de manifiesto la diversidad y complejidad de las funciones que el auxiliar administrativo asume en la gestión de personal, evidenciando que, además, debe aportar un sólido conjunto de conocimientos técnicos, habilidades prácticas y actitudes profesionales. Este desarrollo integral de competencias consolida su papel estratégico dentro del equipo multidisciplinar, asegurando un desempeño eficaz y ajustado a las necesidades del servicio.

6 Bibliografía

1. Asociación Profesional de Auxiliares Administrativos de Sanidad. Funciones del auxiliar administrativo en sanidad [Internet]. 2024 [citado 2025 May 22]. Disponible en: https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/
2. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Gestión de recursos humanos en sanidad pública: manual de buenas prácticas. Madrid: INGESA; 2020.
3. Jackley M. RR. HH. en la atención sanitaria: 9 retos clave que resolver [Internet]. Oracle; 2024 Nov 14 [citado 2025 May 22]. Disponible en: https://www.oracle.com/es/human-capital-management/hr-healthcare-challenges/
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Manual de funciones del auxiliar administrativo en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
5. Revista Sanitaria de Investigación. Auxiliar administrativo en sanidad [Internet]. 2024 [citado 2025 May 22]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/auxiliar-administrativo-en-sanidad/

Capítulo 164

FUNCIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS. CENTROS ESPECIALIZADOS

JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO

LOURDES OLIVARES NOHEDA

MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO

1 Introducción

Los servicios de urgencias representan uno de los entornos más complejos, dinámicos y emocionalmente intensos dentro del ámbito hospitalario. Son espacios donde la inmediatez, la presión asistencial y la necesidad de una coordinación eficaz entre los distintos profesionales sanitarios se convierten en factores determinantes para garantizar la vida y el bienestar de los pacientes.

En este contexto crítico, el celador desempeña una función esencial, aunque frecuentemente invisibilizada, en el engranaje asistencial. A diferencia de otras áreas hospitalarias más estables y estructuradas, las urgencias exigen del celador una alta capacidad de adaptación, autonomía y habilidades interpersonales. Su labor va mucho más allá del simple traslado de pacientes: colabora directamente en situaciones de emergencia, asiste en la contención de usuarios agitados, organiza el movimiento interno de camillas, sillas de ruedas y material clínico, y participa activamente en garantizar la accesibilidad, limpieza y seguridad del área.

En los centros especializados —como hospitales de Traumatología, Pediatría, Salud Mental o Unidades de Grandes Quemados— estas funciones se diversifican aún más, requiriendo conocimientos específicos y una sensibilidad adaptada al perfil del paciente. Por ejemplo, en un servicio de urgencias psiquiátricas, el celador puede formar parte del protocolo de contención física y emocional; mientras que en Pediatría, la empatía y la capacidad para tranquilizar al menor y a sus familiares se vuelven habilidades imprescindibles.

Este artículo se propone analizar en profundidad las funciones del celador en los servicios de urgencias, con especial atención a los centros especializados. Se abordarán tanto los aspectos técnicos de su trabajo como las competencias emocionales y comunicativas necesarias para su correcto desempeño. También se incluirán ejemplos reales, experiencias profesionales y recomendaciones para mejorar su integración en el equipo sanitario y optimizar su rendimiento en situaciones críticas.

2 Objetivos

- Identificar y describir las funciones específicas del celador en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Analizar las particularidades del trabajo del celador en centros especializados como pediatría, psiquiatría o traumatología.
- Explorar las habilidades personales y profesionales necesarias para una actuación eficaz en urgencias.
- Proponer estrategias para mejorar el reconocimiento y la formación del celador en este ámbito

3 Metodología

Este estudio se ha basado en una metodología mixta:
En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la normativa, funciones y protocolos del celador en servicios de urgencias, utilizando fuentes académicas extraídas de las bases de datos Scielo, PubMed y Google Scholar, así como documentos institucionales del ministerio de sanidad y servicios autonómicos.
En segundo lugar, se empleó la técnica de entrevistas semi-estructuradas a 10 celadores en activo que trabajan en servicios de urgencias generales y especializados en tres hospitales públicos españoles.

Las entrevistas se centraron en recoger experiencias reales, dificultades comunes, competencias más valoradas y propuestas de mejora desde su punto de vista. Además, se realizó observación participante en dos turnos completos (mañana y noche) en el servicio de urgencias de un hospital comarcal, con consentimiento informado del personal y bajo supervisión del responsable del área. Esta observación permitió registrar en tiempo real las tareas del celador, su interacción con otros profesionales y su respuesta en situaciones de alta presión.
Los datos obtenidos fueron codificados y organizados por temas recurrentes, permitiendo un análisis cualitativo profundo que sustentará los resultados presentados a continuación.

4 Resultados

Los datos obtenidos a través de entrevistas, observación participante y revisión bibliográfica revelan que la función del celador en los servicios de urgencias hospitalarias es mucho más compleja y relevante de lo que habitualmente se reconoce. En términos generales, se identificaron cinco áreas clave de actuación del celador en urgencias: transporte y movilización, apoyo clínico directo, gestión logística del entorno, intervención en situaciones críticas y apoyo emocional-comunicativo, cada una de las cuales presenta variaciones importantes en función del tipo de urgencias (generales o especializadas).

1. Transporte y movilización de pacientes y material clínico.
Esta es la función más visible y frecuente del celador en urgencias. Se encarga de trasladar pacientes desde la entrada (ambulancia o puerta principal) hacia los boxes de atención rápida o salas de observación. Posteriormente, también puede encargarse de acompañarlos a radiología, quirófano, hospitalización o incluso la morgue, dependiendo de la evolución del caso. Durante la observación participante se registraron al menos 17 desplazamientos por turno, muchos de ellos realizados en situaciones de prisa o con pacientes inestables. En varios casos, el celador debía tomar decisiones rápidas ante obstáculos (pasillos bloqueados, ausencia de ascensores, descoordinación con enfermería) para cumplir con su función de forma eficiente. En Traumatología se observó que los traslados requerían una coordinación milimétrica para evitar agravar lesiones, sobre todo en fracturas múltiples o pacientes inmovilizados.

2. Apoyo clínico durante procedimientos médicos.
Si bien el celador no tiene funciones sanitarias en sentido estricto, su colaboración en procedimientos médicos es habitual y necesaria. En el 80 % de los casos

observados, el celador fue requerido para ayudar a posicionar pacientes en camillas, sujetarlos durante la inserción de vías intravenosas o colocarlos adecuadamente para pruebas diagnósticas. En situaciones de urgencias psiquiátricas, los celadores participaron en la contención de pacientes agresivos, siguiendo protocolos específicos bajo indicaciones del personal médico y de enfermería. Aquí su papel se vuelve crítico: deben controlar al paciente con firmeza, pero sin provocar daño, lo que requiere gran destreza y autocontrol emocional. Además, algunos celadores colaboraron en tareas como el traslado de muestras, la preparación de camillas para reanimación o incluso en el soporte físico al equipo médico durante maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). La capacidad para actuar con rapidez y sin bloquearse ante situaciones de riesgo vital se evidenció como una competencia central.

3. Gestión logística y organización del entorno físico.
La observación directa y los testimonios recogidos coinciden en destacar la responsabilidad del celador en mantener operativo el espacio físico de urgencias. Esto incluye limpiar rápidamente zonas sucias, cambiar sábanas y empapadores, trasladar material clínico entre boxes y asegurarse de que las camillas y sillas estén listas para el siguiente paciente. En urgencias pediátricas, por ejemplo, se registró la necesidad constante de limpiar camillas tras episodios de vómito o diarrea, algo que el celador realiza con agilidad para evitar retrasos en la atención. En unidades de grandes quemados, su función logística se torna aún más delicada debido a la necesidad de ambientes asépticos y materiales especiales. Algunos celadores también participan activamente en la reposición de oxígeno portátil, traslado de monitores, bombas de infusión y otras herramientas esenciales para estabilizar al paciente, especialmente durante derivaciones a unidades críticas como UCI.

4. Intervención en situaciones críticas y emergencias.
Una de las funciones más exigentes identificadas es la actuación del celador en contextos de crisis. En las entrevistas, varios relataron experiencias con pacientes agresivos, familiares alterados, intentos de fuga y situaciones de fallecimiento súbito en la sala de espera. En todos estos casos, el celador actúa como un primer estabilizador de la situación, antes incluso de que lleguen los servicios de seguridad. Durante las noches, cuando el personal suele ser más reducido, se evidenció que el celador asume funciones adicionales: llamar a los servicios de seguridad, comunicar incidencias a los coordinadores médicos e incluso cerrar accesos en momentos de colapso. Uno de los casos documentados muestra cómo un celador evitó una agresión al personal médico, interviniendo verbal y físicamente para

contener a un familiar que exigía atención inmediata. En centros especializados, como urgencias de salud mental, su actuación es aún más intensa: deben estar preparados para intervenciones no planificadas, como autolesiones, agitación psicomotriz o crisis de pánico, donde su presencia marca la diferencia entre el control o el agravamiento de la situación.

5. Apoyo emocional, contención y orientación a usuarios.
Aunque no siempre se reconoce como parte de su trabajo, el apoyo emocional que el celador presta a pacientes y familiares es constante y crucial. Durante las observaciones se detectó que el celador era muchas veces el único profesional que explicaba brevemente qué estaba ocurriendo, cuánto debían esperar o simplemente se mantenía junto a un familiar angustiado. Los testimonios destacan que esta parte "invisible" de su labor es una de las más gratificantes y, al mismo tiempo, emocionalmente demandantes. En urgencias pediátricas, los celadores tranquilizan a los niños con juegos, canciones o palabras amables, mientras que en urgencias generales deben contener a adultos mayores solos o a familiares que enfrentan el fallecimiento repentino de un ser querido. La formación en comunicación asertiva, técnicas de primeros auxilios psicológicos y gestión de la ansiedad fue mencionada por todos los participantes como una necesidad urgente para desempeñar adecuadamente esta función no reconocida pero vital.

Estos resultados ponen de manifiesto la riqueza, diversidad y complejidad del trabajo del celador en urgencias. Lejos de limitarse a un rol auxiliar, su presencia se entrelaza con todas las dinámicas del servicio: desde la atención directa al paciente, hasta la logística, la seguridad y el cuidado emocional del entorno.

5 Discusión-Conclusión

La evidencia obtenida permite concluir que el celador en urgencias no solo cumple una función operativa, sino que es una figura clave en la atención integral al paciente en momentos de alta vulnerabilidad. Su versatilidad, rapidez de acción y capacidad para trabajar bajo presión lo convierten en un agente imprescindible para la calidad asistencial en los centros especializados. Su función adquiere un carácter aún más técnico y humano, exigiendo una adaptación constante a las necesidades del paciente. La falta de visibilidad institucional y la escasa oferta de formación específica siguen siendo obstáculos para el desarrollo pleno de su potencial, por todo ello, se recomienda:
- Incluir formación específica para celadores sobre intervención en urgencias, primeros auxilios y contención emocional.

- Establecer protocolos estandarizados que definan sus funciones según el tipo de urgencias y especialidad.
- Revalorizar su papel dentro del equipo sanitario, fomentando su participación activa en reuniones de coordinación y mejora continua.

Solo a través de una mayor integración, profesionalización y reconocimiento del celador de urgencias será posible alcanzar una atención sanitaria más eficiente, humana y segura

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Manual de funciones del celador en instituciones sanitarias. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA); 2021.
2. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Organización de los servicios de urgencias hospitalarios. Madrid: SEMES; 2020.
3. Fernández Pérez A, Martínez Ruiz L. Funciones del celador en los servicios de urgencias hospitalarias. Rev Gestión Sanitaria. 2019;12(2):45-54.
4. González A, Ramos E. La intervención del celador en situaciones críticas: un enfoque desde urgencias. Rev Esp Salud Pública. 2022;96:e1-8.
5. Pérez Gutiérrez M, López Sánchez C. Humanización de la atención en urgencias: el papel olvidado del celador. Humanitas. 2020;8(1):17-26.
6. Observatorio Nacional de Celadores. Informe anual sobre condiciones laborales y competencias. Madrid: Asociación Profesional de Celadores de España (APCE); 2023.
7. Díaz Navarro M, Jiménez Pardo F. Comunicación efectiva y gestión del estrés en urgencias: impacto del celador. Cuadernos de Psicología Sanitaria. 2021;7(4):103-112.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Entornos hospitalarios seguros y eficientes: funciones del personal auxiliar. Ginebra: OMS; 2022.

Capítulo 165

EL ROL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO

LOURDES OLIVARES NOHEDA

MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO

1 Introducción

El servicio de rehabilitación ocupa un lugar estratégico en el proceso de recuperación de los pacientes, facilitando su reintegración funcional, psicológica y social tras una lesión, enfermedad o intervención quirúrgica. Este servicio acoge pacientes de perfiles muy diversos: personas que han sufrido ictus, lesiones medulares, amputaciones, fracturas complejas, o aquellos que padecen enfermedades crónicas que afectan su movilidad y autonomía.

Dentro de este espacio terapéutico, el celador tiene un rol que, aunque muchas veces pasa desapercibido, es fundamental para garantizar la continuidad asistencial y la eficiencia de los recursos sanitarios. Lejos de limitarse al traslado de pacientes, su intervención abarca funciones que requieren empatía, conocimiento técnico del entorno, sensibilidad ante las limitaciones físicas del usuario y coordinación con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermería y personal médico.

El trabajo en rehabilitación es especialmente exigente, ya que implica no solo esfuerzo físico, sino también emocional. El celador actúa en un entorno donde

los pacientes experimentan avances lentos, retrocesos o frustración, y su actitud puede influir notablemente en la motivación y el bienestar del usuario. Además, debe adaptarse a los tiempos y requerimientos específicos de cada sesión terapéutica, colaborar con el uso de aparatos especializados (grúas, barras paralelas, escaleras terapéuticas) y garantizar la seguridad durante los traslados o ejercicios.

Este artículo explora en profundidad el papel del celador en rehabilitación, sus competencias y desafíos, aportando evidencia desde una perspectiva tanto técnica como humana, con el objetivo de revalorizar su figura y promover su formación continua como parte activa del proceso terapéutico.

2 Objetivos

Identificar las funciones operativas y humanas del celador en el servicio de rehabilitación

Analizar el impacto de su intervención en la seguridad y continuidad de las terapias

Explorar la necesidad de formación específica y adaptación emocional en este entorno

Proponer medidas para mejorar la integración del celador dentro del equipo de rehabilitación

3 Metodología

El presente artículo se basó en una combinación de revisión documental, observación directa y entrevistas cualitativas. La revisión bibliográfica se realizó a través de bases como PubMed, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos publicados entre 2012 y 2024 sobre la organización funcional de servicios de rehabilitación y la participación del celador en ellos.

Posteriormente, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a cinco celadores que desempeñan sus funciones en áreas de rehabilitación en dos hospitales públicos de nivel comarcal. Estas entrevistas permitieron identificar aspectos clave de su rutina, percepciones, dificultades y recomendaciones.

También se realizó una observación participante durante cuatro turnos de mañana en el servicio de rehabilitación de un hospital de referencia, previa autorización institucional. Durante esta observación, se documentó el flujo operativo del celador, la interacción con los pacientes y el equipo terapéutico, así como los tiempos de traslado, preparación de espacios y acompañamiento emocional.

Toda la información recopilada fue codificada y analizada mediante análisis temático, permitiendo establecer patrones comunes y particularidades significativas del desempeño del celador en este contexto asistencial.

4 Resultados

Los resultados obtenidos evidencian la centralidad del rol del celador en rehabilitación como facilitador de la continuidad asistencial, el bienestar del paciente y la eficiencia terapéutica. A través del análisis temático, se identificaron las siguientes dimensiones clave:

1. Transporte y acompañamiento seguro

La función más visible es el traslado de los pacientes desde sus habitaciones hasta las salas de rehabilitación. Esta tarea requiere habilidades de manejo de sillas de ruedas, camillas y grúas, así como de interpretación de la situación física del paciente (dolor, mareos, rigidez, debilidad muscular). En la observación se registraron 12 traslados por turno, varios de ellos con uso de grúa para pacientes con movilidad muy reducida.

2. Intervención logística en el espacio terapéutico

Los celadores participan en la preparación del material terapéutico, disposición de camillas, organización del circuito de ejercicios y limpieza inmediata del entorno. Esta función es crítica para evitar retrasos entre sesiones y reducir el riesgo de accidentes. En algunos casos, también ayudan a movilizar al paciente durante los ejercicios cuando el fisioterapeuta lo solicita.

3. Interacción motivacional con los pacientes

El acompañamiento emocional es una dimensión emergente del rol del celador. Según los testimonios recogidos, frases de ánimo, bromas o simplemente escuchar al paciente durante el trayecto generan una atmósfera positiva que incide directamente en su adherencia a las terapias. En pacientes con daño neurológico, la constancia del celador puede favorecer la recuperación del vínculo con el entorno.

4. Coordinación con el equipo terapéutico

Los celadores no solo reciben órdenes, sino que anticipan necesidades: ajustan la altura de las camillas, gestionan el flujo de pacientes entre terapias, informan de incidencias físicas (fatiga, sudoración, palidez) y colaboran para mejorar la dinámica de trabajo. Su rol en la organización de las sesiones evita demoras y mejora la eficiencia asistencial.

5. Retos y limitaciones

Entre los principales desafíos destacan: la falta de formación específica, el desconocimiento institucional sobre su rol en rehabilitación y la escasa participación en reuniones de equipo. Varios entrevistados señalaron la necesidad de cursos sobre movilización terapéutica, apoyo psicológico básico y ergonomía.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos del presente estudio permiten afirmar que el celador en el servicio de rehabilitación tiene un papel esencial que va mucho más allá del traslado físico. Su actuación impacta directamente en la calidad del proceso terapéutico, tanto desde el punto de vista logístico como emocional.

En un entorno donde los pacientes requieren estímulo, confianza, respeto y seguridad para afrontar su recuperación, la figura del celador se convierte en una bisagra humana entre el paciente y el equipo técnico. Su implicación permite optimizar tiempos, prevenir complicaciones, detectar señales de alerta y ofrecer un acompañamiento que dignifica el proceso de rehabilitación.

No obstante, este rol aún carece de reconocimiento institucional y formativo. Se recomienda implementar acciones como:

- Formación específica en técnicas de movilización, comunicación terapéutica y ergonomía
- Protocolos de actuación claros en rehabilitación que incluyan al celador como agente activo del equipo
- Evaluaciones de desempeño y participación en reuniones clínicas para fomentar su integración y reconocimiento

Revalorizar el rol del celador en rehabilitación no solo es un acto de justicia profesional, sino también una apuesta por un modelo de atención más eficiente, humano e integral.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Funciones del celador en servicios especializados. Madrid: Instituto de Formación Sanitaria; 2021.

2. Ruiz G, Martínez L. Coordinación en equipos de rehabilitación: el papel del celador. Rev Rehabil Funcional. 2020;15(3):122-130.

3. Organización Mundial de la Salud. Recuperación funcional y equipos multidisciplinares. OMS; 2022.

4. López M, García R. El impacto emocional del personal auxiliar en el proceso de rehabilitación. Cuad Salud Pública. 2019;8(4):64-72.

5. Asociación Española de Celadores. Manual práctico para celadores en rehabilitación. AEC; 2023.
6. Gómez A, Sánchez E. Ergonomía aplicada al trabajo del celador. Ergohospital. 2021;5(1):45-55.

Capítulo 166

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JUANA MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MARÍA GLORIA BLÁZQUEZ HIDALGO

LOURDES OLIVARES NOHEDA

MIRELLA CONDÉS DÍAZ-PINTADO

1 Introducción

El Servicio de Imagen para el Diagnóstico se ha consolidado como una de las áreas fundamentales dentro del sistema sanitario moderno. En este ámbito, el trabajo interdisciplinario es clave para garantizar resultados eficaces, rápidos y seguros en la detección y evaluación de enfermedades. Si bien gran parte de la atención suele centrarse en el papel del personal técnico y médico, el celador cumple una función indispensable que, aunque menos visible, resulta esencial para el correcto funcionamiento del servicio.

El celador en el área de radiología actúa como un nexo entre el paciente, los técnicos especialistas en imagen, los médicos radiólogos y el resto del personal sanitario. Su labor va más allá del simple traslado de pacientes: requiere conocimientos básicos de los protocolos de seguridad, normas de higiene específicas del área, manejo adecuado del paciente inmovilizado o con dolor, y un profundo respeto por la intimidad y la dignidad del enfermo.

Con el auge de tecnologías como la resonancia magnética, la tomografía computarizada y la ecografía avanzada, la actividad en los servicios de imagen se ha multiplicado, lo que exige del celador una adaptación constante a nuevas dinámicas de trabajo. Además, el entorno en el que se desempeña está condicionado por normas de seguridad radiológica que deben ser estrictamente respetadas, lo que implica formación y concienciación.

Es fundamental resaltar también la importancia del celador en la preparación emocional del paciente. Muchas de las pruebas diagnósticas pueden generar ansiedad, especialmente en personas mayores, menores o pacientes con enfermedades crónicas. La presencia cercana, el trato amable y la comunicación efectiva por parte del celador pueden marcar una diferencia significativa en la experiencia del usuario, y por ende, en la calidad percibida del servicio de salud.

Este artículo tiene como finalidad visibilizar el papel del celador en el Servicio de Imagen para el Diagnóstico, describiendo sus funciones específicas, su interacción con el resto del equipo sanitario y su impacto en la eficiencia del proceso asistencial. Se pretende ofrecer un enfoque integral y detallado que permita comprender y valorar este perfil profesional, muchas veces infravalorado, pero esencial en la estructura hospitalaria.

2 Objetivos

Analizar las funciones específicas que desempeña el celador en el Servicio de Imagen para el Diagnóstico

Describir el impacto de sus tareas en la calidad asistencial y la seguridad del paciente

Identificar las competencias necesarias para desarrollar su labor en este entorno especializado

Resaltar la importancia del trabajo en equipo y la coordinación interdisciplinaria

Concienciar sobre la necesidad de formación continua en el ámbito técnico y humano

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha seguido una revisión bibliográfica exhaustiva centrada en fuentes científicas, manuales de formación profesional, normativa sanitaria vigente y artículos especializados en gestión hospitalaria. Además, se ha complementado con el análisis de casos reales recogidos de experiencias documentadas en hospitales públicos y privados de España, particu-

larmente en centros que han sido reconocidos por su calidad asistencial en los servicios de radiología.
Se han consultado protocolos hospitalarios sobre las funciones del celador, reglamentos de protección radiológica aplicados a personal no sanitario y entrevistas publicadas a personal sanitario que describen la interacción diaria entre celadores y técnicos especialistas.
El uso de esta metodología mixta permite una comprensión amplia del rol del celador, combinando el análisis normativo con la realidad práctica del entorno hospitalario. Se han utilizado como criterios de inclusión aquellos documentos que aborden específicamente el papel del celador en el área de diagnóstico por imagen, evitando generalizaciones propias de textos más amplios.

4 Resultados

Los datos recopilados permiten establecer una lista clara y bien definida de funciones que el celador desempeña en el Servicio de Imagen para el Diagnóstico. Estas funciones se dividen en tareas operativas, de apoyo clínico y de acompañamiento al paciente, que se detallan a continuación:
Traslado de pacientes: Esta es una de las funciones más comunes. El celador se encarga de trasladar a los pacientes desde sus habitaciones o áreas de espera hasta la sala de diagnóstico, ya sea en camilla, silla de ruedas o deambulando, según la situación física del usuario.
Colaboración en la colocación del paciente: En muchas ocasiones, el celador asiste al técnico en imagen para posicionar al paciente en la mesa del equipo (rayos X, TAC, resonancia, etc.), siguiendo indicaciones precisas, especialmente en pacientes con movilidad reducida o en estado crítico.
Aplicación de normas de seguridad radiológica: Aunque no es operador de equipos, el celador debe conocer y respetar las medidas de seguridad, como el uso de delantales plomados, evitar el ingreso durante exposiciones y asegurar que las puertas blindadas permanezcan cerradas durante la prueba.
Control del flujo de pacientes: El celador gestiona los tiempos de entrada y salida de cada paciente, evitando aglomeraciones en las salas de espera y facilitando un ritmo de trabajo eficiente.
Apoyo en situaciones de emergencia: Ante un paro cardíaco, una crisis epiléptica o cualquier otra urgencia que se presente durante la prueba diagnóstica, el celador debe reaccionar de forma rápida, avisar al personal médico y colaborar según las indicaciones.
Tareas de higiene y desinfección del entorno: Aunque estas funciones pueden

compartirse con el personal de limpieza, el celador suele encargarse de limpiar camillas, cambiar sábanas entre pacientes y mantener el entorno en condiciones óptimas.
Atención emocional y contención: Una función a menudo subestimada, pero esencial, es la contención emocional. El celador tranquiliza al paciente, lo acompaña verbalmente, resuelve dudas básicas y favorece un entorno de confianza y respeto.
Comunicación efectiva con el equipo técnico y médico: El celador debe mantener una comunicación fluida, reportar incidencias y coordinar el traslado de pacientes de manera sincronizada con el resto del equipo.
Además, se ha observado que en los servicios de imagen con alta demanda (como hospitales universitarios), los celadores adquieren un nivel de especialización tal que se les asignan zonas específicas (resonancia, TAC, ecografía), permitiendo una mayor eficiencia operativa y una mejor adaptación a los protocolos internos de cada modalidad.

5 Discusión-Conclusión

El análisis realizado pone en evidencia el papel esencial que cumple el celador dentro del Servicio de Imagen para el Diagnóstico. Aunque su labor no esté directamente relacionada con la ejecución técnica de las pruebas, su influencia en la experiencia del paciente y en la operatividad del servicio es indiscutible. El celador actúa como una bisagra entre el componente humano y el técnico de la asistencia sanitaria, favoreciendo un entorno seguro, ágil y humanizado.
El contacto directo con el paciente, muchas veces en momentos de angustia, hace del celador un referente de tranquilidad y apoyo. Su rol contribuye a disminuir los tiempos de espera, prevenir accidentes por malas movilizaciones y garantizar una atención respetuosa y eficiente. Además, su presencia permite que el personal técnico pueda centrarse plenamente en las pruebas diagnósticas, mejorando así la calidad del diagnóstico.
Por otra parte, es necesario promover una mayor visibilización y profesionalización de esta figura. Los celadores que trabajan en el área de imagen para el diagnóstico deberían recibir formación específica en aspectos como anatomía básica, protocolos de seguridad radiológica, técnicas de movilización y comunicación terapéutica. Estas competencias redundan en un mejor desempeño y en una mayor integración dentro del equipo multidisciplinar.
En conclusión, el celador en radiología no es un mero transportador de pacientes, sino un profesional clave en el engranaje hospitalario. Su función, discreta pero

imprescindible, merece ser reconocida, valorada y fortalecida desde la gestión sanitaria, la formación profesional y el desarrollo organizativo de los centros de salud.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Manual de funciones del personal sanitario y no sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
2. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Guía de seguridad en servicios de radiodiagnóstico. 2021.
3. Hospital Universitario La Paz. Protocolo de actuación del celador en el servicio de diagnóstico por imagen. Madrid: HULP; 2023.
4. González A, Martínez P. La figura del celador en servicios especializados: una revisión. Rev Salud Pública. 2021;45(2):123-134.
5. Real Decreto 1085/2009, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. BOE nº 270, de 9 de noviembre de 2009.

Capítulo 167

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

IVÁN CALVO CIPRÉS

1 Introducción

El síndrome de burnout es un término que proviene del concepto inglés burnout syndrome. En español se traduce como síndrome de estar quemado por el trabajo, aunque es más común utilizar el término síndrome de burnout o síndrome del quemado.

El concepto apareció en 1974 descrito por Herbert Freudenberger, quien explicó el síndrome de burnout como una sensación de fracaso y una experiencia agotadora como resultado de una sobrecarga por las exigencias del trabajo.

La actual definición del síndrome de burnout o síndrome del quemado es la siguiente: conjunto de signos y síntomas que perduran durante un tiempo y se caracterizan por agotamiento emocional, despersonalización y poca realización personal en el trabajo. Se considera una respuesta al estrés laboral crónico que presenta malestar y sentimientos negativos hacia el trabajo y las personas.

El síndrome de burnout es un fenómeno que ha cobrado especial relevancia en el ámbito sanitario en los últimos años. El personal sanitario se enfrenta a una serie de desafíos y presiones constantes en su trabajo diario, lo que los convierte en uno de los grupos más propensos a experimentar este síndrome.

En este capítulo, se va a explorar el síndrome de burnout en el ámbito sanitario, sus causas, síntomas y las posibles estrategias para prevenirlo y abordarlo.

2 Objetivos

- Identificar las principales causas y síntomas del síndrome de burnout en el personal sanitario
- Proponer y evaluar estrategias efectivas para abordar y prevenir el síndrome del quemado en el ámbito sanitario

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, Dialnet, Medline, Cochrane y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El entorno sanitario presenta una serie de factores estresantes que contribuyen al desarrollo del síndrome de burnout. Entre las causas más comunes se encuentran la carga de trabajo excesiva, largas jornadas laborales, falta de recursos, alta responsabilidad y exigencia emocional.
A continuación, se presentan algunas de las causas o desencadenantes comunes del síndrome de burnout:
- Sobrecarga de trabajo: un alto volumen de trabajo, largas horas laborales y una carga de responsabilidades excesiva pueden agotar física y mentalmente a los profesionales. La falta de tiempo para descansar y recuperarse adecuadamente puede aumentar el riesgo de burnout.
- Falta de control y autonomía: la falta de control sobre la toma de decisiones y la falta de autonomía en el trabajo pueden generar sentimientos de frustración y desgaste.
- Presión asistencial: las demandas y expectativas altas, tanto internas como externas, pueden ejercer una presión considerable sobre los profesionales de la salud.
- Exposición a situaciones emocionalmente demandantes: los profesionales de la salud se enfrentan a situaciones emocionalmente desafiantes, como el sufrimiento y la muerte de los pacientes, situaciones de emergencia y el trato con pacientes y familias en momentos difíciles.
- Falta de apoyo y reconocimiento: la falta de apoyo y reconocimiento por parte de los superiores, compañeros de trabajo o de la organización puede afectar negativamente el bienestar de los profesionales.

- Desequilibrio entre la vida laboral y personal: la dificultad para lograr un equilibrio saludable entre las demandas laborales y las responsabilidades personales puede aumentar el estrés y el agotamiento.

El síndrome de burnout se caracteriza por una combinación de agotamiento físico, emocional y mental. Los principales síntomas asociados al síndrome de burnout son:

- Agotamiento emocional: es uno de los síntomas más prominentes. Se experimenta una sensación de agotamiento emocional extremo, falta de energía y cansancio constante. Los profesionales pueden sentirse emocionalmente drenados y agotados incluso después de periodos de descanso.
- Despersonalización: también conocido como distanciamiento o cinismo, este síntoma se manifiesta como una actitud negativa, insensible y despersonalizada hacia los demás, especialmente hacia los pacientes o personas con las que se trabaja.
- Reducción de la realización personal: se pierde la satisfacción y el logro personal que antes se experimentaba en relación con la profesión.
- Cambios en el estado de ánimo: el síndrome de burnout puede manifestarse con cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad, tristeza, ansiedad o depresión.
- Problemas físicos: el burnout puede tener manifestaciones físicas, como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión muscular y debilidad generalizada.

Algunas estrategias efectivas incluyen la promoción de un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, la implementación de políticas de gestión del estrés, fomentar un ambiente de trabajo colaborativo y de apoyo, facilitar el acceso a programas de apoyo psicológico y promover la conciencia sobre la importancia del autocuidado y la salud mental.

Además, es esencial que las instituciones sanitarias reconozcan y valoren el bienestar de sus profesionales, brindándoles el apoyo necesario y creando un entorno que fomente el cuidado mutuo.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout en el ámbito sanitario es un problema serio que afecta tanto a los profesionales de la salud como a la calidad de la atención médica. Es esencial abordar este problema de manera integral, tomando medidas tanto a nivel individual como institucional.

Enfrentar el síndrome de burnout es una responsabilidad compartida. Reconocer su existencia, comprender sus causas y aplicar estrategias preventivas y de

apoyo son pasos esenciales para salvaguardar la salud laboral de quienes están en la primera línea de la atención, garantizando así una asistencia de calidad para todos.

Para prevenir y gestionar el burnout, se recomienda la implementación de programas de salud y seguridad laboral que incluyan cambios organizativos, apoyo emocional, formación continua y mejoras en las condiciones laborales. También se debe fomentar el trabajo en equipo, reducir la carga de trabajo y promover técnicas de afrontamiento para la resiliencia del personal sanitario y garantizar su bienestar y eficacia en el cuidado de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Badia, A. (2019, 2 de mayo). Síndrome de burnout: qué es, causas, síntomas, tratamiento y consecuencias. Psicología Online. https://www.psicologia-online.com/sindrome-de-burnout-que-es-causas-sintomas-tratamiento-y-consecuencias-4538.html

2. Paúles-Cuesta, I. M., Montoro-Huguet, M., & Fueyo-Díaz, R. (2023). Síndrome de burnout en profesionales sanitarios de un hospital universitario de España. Semergen, 49(7), 102023. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102023

3. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: una epidemia silenciosa. (2025, 21 de mayo). Psiquiatría Madrid. https://psiquiatriamadrid.com/index.php/sindrome-de-burnout-en-profesionales-sanitarios-una-epidemia-silenciosa/

Capítulo 168

INTERVENCIONES DESDE TERAPIA OCUPACIONAL BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS MAYORES

LAURA LÓPEZ VARGAS

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA

Mª LUZ MATAS FERNANDEZ

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad mundial que conlleva el planteamiento de una serie de desafíos en varias esferas, como la social, comunitaria y de salud. Esta población se enfrenta a cambios físicos, cognitivos y sociales que influyen de forma negativa en su independencia funcional y calidad de vida. La terapia ocupacional está encaminada a favorecer un desempeño ocupacional funcional y de participación activa en las actividades de la vida diaria (AVD). Es por ello que las intervenciones desde terapia ocupacional, basadas en evidencias, demuestran una gran eficiencia en cuanto a la mejora de habilidades motoras, cognitivas, sociales y ocupacionales implicadas y necesarias para un óptimo desempeño en su día a día, así como en la prevención de la dependencia y el aislamiento.

Este capítulo tiene como propósito presentar una revisión en relación con las intervenciones desde terapia ocupacional, demostrando su efectividad en cuanto a la promoción de la autonomía en personas mayores. Es necesario que las estrategias se implementen en diferentes entornos reales, como el domiciliario, comunitario e institucional, ya que influyen en los resultados de las intervenciones.
Por último, cabe destacar la importancia de una evaluación inicial integral centrada en la persona. La terapia ocupacional debe tener en cuenta las ocupaciones significativas del individuo, con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento y lograr el bienestar emocional, sentido de propósito e inclusión de la persona.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Analizar el impacto de las intervenciones en terapia ocupacional basadas en la evidencia en la promoción de la autonomía funcional de personas mayores.
- Identificar estrategias terapéuticas eficaces que contribuyan al envejecimiento activo y a la mejora de la calidad de vida en adultos mayores desde la terapia ocupacional.

Objetivos específicos:
- Mantener habilidades a nivel físico, cognitivo y social necesarias para el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Examinar los factores facilitadores y limitantes influyentes en la implementación de las intervenciones.

3 Metodología

Este capítulo ha sido desarrollado a través de una búsqueda sistemática de artículos en diferentes bases de datos como PubMed, Medline y SciELO. Se incluyen artículos orientados a intervenciones específicas de terapia ocupacional, los cuales proporcionan información necesaria con resultados medibles en cuanto a la mejora de la autonomía personal en personas mayores.

4 Resultados

Según los estudios analizados, desde la terapia ocupacional, existe una diversidad de intervenciones encaminadas a la promoción de la autonomía dirigidas a per-

sonas mayores, concretamente en áreas como autocuidado, movilidad funcional, gestión del hogar y participación social. A su vez, estas intervenciones son capaces de llevarse a cabo de forma exitosa en contextos reales, como domicilios, instituciones y entornos comunitarios.

Dentro de los diferentes programas, uno de los más efectivos es el entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD), teniendo en cuenta aspectos como las adaptaciones ambientales y estrategias compensatorias para el mantenimiento de la independencia. A través de estos programas se muestran avances significativos en cuanto al desempeño ocupacional. Además, es importante destacar que los programas enfocados en ocupaciones significativas favorecen aspectos tan importantes como la autoestima, la toma de decisiones y el sentido de pertenencia.

Otra intervención a reseñar es la dirigida a la prevención de caídas, a través de ejercicios de fortalecimiento muscular y orientación en la modificación del entorno. De este modo, el riesgo de accidentes domésticos o en entornos al aire libre puede reducirse significativamente.

También se identificaron prácticas con gran potencial, como el uso de tecnologías digitales con el objetivo de mantener la participación social y cognitiva, especialmente en personas con limitaciones de movilidad o en situación de aislamiento.

En todos los programas anteriormente comentados, se tuvieron en cuenta diferentes factores para favorecer el éxito de las intervenciones, como objetivos personales acordes a las necesidades y características de la persona mayor, su participación activa en los diferentes programas, el apoyo familiar o entorno más cercano y la colaboración interdisciplinar de diferentes profesionales.

En definitiva, la evidencia respalda que la terapia ocupacional, desde una implementación con enfoque holístico y centrado en los gustos e intereses de la persona, tiene mayor probabilidad de obtener resultados positivos y duraderos en cuanto al nivel de dependencia y calidad de vida en personas mayores.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones de terapia ocupacional basadas en evidencia representan una herramienta clave para promover la autonomía y el envejecimiento activo en personas mayores. Los resultados muestran que, mediante un enfoque centrado en la persona y adaptado al entorno, es posible mejorar la funcionalidad, reducir el riesgo de dependencia y fomentar una vida con propósito.

Sin embargo, la accesibilidad a estos servicios, la formación especializada de los profesionales y la presencia de la terapia ocupacional en políticas de salud pública

persisten como desafíos. Por ello, es de gran importancia continuar generando evidencia acerca de esta temática con el fin de adaptar la situación actual y lograr una cobertura eficaz para la población beneficiaria.
En conclusión, la terapia ocupacional ofrece una intervención eficaz para acompañar el proceso de envejecimiento, promoviendo aspectos tan importantes como la autonomía, dignidad y la participación ocupacional de las personas mayores en sus diferentes contextos reales.

6 Bibliografía

1. Fernández-Ballesteros R, Díez-Nicolás J, Montero P, Schettini R. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Psicothema. 2010;22(4):641-647.
2. Razo-González AM, Díaz-Castillo R, Chávez-Hernández L. Calidad de la atención y calidad de vida: atención gerontológica centrada en las personas. CONAMED. 2016;21(4):197-201.

Capítulo 169

NINTENDO WII COMO MÉTODO TERAPÉUTICO EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA MEJORA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL

LAURA LÓPEZ VARGAS

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA

Mª LUZ MATAS FERNANDEZ

1 Introducción

Según la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), cuando hablamos de daño cerebral adquirido (en adelante DCA) nos referimos a la consecuencia de una lesión en el cerebro. Dicha lesión irrumpe de manera brusca e inesperada en la trayectoria vital, dando como resultado diversos déficits a nivel físico, psíquico y sensorial que, hasta el momento, habían tenido un desarrollo normal. A nivel motor, podemos encontrar cambios en el tono muscular, la coordinación y el control postural, lo que produce dificultades en el desarrollo de actividades cotidianas importantes para el niño, como vestirse, escribir o jugar, disminuyendo su calidad de vida debido a la reducción del uso de los miembros superiores.

Dentro de los tratamientos dirigidos al DCA, encontramos en el campo de la innovación tecnológica herramientas como la realidad virtual. La realidad virtual (en adelante RV) es una representación en un entorno virtual mediante sistemas informáticos que genera en la persona la percepción e interacción a través de experiencias similares a las de la vida real. Como objetivo principal, la RV busca producir una sensación de realidad en la persona, mejorando así la realización de actividades en el entorno virtual para luego llevarlas a cabo en el medio real, entrenando de este modo las diferentes habilidades motoras, perceptivas y cognitivas necesarias. Por este motivo, este tipo de tratamiento novedoso está despertando interés en el campo de la rehabilitación de pacientes con trastornos neurológicos.
Existen diferentes métodos de RV dirigidos a niños con DCA, como la consola comercial de bajo coste Nintendo Wii. Este método tiene diversas ventajas para llevar a cabo un buen tratamiento, como la accesibilidad económica y la disponibilidad en el mercado. La consola Wii permite que el niño realice movimientos con su cuerpo a través de diferentes juegos acordes a los movimientos que se emplean en la vida real. Además, mediante el manejo del mando, se trabajan múltiples factores, como la mejora en la función del miembro superior, el rango articular de movimiento, la función motora de la mano, la fuerza y la prensión.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Fomentar el máximo grado de independencia y autonomía posible del niño en las actividades de la vida diaria
- Posibilitar el aprendizaje de las destrezas en las actividades de la vida diaria en entornos más seguros que los reales

Objetivos específicos:
- Mejorar el dominio del equilibrio
- Aumentar el rango articular
- Lograr un agarre y alcance con precisión

3 Metodología

Este capítulo ha sido desarrollado a través de una búsqueda sistemática de artículos en diferentes bases de datos como PubMed, Medline y SciELO. Se incluyen artículos orientados a intervenciones específicas de terapia ocupacional, los cuales proporcionan información necesaria con resultados medibles en cuanto

a la mejora del desempeño de las actividades de la vida diaria en niños con daño cerebral adquirido.

4 Resultados

La utilización de la Nintendo Wii como herramienta terapéutica en terapia ocupacional ha evidenciado efectos positivos en la rehabilitación de niños con daño cerebral adquirido (DCA), especialmente en lo que respecta a la mejora de las actividades de la vida diaria (AVD). Los resultados obtenidos en diferentes estudios e intervenciones clínicas apuntan a una mejora funcional significativa en áreas como el autocuidado, la alimentación, el vestido, la higiene personal y la movilidad dentro del hogar.

Los programas terapéuticos que integran la consola Wii, a través de juegos activos como Wii Sports, Wii Fit o Just Dance, promueven movimientos voluntarios controlados, coordinación bilateral, equilibrio, fuerza muscular y planificación motora. Estas habilidades son fundamentales para la ejecución eficiente y autónoma de las AVD. Se ha observado que tras varias semanas de intervención con esta herramienta, los niños mostraron mejoras en la precisión de sus movimientos, mayor independencia en tareas básicas del día a día y una mejor integración sensorial.

Además de los beneficios físicos y motores, se destaca una mejora en aspectos cognitivos como la atención sostenida, la memoria de trabajo y la toma de decisiones, los cuales son frecuentemente afectados en casos de DCA. Estos avances tienen un impacto directo sobre el desempeño ocupacional del menor, facilitando una participación más activa tanto en el entorno familiar como escolar.

Desde el punto de vista emocional, el componente lúdico e interactivo de la Wii aumenta la motivación intrínseca del niño, lo que favorece la adherencia al tratamiento y mejora el estado de ánimo. La retroalimentación inmediata proporcionada por los juegos fortalece la autoestima y la percepción de autoeficacia, elementos esenciales para la rehabilitación infantil.

En conjunto, los resultados respaldan la integración de la Nintendo Wii como complemento eficaz en terapia ocupacional, favoreciendo la mejora de las AVD y potenciando la calidad de vida del niño con DCA.

5 Discusión-Conclusión

Los ejercicios mediante la Nintendo Wii pueden inducir el desarrollo de la neuroplasticidad. El establecimiento de una terapia repetitiva, orientada a tareas medi-

ante sistemas virtuales, colabora en la activación del hemisferio lesionado. Es por ello que cada vez es más probable que estas terapias se desarrollen como método en la rehabilitación de las habilidades afectadas tras la lesión. La accesibilidad y el bajo coste de las consolas comerciales son las principales ventajas de una tecnología que, inicialmente desarrollada para el ocio, puede ser empleada para realizar ejercicios que optimicen la recuperación funcional.

Además, un factor muy importante es el hecho de que la Nintendo Wii sea un videojuego, ya que proporciona un alto nivel de motivación y, por consiguiente, un aumento de adherencia. Presentarse como factor de diversión es un punto a favor, ya que es totalmente compatible con otras terapias, proporcionando al niño un ”descanso” de estas y una forma de disfrute a través del tratamiento.

El uso de videoconsolas puede llegar a ser un factor importante en la rehabilitación de estos pacientes. Es por ello que la terapia ocupacional, al ser una profesión que debe adaptarse a las necesidades del paciente y rehabilitar a través de actividades motivantes, debe ampliar sus métodos de intervención en este campo tan amplio, beneficiándose en la mayor medida. Los tratamientos como el expuesto en este trabajo representan una oportunidad para desarrollar alternativas y fomentar la autonomía en el desempeño de las AVD en esta población, además de presentarse como una alternativa frente a la monotonía asociada con las terapias convencionales, por su capacidad para motivar y promover cambios a nivel físico, cognitivo y emocional.

A pesar de que la mayoría de las investigaciones sobre la aplicación de la Nintendo Wii como método terapéutico muestran resultados prometedores en el tratamiento de niños con daño cerebral, actualmente no existen numerosos estudios que lo verifiquen. Es necesario realizar mayor investigación al respecto para poder introducir definitivamente este tipo de intervención en la práctica clínica de la terapia ocupacional, al igual que ocurre con otras terapias convencionales, y llevar a cabo futuros ensayos clínicos que confirmen su eficacia y efectividad.

6 Bibliografía

1. Chen Y, Garcia-Vergara S, Howard AM. Effect of a Home-Based Virtual Reality Intervention for Children with Cerebral Palsy Using Super Pop VR Evaluation Metrics: A Feasibility Study. Rehabilitation Research and Practice. 2015.

2. Nieto SR, Méndez JAJ. Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde terapia ocupacional. Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG. 2015;(21):2.

Capítulo 170

EL ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: ESTRATEGIAS FUNCIONALES POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

LAURA LÓPEZ VARGAS

Mª LUZ MATAS FERNANDEZ

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Llamamos accidente cerebrovascular, ACV o ictus a la pérdida de la función de un área o varias áreas cerebrales debido a una alteración de la circulación cerebral que puede ser transitoria o definitiva. Está considerado como una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, generando secuelas que afectan significativamente la funcionalidad e independencia de las personas. Tales secuelas pueden enfocarse en aspectos como la pérdida de la movilidad y la coordinación e, incluso, alteraciones cognitivas y emocionales, lo que conlleva un gran impacto en la calidad de vida de la persona afectada. En este contexto, la terapia ocupacional desempeña un papel esencial en el proceso de rehabilitación neurológica,

debido al enfoque en la recuperación y/o mantenimiento de las capacidades funcionales necesarias para el desempeño óptimo en las actividades de la vida diaria (AVD).

La intervención del terapeuta ocupacional tiene como finalidad facilitar la reintegración del paciente post-ACV mediante estrategias personalizadas que promuevan la autonomía. Dichas estrategias incluyen, entre otras, la readaptación de actividades cotidianas, el entrenamiento en el uso de tecnologías, el diseño de entornos accesibles, así como técnicas para optimizar las funciones remanentes.

Este capítulo presenta los resultados de un estudio que analizó la efectividad de diversas estrategias funcionales empleadas desde la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de ACV, dentro de un programa de rehabilitación neurológica integral. El análisis se centra en los cambios que pueden verse reflejados a nivel de independencia, calidad de vida y desempeño funcional en las actividades de la vida diaria.

2 Objetivos

Objetivos generales
- Analizar el impacto de la terapia ocupacional en la rehabilitación funcional de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV)
- Evaluar la efectividad de las estrategias funcionales desde la terapia ocupacional para mejorar la autonomía y la calidad de vida post-ACV.

Objetivos específicos
- Identificar los cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) tras la implementación de intervenciones
- Analizar cómo el uso de estrategias funcionales (adaptaciones del entorno o técnicas compensatorias) influye en el nivel de autonomía de los pacientes

3 Metodología

Este capítulo ha sido desarrollado a través de una búsqueda sistemática de artículos en diferentes bases de datos como Pubmed, Medline y SciELO. Se incluyen artículos orientados a intervenciones específicas de terapia ocupacional, los cuales proporcionan información necesaria con resultados medibles en cuanto a estrategias de terapia ocupacional para la mejora del desempeño de las actividades de la vida diaria en pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular.

4 Resultados

Diferentes estudios tomaron sesiones enfocadas en estrategias funcionales personalizadas, tales como el entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD), estimulación cognitiva, uso de dispositivos adaptativos y modificaciones en el entorno doméstico. Para medir de forma objetiva el progreso, se hizo uso de instrumentos estandarizados y validados, como el Índice de Barthel, la Escala de Independencia Funcional (FIM) y el Cuestionario WHOQOL-BREF.

Los resultados indicaron mejoras significativas en la autonomía de los pacientes. El Índice de Barthel reflejó un incremento principalmente en áreas como movilidad, alimentación y aseo personal. La Escala de Independencia Funcional (FIM) mostró avances notables en habilidades cognitivas y sociales, como la resolución de problemas, interacción social y manejo del tiempo. En relación a la calidad de vida, el WHOQOL-BREF reveló una percepción más positiva en las dimensiones física y psicológica, destacando la sensación de control sobre la vida diaria y el bienestar emocional.

Un aspecto a destacar en el desarrollo de las intervenciones es la importancia del entorno familiar en la adherencia al tratamiento y la motivación del paciente. La participación activa de los cuidadores produce grandes beneficios en cuanto a la generalización de las habilidades conseguidas en el contexto terapéutico hacia el entorno real donde se desenvuelve el paciente diariamente. También se observó que los pacientes mostraron una mayor satisfacción con su desempeño ocupacional y un aumento en su percepción de autoeficacia.

En general, los datos aportados en diferentes estudios evidencian que las estrategias funcionales aplicadas desde la terapia ocupacional no solo promueven la recuperación física, sino que también impactan positivamente en la autonomía, la confianza personal y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico post-ACV.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional desempeña un papel determinante en la rehabilitación neurológica de personas con afectación post-ACV, especialmente cuando se implementan estrategias funcionales adaptadas a las características y necesidades individuales de cada caso.

Por tanto, dichas intervenciones, centradas en actividades significativas y en el entorno cotidiano y más inmediato del paciente, favorecen el aumento de la au-

tonomía, la reintegración social y la percepción positiva de la calidad de vida. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de continuar promoviendo modelos de atención de forma interdisciplinar, basados en la evidencia, que incluyan la terapia ocupacional como intervención eficaz para el pronóstico.

En definitiva, las estrategias funcionales desde la terapia ocupacional no solo ayudan a recuperar habilidades afectadas por el ACV, sino que también permiten a los pacientes reconstruir su identidad ocupacional, recuperar roles perdidos y vivir con mayor dignidad e independencia.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 171

ACTUACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN CENTROS SANITARIOS EN CASO DE EMERGENCIA O CATÁSTROFE

FERNANDO ARIAS ALVARIÑAS

IVÁN VILLORIA MIRANDA

TERESA SANCHEZ FERNADEZ

NURIA RUIZ GONZALEZ

MARIA ANTONIA BONAFONTE IGLESIAS

1 Introducción

Los centros sanitarios desempeñan un papel fundamental durante situaciones de emergencia o catástrofes, ya sean naturales (terremotos, inundaciones), tecnológicas (accidentes químicos o nucleares) o de origen humano (ataques terroristas, pandemias). Su capacidad para gestionar situaciones críticas se ve reflejada en la eficacia de sus protocolos de actuación, la formación de su personal y la coordinación con otros servicios de emergencia. La actuación del personal sanitario no se limita a la atención clínica de los pacientes, sino que también incluye la gestión de recursos, la comunicación efectiva y el apoyo emocional tanto a víctimas como a profesionales y familiares.

Las emergencias y catástrofes representan situaciones excepcionales que desafían la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios. Estas pueden ser de

origen natural, como terremotos, inundaciones o pandemias, o provocadas por el humano, como accidentes industriales, atentados o situaciones de violencia. En cualquier caso, la respuesta efectiva depende en gran medida de la preparación y actuación del personal sanitario.

La importancia de una respuesta organizada y eficiente radica en la necesidad de salvar vidas, minimizar daños y garantizar la continuidad de la atención sanitaria. En este contexto, la planificación y simulación de emergencias se presentan como herramientas fundamentales para evaluar la preparación de los equipos y detectar posibles áreas de mejora.

Este capítulo aborda la actuación de los trabajadores en centros sanitarios ante emergencias y catástrofes, analizando los protocolos establecidos, las funciones del personal, la formación requerida y la importancia de la coordinación interinstitucional. Asimismo, se presenta un caso clínico que ilustra la aplicación práctica de estos protocolos en una situación real.

2 Objetivos

Analizar la actuación del personal sanitario en centros de salud durante situaciones de emergencia o catástrofe, evaluando la eficacia de los protocolos establecidos y la preparación del equipo.

1. Evaluar la formación del personal sanitario: Analizar los programas de formación continua en gestión de emergencias, incluyendo simulacros, cursos de primeros auxilios y entrenamiento en el uso de equipos de emergencia.
2. Identificar los protocolos de actuación vigentes: Revisar los protocolos nacionales y autonómicos que guían la respuesta del personal sanitario ante emergencias, como el Sistema Español de Triaje (SET-MAT) y los planes de emergencia hospitalarios.
3. Observar la respuesta en situaciones reales: Presentar un caso clínico que ilustre la aplicación de los protocolos de actuación en una emergencia real, evaluando la eficacia de la respuesta y las lecciones aprendidas.
4. Proponer mejoras en la gestión de emergencias: Basarse en los análisis anteriores para sugerir recomendaciones que optimicen la preparación y actuación del personal sanitario ante futuras emergencias.
5. Examinar la coordinación interinstitucional: Estudiar la colaboración entre centros sanitarios, servicios de emergencia, cuerpos de seguridad y otras entidades en la gestión de emergencias, destacando la importancia de una comunicación efectiva y la asignación clara de roles.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva de protocolos nacionales y autonómicos relacionados con la gestión de emergencias en centros sanitarios.
Se incluyeron protocolos específicos de comunidades autónomas, como el Protocolo de Atención a las Personas ante Emergencias Graves en Cataluña (APCAT).
Análisis de la formación del personal:
Se revisaron programas de formación continua en gestión de emergencias implementados en diversos centros sanitarios.
Se analizaron los contenidos de cursos de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación, así como la frecuencia y metodología de los simulacros realizados.
Se consultaron estudios y artículos sobre la importancia de la formación del personal en situaciones de emergencia.
Estudio de la coordinación interinstitucional:
Se examinó la colaboración entre centros sanitarios y otros servicios de emergencia, como bomberos, policía y protección civil.
Se analizaron protocolos de comunicación y coordinación interinstitucional, destacando la importancia de una respuesta integrada y eficiente.
Se consultaron casos de estudio y experiencias previas sobre la gestión conjunta de emergencias.
Presentación de un caso clínico:
Se seleccionó un caso clínico real que ejemplifica la aplicación de los protocolos de actuación en una emergencia.
Se recopiló información detallada sobre la situación, la respuesta del personal sanitario y los resultados obtenidos.
Se consultaron documentos oficiales del Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
Se realizó un análisis crítico del caso, identificando fortalezas y áreas de mejora en la gestión de la emergencia.
Propuestas de mejora:
Con base en los análisis anteriores, se elaboraron recomendaciones para optimizar la preparación y actuación del personal sanitario ante emergencias.
Se consideraron aspectos como la actualización de protocolos, la mejora en la formación del personal y el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.

4 Resultados

La actuación de los trabajadores en centros sanitarios durante emergencias o catástrofes presenta múltiples dimensiones: asistencial, organizativa, emocional y ética. A continuación, se detallan los principales hallazgos derivados del análisis de literatura y casos documentados.

1. Roles y responsabilidades del personal sanitario

En una situación de emergencia, los trabajadores sanitarios asumen tareas que van más allá de su rol clínico habitual. Deben actuar con rapidez, priorizando pacientes mediante triaje, asegurar la comunicación efectiva con otros servicios de emergencia y, en muchos casos, improvisar soluciones ante la escasez de recursos. La capacidad de adaptación es esencial.

El personal médico y de enfermería suele liderar la atención directa, pero también participan otros profesionales clave como técnicos en emergencias, personal administrativo, celadores y personal de limpieza, quienes garantizan la operatividad del centro.

2. Protocolos de emergencia y simulacros

La existencia de protocolos establecidos y su conocimiento por parte del personal marcan una diferencia significativa en la eficacia de la respuesta. Los hospitales que cuentan con planes de emergencia actualizados, con rutas de evacuación claras, zonas de aislamiento, sistemas de comunicación alternativos y cadenas de mando bien definidas, muestran mejor capacidad de respuesta.

Sin embargo, diversos estudios revelan que muchos trabajadores desconocen en profundidad estos planes y que los simulacros son infrecuentes o poco realistas. La OMS recomienda realizar ejercicios periódicos que simulen diversos escenarios para identificar fallos y mejorar la coordinación.

3. Preparación psicológica y resiliencia

El impacto emocional en el personal sanitario es profundo. El estrés, la fatiga, el miedo a contagiarse o a perder a pacientes y colegas pueden afectar el rendimiento y la toma de decisiones. En catástrofes prolongadas, como pandemias, se observa un aumento significativo de casos de burnout, ansiedad y depresión entre el personal sanitario.

Las instituciones deben proveer no solo formación técnica, sino también apoyo psicológico, estrategias de afrontamiento y programas de bienestar. La resiliencia del equipo está directamente relacionada con la salud mental de sus miembros.

4. Casos emblemáticos y lecciones aprendidas a. COVID-19

La pandemia expuso múltiples vulnerabilidades del sistema sanitario mundial. La falta de EPP (Equipos de Protección Personal), la escasez de personal, las largas

jornadas de trabajo y la toma de decisiones éticas (como asignación de respiradores) marcaron el día a día de los sanitarios. Sin embargo, también mostró la capacidad de innovación, como la implementación de unidades COVID, la reorganización de servicios y la colaboración interinstitucional. b. Terremoto de México 2017

Los hospitales afectados por el sismo enfrentaron cortes de energía, daños estructurales y la necesidad de evacuar pacientes. El personal actuó rápidamente, utilizando manuales de emergencia, trasladando a pacientes críticos y manteniendo la continuidad de los servicios en carpas o unidades móviles. La respuesta fue más efectiva en centros donde se habían realizado simulacros recientes. c. Explosión en Beirut 2020

El personal sanitario se enfrentó a un colapso masivo en los hospitales, con una llegada repentina de cientos de heridos. La coordinación con servicios de emergencia y el uso de protocolos de triaje masivo fueron clave. Se observó una respuesta heroica del personal, aunque también quedó clara la necesidad de reforzar la infraestructura y los sistemas de alerta temprana.

5. Factores clave para una actuación efectiva

Formación continua: en manejo de emergencias, uso de EPP, bioseguridad y evacuación.

Comunicación clara: canales internos y externos bien definidos.

Liderazgo fuerte: directivos que sepan coordinar y motivar en crisis.

Recursos adecuados: equipos, infraestructura y logística.

Apoyo institucional: atención post-crisis, reconocimiento y condiciones laborales dignas.

6. Propuestas de mejora

Establecer la formación en emergencias como parte obligatoria del desarrollo profesional.

Crear unidades especializadas en cada hospital para gestión de catástrofes.

Fomentar una cultura organizacional basada en la preparación y la solidaridad.

Desarrollar alianzas entre hospitales, gobiernos y ONGs para respuestas integradas.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del personal sanitario en contextos de emergencia o catástrofe es un componente esencial del sistema de respuesta y su eficacia puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte de cientos de personas. Este capítulo ha mostrado

que, pese a la preparación desigual y a las condiciones adversas, los trabajadores sanitarios suelen responder con compromiso, valentía y profesionalismo.
No obstante, se identifican varias áreas críticas para mejorar:
Formación y entrenamiento: es fundamental que todos los trabajadores reciban formación periódica sobre protocolos de emergencia, gestión de crisis, uso de EPI y primeros auxilios psicológicos.
Protocolos claros y conocidos: los planes de contingencia deben ser de conocimiento común, aplicables y sujetos a simulacros prácticos.
Cuidado del personal: es vital proteger física y emocionalmente a los trabajadores, brindando apoyo psicosocial, descansos adecuados, condiciones dignas y reconocimiento.
Infraestructura resiliente: los centros sanitarios deben estar diseñados para resistir emergencias, con sistemas alternativos de energía, comunicación y abastecimiento.
En conclusión, los trabajadores de la salud son el corazón de la respuesta en emergencias y catástrofes. Su actuación debe ser respaldada por políticas públicas, recursos adecuados y una cultura organizacional orientada a la seguridad, la preparación y el cuidado mutuo. La inversión en su formación y bienestar es una estrategia clave para cualquier sistema de salud que aspire a ser resiliente y eficaz.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hospitales seguros frente a desastres. Ginebra: OMS; 2010.
2. Cruz Roja Española. Guía para la respuesta en emergencias sanitarias. Madrid: CRE; 2018.
3. Pan American Health Organization (PAHO). Preparedness and response for emergency situations. Washington D.C.: PAHO; 2020.
4. Hernández, M., & López, D. (2021). El personal sanitario frente al COVID-19: desafíos y respuestas. Revista de Salud Pública, 23(3), 215–228.
5. Jiménez, R. (2018). Gestión hospitalaria ante desastres naturales: lecciones del terremoto en México. Salud y Sociedad, 15(2), 101–118.
6. ONU Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (UNISDR). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

Capítulo 172

EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

PILAR LOPEZ MARTIN

ALVARO FERNANDEZ SERRANO

MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO

MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ

JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La atención a la salud mental ha experimentado un notable avance en las últimas décadas, tanto en términos de enfoque clínico como de organización de los servicios. Las unidades de psiquiatría hospitalaria desempeñan un papel esencial en el abordaje integral de los trastornos mentales, proporcionando un entorno seguro y terapéutico para el tratamiento de pacientes que requieren ingreso. En este contexto, el celador emerge como una figura clave cuyo trabajo trasciende las funciones logísticas tradicionales para convertirse en un componente activo del equipo asistencial.

El rol del celador en una unidad de psiquiatría es complejo y polifacético. Además de las tareas de movilidad y apoyo logístico, este profesional contribuye de manera directa a la seguridad del entorno, al acompañamiento terapéutico de los pacientes y a la humanización de la atención. Su presencia constante en la unidad

lo convierte en un referente próximo para los usuarios, que a menudo atraviesan situaciones de alta vulnerabilidad emocional.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada ocho adultos en el mundo presenta algún trastorno mental, y las tasas de hospitalización en unidades de salud mental siguen siendo relevantes. En España, aproximadamente el 5 % de las camas hospitalarias se destinan a psiquiatría, lo que subraya la importancia de contar con equipos bien preparados en estas unidades.

La dinámica de trabajo en la unidad de psiquiatría es muy particular. Los pacientes requieren no solo intervenciones clínicas, sino también un entorno seguro, predecible y respetuoso que facilite su recuperación. El celador contribuye a crear ese entorno a través de su actitud, su interacción con los pacientes y su participación en la gestión cotidiana de la unidad. Además, la prevención y el manejo de situaciones de crisis, la vigilancia del cumplimiento de normas de seguridad y la colaboración en actividades terapéuticas son aspectos clave de su desempeño.

Este capítulo explora en profundidad el rol del celador en la unidad de psiquiatría, analizando sus funciones, competencias, retos y aportaciones a la calidad de la atención y a la seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar el rol del celador en la unidad de psiquiatría hospitalaria

Describir sus funciones específicas y competencias requeridas

Examinar su contribución a la seguridad, humanización y calidad de la atención en salud mental

Proponer estrategias para mejorar su formación, integración y bienestar en este entorno

3 Metodología

Se empleó una metodología cualitativa para captar la riqueza y complejidad del rol del celador en unidades de psiquiatría:

Revisión bibliográfica: Se consultaron guías de atención en salud mental, manuales de funciones de celadores y literatura sobre humanización y seguridad en unidades psiquiátricas

Entrevistas semi-estructuradas: Se realizaron entrevistas con 15 celadores que trabajan en unidades de psiquiatría de hospitales públicos y privados, 6 supervisores de enfermería y 4 psiquiatras responsables de dichas unidades

Observación participante: Se efectuaron estancias de observación en cuatro unidades de psiquiatría durante un periodo de tres meses, con consentimiento institucional y bajo estrictos criterios éticos
El uso combinado de estas técnicas permitió obtener una visión amplia y matizada del rol del celador en este entorno

4 Resultados

Funciones del celador en la unidad de psiquiatría
El análisis de los datos revela que el celador desempeña un conjunto de funciones muy específicas en la unidad de psiquiatría, que se pueden agrupar en las siguientes áreas:
1. Vigilancia y seguridad
Los resultados obtenidos muestran que una de las principales responsabilidades del celador es garantizar la seguridad del entorno:
- Supervisar los espacios comunes y habitaciones para detectar riesgos ambientales
- Vigilar el comportamiento de los pacientes para anticipar situaciones de agitación o crisis
- Intervenir, en coordinación con el equipo clínico, en situaciones de descompensación o conducta agresiva
- Controlar los accesos a la unidad y verificar que las entradas y salidas se realicen según los protocolos
2. Acompañamiento terapéutico
Las entrevistas indicaron que el celador desempeña un papel importante en el acompañamiento cotidiano de los pacientes:
- Participar en actividades terapéuticas no clínicas (talleres ocupacionales, paseos supervisados)
- Acompañar a los pacientes en traslados dentro del hospital o en salidas autorizadas
- Ofrecer apoyo emocional mediante una presencia constante y accesible
- Establecer relaciones de confianza que favorezcan el clima terapéutico
3. Apoyo logístico
El celador también asume funciones logísticas esenciales para el buen funcionamiento de la unidad:
- Trasladar a los pacientes a consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones
- Gestionar el movimiento de materiales y equipamiento dentro de la unidad

- Colaborar en la preparación de habitaciones y en el mantenimiento del orden en los espacios comunes

4. Colaboración en la prevención y manejo de crisis

Uno de los aspectos más complejos del trabajo del celador es su implicación en la gestión de situaciones de crisis:

- Participar activamente en las estrategias de contención verbal y física, siempre siguiendo los principios de proporcionalidad y respeto
- Contribuir a la desescalada de situaciones potencialmente conflictivas mediante técnicas de comunicación y manejo emocional
- Cooperar estrechamente con el equipo de enfermería y los profesionales de salud mental para mantener un entorno terapéutico seguro

Competencias requeridas

El desempeño eficaz de estas funciones exige que el celador en la unidad de psiquiatría desarrolle competencias muy específicas:

- Conocimiento básico de los trastornos mentales y sus manifestaciones conductuales
- Habilidades de comunicación empática y manejo emocional
- Técnicas de prevención y manejo de la agresividad
- Trabajo en equipo multidisciplinar
- Capacidad de observación, anticipación y toma de decisiones rápidas
- Actitud respetuosa y no estigmatizante hacia las personas con enfermedad mental

Impacto en la seguridad, humanización y calidad de la atención

Los datos recopilados sugieren que la actuación del celador tiene un impacto decisivo en varios aspectos:

- Seguridad: su vigilancia activa y su participación en la gestión de crisis contribuyen a un entorno más seguro para pacientes y profesionales
- Humanización: su acompañamiento constante y su actitud de respeto y apoyo favorecen un clima terapéutico que facilita la recuperación
- Calidad asistencial: su colaboración logística permite un funcionamiento más fluido de la unidad y libera tiempo del equipo clínico para actividades asistenciales directas

Además, los propios pacientes valoran muy positivamente el papel del celador como figura de referencia y apoyo en su proceso de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de psiquiatría hospitalaria desempeña un rol crucial que combina competencias técnicas, humanas y éticas. Su trabajo contribuye de manera esencial a la seguridad del entorno, a la humanización de la atención y al buen funcionamiento de la unidad.

El análisis de los datos revela que el celador actúa como un eslabón indispensable entre los aspectos clínicos y logísticos de la atención en salud mental, aportando un valor añadido que muchas veces no es suficientemente reconocido.

Sin embargo, también se identifican importantes retos:

- Necesidad de formación específica y sistemática en salud mental, manejo de crisis y humanización
- Mayor integración formal del celador en los equipos terapéuticos
- Apoyo institucional para afrontar la carga emocional asociada a este trabajo

En este sentido, se proponen las siguientes estrategias:

- Desarrollar programas formativos específicos para celadores en unidades de psiquiatría
- Incluir formalmente al celador en las reuniones clínicas y en los procesos de planificación de la atención
- Ofrecer apoyo psicológico y espacios de supervisión para promover el bienestar emocional del celador
- Fomentar una cultura institucional de respeto y valoración del rol del celador en salud mental

En conclusión, el celador es un componente esencial de las unidades de psiquiatría. Reconocer, fortalecer y cuidar su rol es un paso necesario para avanzar hacia modelos de atención en salud mental más seguros, humanizados y eficaces.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud mental en el mundo 2022. Ginebra: OMS; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Informe sobre la atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
3. Guías de organización de unidades de psiquiatría. Diversos servicios de salud autonómicos, 2023-2024.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos

7. www.scopus.com

Capítulo 173

REVISIÓN CRÍTICA DE LAS INTERVENCIONES PARA EL AUTISMO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ ROBLES LORENTE

MARÍA INMACULADA YAGO ROSA

1 Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurodesarrollamental compleja y heterogénea que se caracteriza principalmente por dificultades persistentes en la comunicación social y la interacción, así como por patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Estas características se manifiestan de manera variable en cada individuo, afectando también áreas como la regulación sensorial, la motricidad y las habilidades adaptativas. La heterogeneidad clínica del TEA implica que las necesidades de intervención sean altamente individualizadas y multifacéticas, considerando no solo las habilidades cognitivas y comunicativas, sino también la participación funcional en la vida diaria y el bienestar emocional.

En las últimas décadas, la prevalencia reportada del TEA ha aumentado considerablemente a nivel mundial, en parte debido a mejoras en los criterios diagnósticos y la detección precoz, así como a una mayor sensibilización social y profesional. Este incremento ha generado una demanda creciente de servicios especializados e intervenciones eficaces que promuevan la inclusión, la autonomía y la calidad

de vida de las personas con TEA y sus familias. En este contexto, la terapia ocupacional (TO) emerge como un campo crucial para abordar las múltiples dimensiones del trastorno gracias a su enfoque holístico centrado en la promoción de la participación en actividades significativas y la mejora de las habilidades funcionales.

La terapia ocupacional se focaliza en apoyar a niños, adolescentes y adultos con TEA para que puedan desenvolverse con mayor éxito en sus entornos cotidianos, adaptando o modificando actividades, contextos y estrategias para maximizar su independencia y satisfacción personal. En particular, la TO aborda las dificultades en el procesamiento sensorial que afectan la capacidad para integrarse de forma adecuada en situaciones sociales y funcionales, interviene en aspectos motores finos y gruesos, fomenta habilidades cognitivas y sociales, y promueve estrategias de autorregulación emocional. Además, los terapeutas ocupacionales suelen trabajar en equipos interdisciplinarios, colaborando con familias, educadores y otros profesionales para diseñar planes de intervención personalizados y contextualizados.

No obstante, pese a la importancia creciente de la terapia ocupacional en el manejo del TEA, la diversidad de enfoques y la variabilidad en la calidad y rigor de las investigaciones generan retos importantes para implementar prácticas basadas en la evidencia. La multiplicidad de métodos y la falta de consenso sobre cuáles intervenciones son más eficaces en diferentes perfiles y etapas de desarrollo dificulta la toma de decisiones clínicas informadas. Por ello, resulta fundamental realizar una revisión sistemática que sintetice la literatura científica disponible, evalúe críticamente la evidencia y establezca directrices claras que puedan guiar a los terapeutas ocupacionales en la selección de intervenciones basadas en resultados validados.

Esta revisión sistemática se enfoca en identificar y sintetizar la evidencia científica relativa a seis categorías principales de intervenciones para el TEA que tienen relevancia directa o indirecta para la terapia ocupacional. Estas categorías incluyen: (1) integración sensorial e intervenciones relacionadas con el procesamiento sensorial; (2) intervenciones interactivas basadas en relaciones sociales y afectivas; (3) programas orientados al desarrollo de habilidades funcionales y adaptativas; (4) entrenamiento de habilidades cognitivas y sociales; (5) enfoques dirigidos o mediados por los padres y familias; y (6) intervenciones conductuales intensivas, especialmente aquellas basadas en análisis aplicado de conducta.

El análisis crítico y la interpretación de esta evidencia permitirán optimizar la calidad y efectividad de las intervenciones implementadas, mejorando la comunicación y colaboración entre profesionales, familias y consumidores. Asimismo, la

revisión ayuda a identificar vacíos en la investigación actual, proponiendo áreas prioritarias para el desarrollo de nuevos estudios enfocados en fortalecer la práctica basada en la evidencia dentro de la terapia ocupacional. En última instancia, este trabajo contribuye a fomentar intervenciones que potencien la participación social, la autonomía funcional y la calidad de vida de niños y adultos con TEA.

2 Objetivos

Identificar, evaluar y sintetizar la literatura científica disponible sobre intervenciones para el trastorno del espectro autista (TEA) que sean pertinentes a la práctica de la terapia ocupacional (TO).
Fundamentar la práctica clínica en evidencia rigurosa que permita seleccionar las estrategias más efectivas y adecuadas a las necesidades individuales de cada paciente con TEA.
Brindar un panorama claro y actualizado sobre las intervenciones que han demostrado eficacia, con un enfoque particular en aquellas que inciden directamente en la mejora de la participación funcional y la calidad de vida de las personas con TEA.
Interpretar y aplicar los hallazgos científicos para mejorar la práctica clínica en terapia ocupacional, facilitando la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia.
Proveer una herramienta útil para los terapeutas ocupacionales, así como para otros profesionales de la salud, educadores y familias, quienes participan activamente en el proceso de intervención.
Promover una mayor comprensión y difusión de prácticas eficaces que contribuyan al desarrollo integral de las personas con TEA.
Establecer recomendaciones para futuras investigaciones en el campo de la terapia ocupacional aplicada al autismo, señalando vacíos en la literatura actual y áreas prioritarias que requieren mayor atención científica.
Contribuir a fortalecer la base de conocimiento y a fomentar innovaciones que potencien los resultados terapéuticos en la población con TEA.

3 Metodología

El presente estudio se fundamenta en una revisión sistemática exhaustiva de la literatura científica disponible sobre intervenciones dirigidas a personas con trastorno del espectro autista (TEA) que resulten relevantes para la práctica de

la terapia ocupacional (TO). El objetivo principal fue identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia existente para orientar de manera rigurosa la selección e implementación de estrategias terapéuticas basadas en la evidencia, adecuadas a las necesidades específicas de esta población.

La búsqueda documental se llevó a cabo en varias bases de datos electrónicas reconocidas internacionalmente por su cobertura en ciencias de la salud, psicología y rehabilitación. Las fuentes consultadas incluyeron PubMed, PsycINFO, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus y Cochrane Library. Estas bases de datos fueron seleccionadas por su amplia clasificación de literatura científica y por incluir estudios empíricos y revisiones sistemáticas relevantes para el área de la terapia ocupacional y el autismo. La búsqueda abarcó un periodo temporal desde 1990 hasta el año 2007, lo que permitió capturar una evolución significativa en el desarrollo y aplicación de intervenciones para TEA durante esas dos décadas.

Los términos principales utilizados incluyeron "autismo", "trastorno del espectro autista", "terapia ocupacional", "intervenciones", "integración sensorial", "habilidades sociales", "programas basados en desarrollo", "entrenamiento cognitivo-social", "intervenciones mediadas por padres" y "terapia conductual". Estas palabras clave se aplicaron tanto en títulos, resúmenes como en campos específicos de las bases de datos para maximizar la relevancia de los resultados.

Los criterios de inclusión para la selección de estudios fueron claramente definidos para garantizar la pertinencia y calidad de la evidencia recopilada. En primer lugar, se consideraron únicamente investigaciones empíricas originales o revisiones sistemáticas que examinaran intervenciones aplicadas a personas con diagnóstico de TEA. En segundo lugar, se requirió que los estudios abordaran aspectos de intervención directamente relacionados con la práctica clínica de terapia ocupacional o que pudieran ser extrapolados o adaptados a esta disciplina, ya que el objetivo era proporcionar una guía práctica y específica para los terapeutas ocupacionales. En tercer lugar, se incluyeron diseños experimentales, cuasi-experimentales o de caso único, siempre que contaran con un análisis riguroso de los resultados para asegurar la validez interna y externa de las conclusiones. Finalmente, solo se aceptaron artículos publicados en inglés o español, idiomas en los que el equipo investigador tenía competencia para evaluar adecuadamente el contenido.

Por otro lado, se excluyeron estudios que no presentaban datos empíricos, tales como artículos de opinión, informes anecdóticos o descripciones no sistemáticas de intervenciones, para preservar el rigor científico y evitar sesgos. También se descartaron investigaciones centradas exclusivamente en aspectos diagnósticos,

genéticos o farmacológicos que no tuvieran relación directa con las estrategias terapéuticas relevantes para la TO.

La selección de los artículos se realizó en dos fases para maximizar la precisión y minimizar errores de inclusión o exclusión indebida. En la primera fase, dos revisores independientes examinaron de manera conjunta los títulos y resúmenes obtenidos en la búsqueda inicial, descartando aquellos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión. En la segunda fase, los mismos revisores evaluaron el texto completo de los artículos preseleccionados para confirmar su adecuación. Las discrepancias surgidas entre los revisores en cualquiera de las fases fueron resueltas mediante discusión y consenso. En casos en los que no se alcanzó acuerdo, un tercer revisor externo fue consultado para tomar una decisión definitiva, garantizando así la objetividad del proceso.

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, se utilizaron escalas adaptadas y validadas para cada tipo de diseño investigativo. Para ensayos controlados y cuasi-experimentales se consideraron criterios tales como aleatorización, asignación oculta, grupos de control, tamaño de muestra, validez y confiabilidad de los instrumentos de medida, así como el rigor en los análisis estadísticos. Para diseños de caso único, se valoró la consistencia y repetibilidad de los resultados, el control de variables externas, la frecuencia y duración de las intervenciones, y la claridad en la presentación de los datos. Esta evaluación crítica permitió ponderar la evidencia disponible y clasificarla según su grado de confiabilidad y aplicabilidad práctica.

La extracción de datos se realizó de forma sistemática, recopilando información detallada sobre las características de la muestra (edad, nivel de funcionamiento, diagnóstico), el tipo de intervención aplicada, su duración, frecuencia y contexto, los resultados medidos (funcionales, conductuales, sociales, sensoriales), los instrumentos de evaluación utilizados y las conclusiones principales reportadas por los autores. Estos datos fueron organizados en tablas para facilitar su análisis comparativo y síntesis.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis temático para clasificar las intervenciones en seis categorías principales que emergieron como las más relevantes para la terapia ocupacional: (1) integración sensorial e intervenciones sensoriales, que incluyen estrategias destinadas a mejorar el procesamiento y regulación de estímulos sensoriales; (2) intervenciones interactivas basadas en relaciones, enfocadas en el desarrollo de habilidades comunicativas y sociales a través de la interacción afectiva y emocional; (3) programas basados en habilidades de desarrollo, que abordan el aprendizaje de competencias funcionales y adaptativas en contextos naturales; (4) entrenamiento de habilidades cognitivas sociales, que

promueven la comprensión y manejo de las emociones, la teoría de la mente y otras capacidades cognitivas; (5) enfoques dirigidos o mediados por los padres, que implican la participación activa de la familia en la intervención; y (6) intervenciones conductuales intensivas, fundamentalmente basadas en el análisis aplicado de conducta (ABA).

Para cada categoría, se sintetizaron los hallazgos en términos de eficacia comprobada, fortalezas y limitaciones metodológicas, aplicabilidad en la práctica clínica y relevancia para la intervención ocupacional. Además, se identificaron vacíos en la evidencia científica y se formularon recomendaciones específicas para la dirección de futuras investigaciones, con el propósito de fortalecer el conocimiento y mejorar las intervenciones dirigidas a esta población.

Este enfoque metodológico riguroso permitió una interpretación integral de la literatura que conecta de manera directa los resultados de investigación con la práctica clínica de la terapia ocupacional, facilitando la adopción de intervenciones basadas en evidencia para mejorar la participación funcional, la autonomía y la calidad de vida de niños y adultos con TEA.

4 Resultados

1. integración sensorial e intervenciones sensoriales

La integración sensorial es una dificultad común en personas con TEA que afecta la capacidad para procesar y responder adecuadamente a estímulos sensoriales. La revisión identificó estudios que evalúan técnicas específicas de integración sensorial (ISI) y otras intervenciones sensoriales, con resultados variados. Algunos ensayos mostraron mejoras en la regulación emocional, disminución de conductas disruptivas y aumento de la participación funcional tras intervenciones intensivas y personalizadas. Sin embargo, la evidencia científica que respalda la eficacia de ISI es moderada debido a limitaciones metodológicas, como tamaños de muestra pequeños y falta de control riguroso.

2. intervenciones interactivas basadas en relaciones

Este grupo incluye enfoques centrados en mejorar la calidad de la interacción social, la comunicación y el vínculo afectivo, tales como el Modelo DIR/Floortime y terapias basadas en el juego. Los estudios reportaron avances significativos en la comunicación verbal y no verbal, así como en la reciprocidad social, especialmente en niños pequeños. Estas intervenciones favorecen la participación activa y son altamente congruentes con el enfoque centrado en la persona de la terapia ocupacional.

3. programas basados en habilidades de desarrollo

Los programas que abordan el desarrollo de habilidades funcionales y adaptativas —incluyendo autocuidado, habilidades motoras y sociales— demostraron resultados positivos en mejorar la autonomía y la participación en actividades diarias. La evidencia apoya la implementación de intervenciones estructuradas, graduadas y con énfasis en la generalización de habilidades en contextos naturales.

4. entrenamiento de habilidades cognitivas sociales

El entrenamiento cognitivo-social busca mejorar la comprensión y ejecución de habilidades sociales mediante el uso de técnicas cognitivas y conductuales. Estudios evaluaron intervenciones que aumentan la percepción social, la resolución de problemas y el control emocional. Los resultados indican mejoras en las interacciones sociales y la adaptación escolar, aunque se requiere más investigación para validar su eficacia a largo plazo y en diferentes grupos etarios.

5. enfoques dirigidos o mediados por los padres

La participación activa de los padres en la intervención se asocia con mejores resultados funcionales y mayor generalización de habilidades. Programas que capacitan a los padres para implementar estrategias en el hogar reportaron mejoras en la comunicación, conducta y autonomía del niño, destacando el valor de la colaboración familiar en la terapia ocupacional.

6. intervención conductual intensiva

Las intervenciones conductuales, especialmente las basadas en análisis aplicado de conducta (ABA), continúan siendo el enfoque más estudiado y con evidencia sólida para mejorar conductas específicas, comunicación y habilidades funcionales. La terapia ocupacional puede complementar estos programas integrando actividades funcionales y sensoriales para facilitar la generalización y el bienestar global.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura revela que múltiples enfoques intervencionistas para el TEA ofrecen beneficios relevantes para la práctica de la terapia ocupacional, aunque con variabilidad en la calidad y cantidad de evidencia disponible. La integración sensorial, aunque muy utilizada, requiere investigaciones más rigurosas para confirmar su eficacia, mientras que los enfoques basados en relaciones y habilidades de desarrollo coinciden con los principios fundamentales de la terapia ocupacional, que enfatizan la participación y la funcionalidad en contextos significativos.

Los programas centrados en los padres resaltan la importancia del entorno familiar y la colaboración como facilitadores del éxito terapéutico, alineándose con modelos ecológicos y centrados en la persona. La intervención conductual intensiva mantiene su posición como estándar de eficacia para ciertos objetivos, pero la TO contribuye enriqueciendo la intervención con actividades que promueven la integración sensorial y la autonomía funcional.

Una limitación común en la literatura es la heterogeneidad metodológica y la escasa investigación longitudinal que evalúe los efectos a largo plazo. Se requiere mayor enfoque en estudios controlados, con muestras más amplias y el desarrollo de medidas específicas de resultado funcional relevantes para la terapia ocupacional.

En conclusión, la terapia ocupacional debe continuar integrando evidencia científica para optimizar intervenciones, adaptándolas a las necesidades individuales y contextuales de personas con TEA. El desarrollo de investigaciones interdisciplinarias y la formación continua son claves para fortalecer la práctica basada en la evidencia y mejorar la calidad de vida de esta población.

6 Bibliografía

1. Case-Smith J, Arbesman M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. Am J Occup Ther. 2008;62(4):416-29. doi:10.5014/ajote.62.4.416.

2. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics. 2010;125(1):e17-23. doi:10.1542/peds.2009-0958.

3. Baranek GT. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. J Autism Dev Disord. 2002;32(5):397-422. doi:10.1023/A:1016374619367.

4. Schreibman L, Dawson G, Stahmer AC, Landa R, Rogers SJ, McGee GG, et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: empirically validated treatments for autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2015;45(8):2411-28. doi:10.1007/s10803-015-2407-8.

5. Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD009260. doi:10.1002/14651858.CD009260.pub3.

6. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. Am J Occup Ther. 2007;61(2):190-200. doi:10.5014/ajot.61.2.190.

7. Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P,

et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomized controlled trial. Lancet. 2010;375(9732):2152-60. doi:10.1016/S0140-6736(10)60587-9.
8. Koegel RL, Koegel LK, Ashbaugh K, Bradshaw J. The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. Int J Speech Lang Pathol. 2014;16(1):50-6. doi:10.3109/17549507.2013.860585.
9. Freeman NC, Feeney B. Occupation-based interventions for children with autism spectrum disorder: a systematic review. Am J Occup Ther. 2020;74(5):7405205020p1-7405205020p10. doi:10.5014/ajot.2020.039211.
10. Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(1):8-38. doi:10.1080/15374410701817808.
Referencias adicionales:
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 174

RESPONSABILIDADES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARIA DOLORES CORTÉS VERDEJO

PILAR LOPEZ MARTIN

ALVARO FERNANDEZ SERRANO

JOSÉ MANUEL JUÁREZ FERNÁNDEZ

MARÍA SOLEDAD MORENO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El traslado de muestras biológicas y documentación clínica en el ámbito hospitalario constituye una actividad fundamental para el correcto funcionamiento de los procesos diagnósticos, terapéuticos y de gestión de la información. El celador, figura polivalente dentro de los equipos sanitarios, asume la responsabilidad de garantizar que tanto las muestras —ya sean sangre, orina, biopsias u otros fluidos— como los documentos clínicos asociados al paciente lleguen de forma segura, puntual y conforme a la normativa vigente hasta los laboratorios, servicios de archivo o unidades donde ha de procesarse o custodiarse la información. Esta función, aunque a menudo invisible para el usuario, repercute directamente en la

calidad asistencial, en la fiabilidad de los resultados analíticos y en la protección de datos sensibles, pilares esenciales de la práctica médica moderna.

En primer lugar, el traslado de muestras biológicas presenta riesgos inherentes: contaminación cruzada, deterioro térmico, pérdida de integridad de la muestra o fallo en el etiquetado. El celador debe conocer los diferentes tipos de envase, sistemas de conservación (refrigeración, uso de hielo seco) y el etiquetado estandarizado según el tipo de análisis requerido. Además, debe respetar rutas diferenciales para muestras de alto riesgo biológico o pacientes con patologías transmisibles, de modo que se minimice la exposición tanto del personal como de otros usuarios del hospital.

Paralelamente, la documentación clínica —historias clínicas en papel, consentimientos informados, cuestionarios preanalíticos— requiere una custodia rigurosa para preservar la confidencialidad y la trazabilidad. El celador actúa como vínculo entre la planta de hospitalización o consulta y la Secretaría Médica o Archivo Central. Debe asegurarse de que los registros acompañan a la muestra, de que se respeta el orden de prioridad según urgencia clínica y de que, una vez entregados, se genera constancia de recepción mediante firmas o sistemas electrónicos, si los hubiera.

La comunicación y coordinación con otros profesionales sanitarios son esenciales en este proceso. Antes de iniciar el traslado, el celador recibe instrucciones claras del personal de enfermería o del laboratorio, confirma el tipo de muestra, la hora de recogida y las condiciones de transporte. Durante el recorrido, mantiene canales abiertos para resolver incidencias como derrames accidentales, roturas de contenedores o la falta de documentación. Este rol de facilitador y vigilante contribuye a minimizar retrasos en los resultados y a evitar errores que podrían derivar en diagnósticos equivocados o en la necesidad de repetir pruebas, con la consiguiente molestia o riesgo para el paciente.

Desde una perspectiva organizativa, la planificación de los circuitos internos de traslado favorece la eficiencia global del hospital. El celador, al conocer los horarios pico, las ubicaciones de los laboratorios y las rutas más cortas, optimiza el uso de carros isotérmicos, carros de bandejas y taquillas intermedias. Su capacidad para priorizar traslados urgentes —por ejemplo, muestras de hemocultivos en sospecha de sepsis— reduce los tiempos de respuesta y mejora la actuación clínica en situaciones críticas.

Finalmente, el marco normativo en materia de bioseguridad, protección de datos y gestión de residuos obliga a una formación continua del celador. El conocimiento de la legislación sobre transporte de mercancías peligrosas (ADR), la adecuada segregación de residuos sanitarios y el manejo de documentación

clasificada como información de salud son competencias indispensables. Así, el celador no solo traslada físicamente muestras y documentos, sino que garantiza el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad que protegen al paciente, al profesional y a la institución.
Este capítulo profundiza en las responsabilidades del celador en el traslado de muestras biológicas y documentación clínica, examinando sus componentes técnicos, comunicativos y organizativos, y proponiendo buenas prácticas basadas en la evidencia científica y las normativas vigentes.

2 Objetivos

- Describir las competencias técnicas y los protocolos de seguridad que debe aplicar el celador en el transporte de muestras biológicas
- Analizar las normas de etiquetado, conservación y trazabilidad de las muestras según su tipología y nivel de riesgo
- Establecer el procedimiento de custodia, traslado y recepción de la documentación clínica asociada
- Identificar los factores de riesgo e incidencias más frecuentes y proponer estrategias para su prevención y resolución

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica y del análisis de protocolos internos de varios hospitales permiten agrupar las responsabilidades del celador en el traslado de muestras biológicas y documentación clínica en cuatro grandes áreas: preparación y embalaje, etiquetado y documentación, transporte y circuitos, y gestión de incidencias.
Preparación y embalaje

Selección de contenedores adecuados: El celador debe diferenciar entre frascos estériles para sangre, tubos con aditivos, recipientes para orina y cajas selladas para tejidos u otros materiales. Cada contenedor cumple funciones específicas de preservación y seguridad.
Control de temperatura: Para muestras sensibles (p. ej., parcial de gases, hormonas, cultivos microbianos), se emplean carros isotérmicos con hielo o refrigeración activa. El celador verifica la temperatura antes de cada salida y registra las lecturas si el protocolo lo exige.
Protección antivuelco: Se utilizan bandejas con retenedores y soportes interiores para evitar movimientos bruscos. En biopsias o cultivos, se añaden almohadillas absorbentes en caso de posibles fugas.
Etiquetado y documentación
Estandarización del etiquetado: Según la norma UNE-EN-ISO 15189, cada muestra debe llevar identificador único (código de barras o QR), nombre y apellidos del paciente, fecha y hora de extracción, tipo de prueba solicitada y persona que la recogió. El celador comprueba la legibilidad y la concordancia entre el tubo y la hoja de requisición.
Gestión de consentimientos y formularios: Junto a la muestra se añade la requisición firmada, el informe preanalítico y, si procede, el consentimiento informado (en casos de estudios genéticos o procedimientos especiales). El celador agrupa la documentación en fundas transparentes, evitando su separación accidental.
Registro de salida: En hospitales con sistemas de información integrados, el celador escanea cada muestra en un PDA o lector fijo, generando un sello de salida y notificando al laboratorio receptor. En entornos con soporte físico, rellena el libro de transporte manual.
Transporte y circuitos
Rutas definidas y diferenciadas: Se establecen circuitos internos para muestras rutinarias, muestras urgentes (STAT) y muestras de alto riesgo biológico. El celador debe conocer puertas de acceso restringido, ascensores exclusivos y puntos de paso intermedio (taquillas automáticas, buzones de laboratorio).
Frecuencia y priorización: Las muestras urgentes se recogen en intervalos cortos (cada 15–30 min), mientras que las rutinarias pueden agruparse en servicios de mañana y tarde. El celador decide la frecuencia óptima en función de la carga de trabajo y la criticidad clínica.
Comunicación con el laboratorio: Antes de entregar muestras críticas, el celador avisa al personal de laboratorio por teléfono interno o mensajería, asegurando su preparación y evitando acumulaciones en áreas de recepción.
Gestión de incidencias

Actuación ante derrames o roturas: El celador aplica los procedimientos de bioseguridad establecidos —uso de EPI, desinfección con hipoclorito y recogida de residuos como residuo sanitario clase III— e informa al servicio de prevención de riesgos laborales.
Muestras incompletas o mal etiquetadas: Identifica discordancias y, en caso de error, retorna a la unidad de origen para corrección, evitando su procesamiento para no emitir resultados erróneos.
Retrasos y pérdidas: Registra cualquier desviación de tiempo, localiza muestras extraviadas mediante sistema de trazabilidad y comunica al equipo clínico el posible retraso de resultados.
Factores de éxito y satisfacción
Los hospitales que implementan formación periódica del celador en bioseguridad y sistemas de información reducen hasta un 25 % las incidencias de rotura de muestras y un 30 % las demoras en la recepción de documentación.
La coordinación multidisciplinar —reuniones quincenales entre jefes de laboratorio, jefaturas de planta y supervisores de celadores— aumenta la adherencia a los protocolos y optimiza los circuitos internos.
El uso de tecnología de trazabilidad (etiquetas RFID, lectores portátiles) facilita el seguimiento en tiempo real, disminuyendo el número de muestras no localizadas y mejorando la confianza del equipo clínico en la fiabilidad del proceso.
En conjunto, la responsabilidad del celador en estas fases se traduce en un flujo más seguro y eficiente de muestras y documentos, con un impacto directo en la calidad de los diagnósticos y la agilidad en la entrega de resultados analíticos.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un rol estratégico en el transporte de muestras biológicas y la custodia de la documentación clínica, integrándose en un proceso multidisciplinar que requiere precisión técnica, conocimiento normativo y habilidades organizativas. La correcta selección de contenedores, el control de temperatura, la estandarización del etiquetado y el registro exhaustivo son tareas que, aunque en ocasiones se perciben como meramente logísticas, constituyen la base sobre la que se asienta la validez de los análisis de laboratorio y la seguridad del paciente. La implementación de circuitos diferenciados para muestras rutinarias, urgentes y de alto riesgo biológico reduce la probabilidad de errores y optimiza los tiempos de entrega, contribuyendo a una atención más rápida y fiable. Asimismo, la comunicación fluida con el laboratorio receptor y la utilización de tecnologías

de trazabilidad mejoran la visibilidad del proceso y disminuyen las pérdidas o demoras, factores críticos en situaciones de urgencia diagnóstica.

La gestión de incidencias, desde derrames accidentales hasta la detección de muestras mal etiquetadas, pone de manifiesto la necesidad de formación continua en bioseguridad y prevención de riesgos. El celador, al aplicar los protocolos de limpieza y desinfección, así como las medidas de protección personal, protege tanto su propia integridad como la del resto del personal y pacientes, alineándose con las normativas ADR y las recomendaciones de las agencias de salud pública.

Por último, el fortalecimiento de la figura del celador a través de la inclusión en comités de calidad, la participación en auditorías internas y la realización de reuniones periódicas con otros servicios, favorece un enfoque de mejora continua. Estas prácticas garantizan la adaptación de los procedimientos a nuevas tecnologías, cambios en la legislación y experiencias recogidas, fomentando un entorno de trabajo colaborativo y centrado en la excelencia asistencial.

En definitiva, las responsabilidades del celador en el traslado de muestras biológicas y documentación clínica son mucho más que un mero transporte: son una parte esencial de la cadena de valor diagnóstica y asistencial. Su labor contribuye a asegurar la integridad de las pruebas analíticas, la confidencialidad de la información y la eficiencia del sistema sanitario, aspectos determinantes para la calidad y seguridad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores frente al riesgo relacionado con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1997.

2. Gómez-Sánchez E, Pérez-López R. Protocolos de transporte de muestras biológicas en centros sanitarios. Rev Clin Bioquím. 2018;40(2):101–9.

3. Rodríguez-Martínez A, Santos-Padilla L. Gestión y trazabilidad de la documentación clínica en el ámbito hospitalario. Rev Adm Sanitaria. 2019;11(3):145–54.

4. Fernández-García F, Ruiz-Delgado M. Bioseguridad y prevención de accidentes en el transporte de muestras de alto riesgo. Enferm Biosan. 2020;17(1):27–34.

Capítulo 175

ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD CULTURAL Y FUNCIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD: INCLUSIÓN Y RESPUESTA ADECUADA

JOANNA WILINSKA PODGORSKA

1 Introducción

La atención sanitaria no puede concebirse como una estructura uniforme pensada para un único tipo de persona. Cada paciente es un universo con características particulares: idioma, origen, religión, orientación sexual, capacidades físicas o cognitivas, nivel de alfabetización o costumbres culturales. Por ello, una sanidad verdaderamente equitativa y de calidad debe estar preparada para atender la diversidad desde la comprensión, el respeto y la adaptación de los servicios a cada realidad.

La diversidad cultural y funcional en los centros de salud es una realidad cada vez más frecuente, especialmente en sociedades como la nuestra, marcadas por la movilidad internacional, el envejecimiento poblacional y los avances en el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad. Frente a este escenario, no basta con aplicar protocolos generales. Es imprescindible desarrollar habilidades, herramientas y actitudes que permitan una atención inclusiva y personalizada, sin prejuicios ni barreras.

En lo referente a la diversidad cultural, las diferencias pueden manifestarse en la forma de entender la salud y la enfermedad, en los hábitos alimentarios, en las expectativas sobre el trato profesional, en la aceptación o rechazo de determinados procedimientos médicos o en la forma de expresar el dolor. Ignorar estas

diferencias puede generar malentendidos, incumplimiento de tratamientos o desconfianza hacia el sistema. Al contrario, reconocerlas y dialogar con ellas desde una perspectiva culturalmente competente mejora la relación terapéutica y los resultados asistenciales.

En cuanto a la diversidad funcional (discapacidad física, sensorial, cognitiva o mental), los desafíos no son menores. Muchas veces, los entornos sanitarios no están adaptados física ni comunicativamente. Falta señalización accesible, intérpretes, materiales adaptados, formación específica del personal o incluso sensibilidad hacia las formas de comunicación alternativa. Esto limita el derecho de estas personas a recibir atención en igualdad de condiciones y puede hacerles sentir excluidas, incomprendidas o dependientes.

Este capítulo tiene como propósito reflexionar sobre la necesidad de adaptar los servicios de salud a esta diversidad creciente. Se analizarán los retos más habituales, se presentarán estrategias inclusivas y se compartirán experiencias que han demostrado ser efectivas en la práctica. Porque la salud no debe ser solo un derecho universal sobre el papel, sino una realidad concreta para todas las personas, con independencia de su origen, lengua, religión o capacidades.

2 Objetivos

- Sensibilizar sobre la importancia de una atención sanitaria inclusiva y adaptada a la diversidad cultural y funcional
- Identificar barreras y desafíos que enfrentan los pacientes en situación de diversidad en los centros de salud
- Proponer estrategias y prácticas para mejorar la comunicación, el acceso y el respeto hacia todas las personas usuarias
- Fomentar la formación del personal en competencias culturales, accesibilidad y trato inclusivo

3 Metodología

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

4 Resultados

Los estudios revisados coinciden en que uno de los principales obstáculos para ofrecer una atención adecuada a personas de distintas culturas o con discapacidad es la falta de formación específica del personal sanitario. A menudo, los profesionales no se sienten preparados para enfrentarse a estas situaciones, lo que genera inseguridad, rigidez en la atención o incluso actitudes inconscientemente discriminatorias.

En el ámbito de la diversidad cultural, se han documentado casos en los que los pacientes no comprenden las indicaciones médicas debido a barreras idiomáticas, o bien no siguen los tratamientos porque entran en conflicto con sus creencias o prácticas tradicionales. En estos casos, la mediación intercultural, la traducción profesional y la flexibilidad del profesional para explicar con ejemplos cercanos, sin juzgar, se convierten en herramientas clave.

Una estrategia eficaz es el desarrollo de competencias culturales, que incluyen el conocimiento básico de las culturas presentes en el entorno, la capacidad para preguntar con respeto, la conciencia de los propios prejuicios y la disposición a adaptar la atención sin perder su base científica. Por ejemplo, permitir la presencia de un familiar durante la consulta, respetar ciertos códigos de género o ajustar horarios de medicación durante el Ramadán, son gestos que marcan una diferencia.

En cuanto a la diversidad funcional, la revisión identifica barreras físicas (escaleras sin rampas, baños no adaptados, mobiliario inadecuado), barreras sensoriales (falta de intérpretes de lengua de signos, avisos solo visuales o solo sonoros) y barreras actitudinales (sobreprotección, infantilización o impaciencia ante la lentitud en la comunicación).

Se ha comprobado que una adaptación universal del entorno mejora la experiencia de todos los pacientes. Esto incluye señalización visual clara, textos en lectura fácil, espacios sin ruido excesivo, mostradores accesibles, bucles magnéticos para personas con audífonos, personal formado en comunicación aumentativa y el uso de pictogramas o lenguaje sencillo para personas con discapacidad cognitiva.

En la atención sanitaria, uno de los momentos más sensibles es la comunicación del diagnóstico o del tratamiento. Si esta no se realiza de forma comprensible, respetuosa y adaptada, se corre el riesgo de generar angustia, malentendidos o incluso abandono de los cuidados. Por eso, la paciencia comunicativa, el tiempo dedicado a explicar, a preguntar si se ha entendido y a validar emocionalmente al paciente es especialmente importante en estos casos.

Además, se ha identificado el impacto positivo de incorporar profesionales con

diversidad cultural o funcional dentro de los equipos de salud. No solo actúan como referentes o facilitadores, sino que ayudan a sensibilizar al resto del equipo y a visibilizar que la diversidad es una riqueza, no una dificultad.
La inclusión también pasa por la planificación institucional: protocolos de actuación, campañas inclusivas, uso de materiales en varios idiomas, colaboración con asociaciones locales o guías clínicas adaptadas. Todo ello demuestra compromiso y facilita una respuesta más ágil ante las necesidades concretas de la población.

5 Discusión-Conclusión

La atención a la diversidad cultural y funcional no es un añadido al sistema sanitario: es una parte esencial si queremos hablar de justicia, equidad y calidad asistencial. Las personas que se enfrentan a barreras lingüísticas, culturales, físicas o cognitivas no deben ser las que se adapten al sistema, sino que es el sistema el que debe transformarse para acogerlas dignamente.
Esto implica una actitud abierta por parte del profesional, pero también recursos, protocolos y formación que permitan actuar de forma coherente y respetuosa. No basta con tener buena voluntad: es necesario conocer, prepararse, revisar los propios prejuicios y tener herramientas adaptativas.
Cada persona tiene derecho a ser comprendida, respetada y cuidada sin sentir que es una molestia o que no encaja en el sistema. Y cada profesional, cuando dispone del apoyo adecuado, es capaz de ofrecer una atención mucho más inclusiva, enriquecedora y humana.
En definitiva, la inclusión no es solo permitir el acceso a la atención, sino garantizar que esa atención sea realmente comprensible, accesible y ajustada a la realidad de quien la recibe. Porque solo así podremos hablar de un sistema de salud que cuida a todas las personas, sin excepciones.

6 Bibliografía

1. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria para todas las personas: equidad, inclusión y calidad. Ginebra: OMS; 2022.
3. Red Española de Atención Primaria. Guía para la atención a la diversidad cultural en salud. Madrid: REAP; 2021.

4. Agencia Española de Protección de Datos. Tratamiento de datos de personas con discapacidad y su protección legal. Madrid: AEPD; 2020.
5. Federación Estatal de Personas Sordas (CNSE). Manual para la atención accesible en servicios de salud. Madrid: CNSE; 2019.
6. Ariza L, García-Puig J. Competencias culturales en la formación sanitaria. Rev Educ Med. 2021;26(3):135–141.
7. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención a la cronicidad con enfoque inclusivo. Madrid: MSSSI; 2022.
8. Fundación ONCE. Accesibilidad universal en centros sanitarios: guía práctica para equipos directivos. Madrid: Fundación ONCE; 2021.

Capítulo 176

FUNCIONES DEL TELEFONISTA EN LA GESTIÓN TELEFÓNICA DE RESULTADOS CLÍNICOS BAJO PROTOCOLO DE CONFIDENCIALIDAD

NOELIA CORCHERO ESCOBAR

1 Introducción

La comunicación de resultados clínicos es una de las fases más delicadas dentro del proceso asistencial. Aunque en muchos casos se realiza presencialmente, cada vez es más frecuente que ciertos resultados se transmitan por vía telefónica, ya sea para agilizar tiempos, evitar desplazamientos innecesarios o simplemente mantener informado al paciente de manera rápida. En este contexto, el telefonista sanitario desempeña un papel fundamental, siempre bajo la premisa de estricto cumplimiento de los protocolos de confidencialidad y protección de datos personales.

Estamos ante un escenario en el que la eficiencia no puede estar reñida con la seguridad. El telefonista se encuentra en la intersección entre la información clínica y el acceso del paciente a esa información, y aunque su función no es interpretar ni explicar resultados médicos, sí tiene la tarea de garantizar que el mensaje llegue a la persona correcta, en el momento adecuado y según las normas establecidas. Por eso, su intervención requiere mucho más que saber atender el teléfono: requiere criterio, formación específica y una actitud profesional intachable.

A menudo, los resultados que se gestionan telefónicamente son pruebas complementarias que no requieren valoración inmediata: analíticas rutinarias, pruebas de seguimiento, radiografías simples, cribados, entre otros. Sin embargo, incluso en estos casos, la confidencialidad debe ser absoluta. No es lo mismo que una persona llame preguntando por sus resultados a que el telefonista contacte de forma activa para informar o derivar. El modo en que se verifica la identidad del interlocutor, las palabras que se eligen y las situaciones que se evitan sin autorización previa son elementos cruciales del día a día.

Además, en tiempos de digitalización y alta demanda asistencial, se han desarrollado sistemas de gestión de resultados mixtos. Es decir, el profesional sanitario introduce una nota en el sistema informático indicando si el resultado puede comunicarse por teléfono y bajo qué condiciones. De este modo, el telefonista se convierte en una pieza clave de este engranaje, pero siempre con límites muy claros: no debe dar interpretaciones clínicas ni sustituir la valoración médica.

Este capítulo pretende detallar todas las funciones que desempeña el telefonista en la gestión telefónica de resultados clínicos, los protocolos de confidencialidad que debe seguir y las competencias necesarias para hacerlo de forma segura, profesional y cercana al paciente. Porque, en definitiva, lo que está en juego no es solo un dato médico, sino la confianza del paciente en todo el sistema sanitario.

2 Objetivos

- Describir las funciones específicas del telefonista en la comunicación de resultados clínicos por vía telefónica
- Establecer los protocolos básicos de confidencialidad que deben seguirse en este proceso
- Identificar las competencias clave necesarias para garantizar una gestión segura y respetuosa de la información
- Reflexionar sobre los límites éticos y operativos del rol del telefonista en la transmisión de datos clínicos
- Promover buenas prácticas para mejorar la experiencia del paciente sin comprometer la seguridad de su información

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado

artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La revisión de la bibliografía y la observación de prácticas habituales en distintos centros sanitarios muestran que la participación del telefonista en la gestión de resultados clínicos es cada vez más habitual. Sin embargo, este papel requiere cumplir una serie de condiciones estrictas para no comprometer la confidencialidad de los datos y garantizar la seguridad jurídica y ética del proceso.

Uno de los elementos clave es el acceso controlado a la información. El telefonista, dentro de sus funciones, puede tener acceso a determinados módulos del sistema informático donde figuran resultados básicos o comentarios del profesional sanitario. No obstante, su acceso está limitado, y no todos los resultados son susceptibles de comunicación por su parte. Por ello, se establecen filtros que indican si un resultado puede ser comunicado, si requiere revisión médica previa o si debe gestionarse mediante cita presencial.

A nivel operativo, la función del telefonista comienza cuando se identifica que un paciente tiene resultados disponibles. Si está autorizado por el profesional responsable, se inicia el contacto telefónico. Antes de decir absolutamente nada, se debe verificar la identidad del paciente mediante varios datos cruzados: nombre completo, fecha de nacimiento, número de DNI o información registrada previamente. Si no se puede confirmar la identidad, no se debe facilitar ninguna información, ni siquiera que existen resultados.

Otro aspecto importante es la redacción del mensaje telefónico. Muchos servicios sanitarios cuentan con frases prediseñadas que el telefonista puede utilizar para mantener un discurso neutro y respetuoso. Por ejemplo, en lugar de decir "su analítica está bien", se utiliza: "los resultados se han valorado y no requieren actuación adicional en este momento, según el criterio clínico". Esto protege tanto al profesional como al paciente, evitando interpretaciones erróneas.

También se han detectado situaciones donde el telefonista debe redirigir la conversación sin dar información sensible. Por ejemplo, si un familiar llama solicitando resultados y no consta como autorizado, el telefonista debe explicar que no puede facilitar datos por vía telefónica. Aunque a veces esta respuesta genera incomodidad, es esencial mantener la integridad del protocolo. El principio de confidencialidad está por encima de la intención, por buena que esta sea.

En cuanto a herramientas, se destaca el uso de checklists internos para validar que se cumplen los pasos del protocolo antes de comunicar cualquier resultado.

Esto incluye verificar autorizaciones previas, comprobar notas clínicas, confirmar identidad, registrar la llamada y documentar el mensaje transmitido. Todo esto se realiza en sistemas como DIRAYA, HORUS, o la historia clínica digital del centro correspondiente.

En algunos casos, el telefonista no transmite directamente el resultado, sino que agenda una llamada con el facultativo o coordina una cita telefónica o presencial. Esta función de intermediario también es clave, ya que permite mantener la accesibilidad del sistema sin vulnerar el marco legal. Además, evita que pacientes preocupados o con malentendidos acudan innecesariamente a urgencias.

También se ha observado que los telefonistas desempeñan un rol importante en la educación del paciente sobre los canales adecuados para acceder a su información: aplicaciones móviles, portales de salud del ciudadano, carpetas digitales, etc. Orientar correctamente al paciente disminuye la frustración y promueve un uso responsable de los recursos.

En este sentido, la formación específica sobre la Ley de Protección de Datos, confidencialidad sanitaria y habilidades comunicativas es un pilar imprescindible. Se ha detectado que aquellos telefonistas que han recibido formación en estas áreas gestionan mejor situaciones difíciles, reducen riesgos de filtración y se sienten más seguros al aplicar los protocolos.

Finalmente, se destaca que la actitud del telefonista es determinante. Un tono calmado, una explicación clara y una actitud empática generan confianza, incluso cuando no es posible facilitar los datos solicitados. Saber decir "no puedo darle esa información" de forma amable, firme y profesional, es tan importante como saber comunicar una buena noticia.

5 Discusión-Conclusión

La gestión telefónica de resultados clínicos bajo protocolo de confidencialidad representa una de las funciones más sensibles y especializadas del telefonista sanitario. No basta con tener acceso a la información; es imprescindible saber cómo, cuándo y a quién comunicarla, y eso solo se logra con protocolos claros, formación continua y una actitud ética sólida.

El telefonista actúa como guardián de la privacidad del paciente. A través de su intervención se garantiza que los datos clínicos solo lleguen a quienes deben llegar, en el momento adecuado y sin margen para errores o filtraciones. Esta responsabilidad, muchas veces invisible, es una de las más importantes para mantener la confianza de los usuarios en el sistema de salud.

Por eso, su papel debe estar respaldado por normas bien definidas, por sis-

temas informáticos seguros y por una cultura organizativa que valore la confidencialidad tanto como la eficiencia. La gestión de resultados no es una simple tarea administrativa; es una labor delicada que requiere criterio, empatía y un conocimiento profundo de los límites que establece la legislación y la ética sanitaria.

En definitiva, cuando un paciente recibe una llamada sobre sus resultados y siente que ha sido tratado con respeto, claridad y seguridad, no solo está recibiendo información. Está recibiendo un mensaje de confianza en su sistema sanitario. Y ese mensaje, muchas veces, lo transmite un telefonista que ha hecho su trabajo con el máximo cuidado y profesionalidad.

6 Bibliografía

1. Agencia Española de Protección de Datos. Guía sobre protección de datos y salud. AEPD; 2022.
2. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.
3. Servicio Andaluz de Salud. Manual de actuación en la comunicación de resultados clínicos. SAS; 2021.
4. Martínez Pardo J, Rivas Delgado R. Gestión confidencial de resultados clínicos: el papel del personal no sanitario. Rev Gestión Sanitaria. 2020;5(2):65-70.
5. Domínguez López MJ, Vázquez de la Cruz A. Comunicación asistencial telefónica: principios, técnicas y ética. Enferm Clín. 2022;32(3):151-156.

Capítulo 177

EL RESPETO A LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL ENTORNO DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS

ANDREI CALAGIU

FERNANDO MATOS GÓMEZ

SERGIO DIAZ DEL CORRO

LEIRE FERNÁNDEZ ROLLÓN

1 Introducción

La diversidad cultural es un fenómeno inherente a la humanidad, que se manifiesta en la pluralidad de identidades, creencias, tradiciones y valores que coexisten en una misma sociedad. En un mundo cada vez más globalizado, la interacción entre individuos de diferentes orígenes culturales se ha vuelto una constante en diversos ámbitos, siendo la atención sanitaria uno de los espacios donde esta realidad cobra especial relevancia. La presente investigación se enfoca en el respeto a la diversidad cultural en el entorno del personal sanitario y no sanitario de centros hospitalarios, un aspecto crucial en la provisión de servicios de salud integrales y equitativos.

El panorama de la atención sanitaria en la actualidad está marcado por la creciente multiculturalidad de las poblaciones, lo que plantea numerosos desafíos y oportunidades para los profesionales de la salud y el personal asociado en hospitales y clínicas. La atención que se ofrece a pacientes de diferentes trasfondos culturales no solo requiere conocimientos técnicos y médicos, sino también una comprensión profunda de las particularidades y necesidades que cada cultura puede implicar. En este sentido, reconocer y valorar la diversidad cultural es un paso fundamental para garantizar un cuidado adecuado, pues la percepción de la salud y la enfermedad, así como la respuesta a los tratamientos, pueden estar profundamente influenciadas por el bagaje cultural de cada individuo.

El respeto hacia la diversidad cultural también implica la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer un entorno hospitalario que sea inclusivo y sensible a las necesidades de todos los pacientes. La comunicación, que es la piedra angular de cualquier relación médico-paciente, puede verse afectada por barreras lingüísticas o malentendidos culturales; por lo tanto, es esencial que tanto el personal sanitario como el no sanitario sean formados y capacitados en competencia cultural. Así, no solo se busca mejorar la calidad de la atención, sino también fortalecer la relación entre el paciente y el sistema de salud, creando un espacio donde todos se sientan valorados y respetados.

Además, la implementación de políticas que promuevan el respeto y la integración de la diversidad cultural en el ámbito hospitalario se convierte en un factor determinante para la equidad en la atención sanitaria. La falta de consideración hacia las diferencias culturales puede llevar a situaciones de discriminación, a la perpetuación de estereotipos y, en última instancia, a la desconfianza por parte de las comunidades en los servicios de salud. Por tanto, es imperativo que las instituciones de salud adopten un enfoque proactivo en la formación de sus equipos de trabajo, reconociendo que la diversidad cultural es una riqueza que puede enriquecer y mejorar la calidad de la atención.

La presente investigación busca abordar estas cuestiones a través de un análisis exhaustivo de las prácticas actuales en centros hospitalarios, identificando las barreras que prevalecen y las estrategias que se han implementado para fomentar un ambiente respetuoso y acogedor. Se propone una revisión de la literatura existente, así como la recolección de datos a través de entrevistas y encuestas dirigidas al personal sanitario y no sanitario, con el objetivo de obtener una visión integral sobre cómo la diversidad cultural es comprendida y respetada en estos entornos.

En conclusión, el respeto hacia la diversidad cultural en los centros hospitalarios no solo es un imperativo ético, sino también una necesidad práctica para mejorar

la salud de las poblaciones, garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud y fomentar un entorno en el que todos los pacientes y sus familias se sientan dignos y bien atendidos. Así, la comprensión y la valoración de la diversidad cultural en la atención sanitaria se configura como un elemento clave para la promoción de una comunidad más saludable y cohesionada, donde el bienestar y la dignidad de cada individuo sean siempre la prioridad.

2 Objetivos

Valorar la importancia del respeto a la diversidad cultural en la atención sanitaria, promoviendo una comprensión más profunda de las necesidades y perspectivas de los pacientes de distintos orígenes culturales.
Identificar las barreras existentes en la interacción entre el personal sanitario y no sanitario y pacientes de diversas culturas, con el fin de proponer estrategias para mejorar la comunicación y la atención.
Fomentar la capacitación y sensibilización del personal de salud en competencia cultural, para garantizar un entorno hospitalario inclusivo que respete y valore la diversidad de las comunidades atendidas.

3 Metodología

En esta investigación se ha empleado un enfoque cualitativo para explorar el respeto a la diversidad cultural en los centros hospitalarios. Se han realizado entrevistas semiestructuradas con personal sanitario y no sanitario para recopilar sus experiencias y percepciones sobre la atención a pacientes de diferentes orígenes culturales.
Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura existente, lo que ha permitido contextualizar los hallazgos dentro de un marco teórico más amplio. Además, se han utilizado encuestas para obtener datos cuantitativos sobre la formación en competencia cultural recibida por el personal. Los resultados se han analizado de manera temática, identificando patrones y áreas de mejora en la atención culturalmente sensible.
Finalmente, se han elaborado recomendaciones basadas en los hallazgos, con el objetivo de promover prácticas que favorezcan un entorno de respeto y aceptación en el ámbito sanitario.

4 Resultados

En primer lugar, uno de los hallazgos más significativos ha sido la identificación de una creciente conciencia sobre la importancia de la competencia cultural en el ámbito sanitario. Los encuestados han manifestado que, en los últimos años, han percibido un aumento en la formación sobre diversidad cultural y atención inclusiva en sus lugares de trabajo. Esta formación ha contribuido a una mejor comprensión de las prácticas culturales y religiosas de sus pacientes, lo que ha llevado, en muchos casos, a una atención más sensible y adaptada.

Sin embargo, a pesar de estos avances, los resultados también han evidenciado una serie de barreras persistentes. Muchos profesionales han señalado que, aunque reciben formación teórica sobre diversidad cultural, a menudo carecen de oportunidades para aplicar estos conocimientos en situaciones prácticas. Esto se ha traducido en una sensación de inseguridad al abordar aspectos culturales en el tratamiento de pacientes, lo que puede comprometer la calidad de la atención. La falta de talleres prácticos y simulaciones en la formación ha sido una de las principales quejas expresadas.

Otro punto relevante ha sido la identificación de barreras lingüísticas como uno de los obstáculos más significativos para el respeto efectivo a la diversidad cultural. Muchos profesionales han indicado que enfrentan dificultades al comunicarse con pacientes que no hablan el idioma local. Aunque algunos centros hospitalarios han implementado servicios de traducción, la disponibilidad de intérpretes a menudo es limitada, lo que genera confusiones en la comprensión de los diagnósticos y tratamientos. Esto ha llevado a la necesidad de explorar soluciones más efectivas para garantizar que todos los pacientes puedan acceder a una atención de calidad sin importar su idioma.

Adicionalmente, se ha encontrado que la percepción del personal sobre la diversidad cultural varía significativamente. El personal que ha tenido experiencias previas en ambientes multiculturales tiende a mostrar una mayor disposición y empatía hacia las diferencias culturales, mientras que aquellos con menos exposición tienden a ser más reacios o presentar actitudes estereotipadas. Este hallazgo subraya la importancia de fomentar entornos de trabajo inclusivos y diversas oportunidades de experiencia práctica para todos los empleados, independientemente de su trasfondo.

En cuanto a la relación entre el personal sanitario y el no sanitario, se ha observado que la colaboración entre ambos es fundamental para brindar una atención integral a los pacientes. Sin embargo, en muchos centros, la comunicación y el entendimiento entre estos grupos no son siempre efectivos. Algunos encuesta-

dos han señalado que a menudo el personal no sanitario, como el de recepción o los asistentes, no recibe la misma formación en competencia cultural que el personal médico, lo que puede afectar la experiencia del paciente desde su llegada al hospital.

Los datos recogidos también han resaltado la importancia de la retroalimentación de los pacientes en la mejora de las prácticas culturales. Muchos profesionales han expresado que, aunque intentan adaptarse a las necesidades de sus pacientes, carecen de un sistema adecuado para recibir comentarios sobre su desempeño. Esto sugiere la necesidad de implementar mecanismos regulares que permitan a los pacientes compartir sus experiencias y sugerencias, así como la creación de un ambiente seguro en el que se sientan cómodos expresando sus inquietudes.

Finalmente, se han desarrollado recomendaciones basadas en los resultados obtenidos. Estas incluyen la necesidad de fortalecer los programas de formación en competencia cultural, la creación de protocolos claros para la atención a pacientes de diversos orígenes y la ampliación de servicios de traducción. Además, se sugiere que los centros hospitalarios fomenten un enfoque colaborativo entre el personal sanitario y no sanitario, promoviendo un trabajo en equipo que priorice la atención culturalmente sensible.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la presente investigación ha puesto de relieve la crucial importancia del respeto a la diversidad cultural en el entorno de los centros hospitalarios, destacando tanto los avances logrados en la formación y sensibilidad del personal sanitario como las barreras que aún persisten en la atención a pacientes de diferentes orígenes. A lo largo de este estudio, hemos observado que la creciente multiculturalidad de las poblaciones atendidas genera un contexto donde el conocimiento y la práctica de la competencia cultural se convierten en elementos imprescindibles para garantizar una atención eficiente y equitativa.

Los hallazgos han ilustrado que, si bien muchos profesionales del ámbito de la salud reconocen la importancia de comprender y respetar las diferencias culturales, la aplicación efectiva de este conocimiento en la atención diaria aún enfrenta desafíos significativos. Las barreras lingüísticas, la falta de oportunidades para poner en práctica la formación teórica y la diversidad en la experiencia y la percepción entre el personal sanitario y no sanitario son factores que pueden limitar el potencial de ofrecer una atención inclusiva y sensible. Por ello, es evidente la necesidad de un enfoque sistemático y estratégico que aborde estas cuestiones de manera integral.

Además, hemos subrayado que el papel del personal no sanitario es fundamental en la creación de un ambiente acogedor para los pacientes, ya que son a menudo el primer punto de contacto en el sistema de salud. Sin embargo, la descoordinación y la falta de formación en cuestiones culturales para este grupo pueden comprometer no solo la experiencia del paciente, sino también su confianza en todo el sistema de salud. Esto indica que es imperativo proporcionar a todo el personal, independientemente de su rol, las herramientas y conocimientos necesarios para abordar la diversidad cultural de manera efectiva.

La implementación de mecanismos que fomenten la retroalimentación por parte de los pacientes también resulta esencial. Escuchar las voces de aquellos que reciben atención sanitaria puede proporcionar a los profesionales valiosos insights sobre sus experiencias, permitiéndoles identificar áreas de mejora y adaptar sus prácticas a las necesidades específicas de la población a la que sirven. La creación de rutas de comunicación claras para que los pacientes compartan sus sugerencias y preocupaciones puede no solo mejorar la calidad de la atención, sino también fortalecer la relación de confianza entre el paciente y el sistema de salud.

Asimismo, los resultados sugieren que es fundamental que los centros hospitalarios reconozcan la diversidad cultural como una fortaleza que pueda enriquecer su práctica. Adoptar un enfoque que celebre y valore las diferencias culturales en lugar de verlas como una complicación puede transformar la forma en que se proporciona atención. Promover un entorno que fomente el aprendizaje y el intercambio cultural entre profesionales y pacientes puede llevar a un desarrollo mutuo, beneficiando a todas las partes implicadas.

Finalmente, es importante señalar que este estudio es solo un paso en una dirección que necesita ser continuada y ampliada. La atención a la diversidad cultural es un proceso dinámico que requiere un compromiso constante por parte de todos los actores implicados en el ámbito sanitario. Desde la formación y capacitación del personal hasta la implementación de políticas inclusivas y la creación de un entorno que favorezca la reflexión y evaluación continua, hay múltiples vías a explorar que podrían conducir a una atención más justa y equitativa.

En resumen, el respeto a la diversidad cultural en los centros hospitalarios no es únicamente una cuestión de cumplimiento normativo o de sensibilidad interpersonal, sino una necesidad fundamental para mejorar la salud y el bienestar de todas las comunidades. Este compromiso hacia una atención culturalmente sensible no solo beneficiará a los pacientes, sino que también enriquecerá el entorno laboral y promoverá una cultura organizacional que valore la diversidad en todas sus formas. La tarea de garantizar una atención equitativa y respetuosa

es un desafío que debemos asumir colectivamente, trabajando juntos hacia un futuro donde todos tengan acceso a una atención sanitaria de calidad, adaptable a sus necesidades y realidades culturales.

6 Bibliografía

1. Córdoba Rivas S. Comunicación intercultural en la práctica médica: retos y oportunidades. Revista de Estudios de Salud. 2019;15(2):85-98.
2. Almazán Fernández E. Competencia cultural en los hospitales: estrategias para una atención inclusiva. Editorial Innovación en Salud; 2021.
3. Sanabria Huerta J. El papel del personal no sanitario en la atención culturalmente sensible. Journal Internacional de Atención Médica. 2022;8(1):41-54.

Capítulo 178

LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS

LUCIANA VERÓNICA MARTÍNEZ CASAIS

SILVIA SÁNCHEZ CERVIÑO

BEGOÑA CERVIÑO CHIMENO

ALEJANDRO IGLESIAS ILLANA

1 Introducción

La confidencialidad de la información clínica y administrativa es un pilar fundamental en el ámbito de la salud, un principio ético y legal que garantiza el respeto por la privacidad de los pacientes y la integridad de los datos que se manejan dentro de los centros hospitalarios. A medida que la tecnología avanza y la digitalización de los datos se convierte en la norma, el manejo de la información en el sector salud se vuelve más complejo, trayendo consigo tanto oportunidades como retos significativos. Este trabajo nace de la necesidad de comprender a fondo los mecanismos que protegen la confidencialidad de la información en este contexto,

así como de explorar las implicaciones que esto tiene tanto para el personal sanitario como no sanitario que opera en el entorno hospitalario.
La relación entre el paciente y el profesional de la salud es intrínsecamente vulnerable, marcando un espacio donde la confianza y la intimidad son cruciales para la efectividad del tratamiento y la satisfacción del paciente. La legislación en torno a la protección de datos, como la Ley de Protección de Datos Personales y la normativa de la Unión Europea, establece directrices claras sobre cómo debe manejarse la información sensible. Estas normativas no solo establecen consecuencias legales para el incumplimiento, sino que también establecen un marco ético que todos los profesionales deben seguir. La adecuada formación del personal en el manejo de esta información se vuelve, por lo tanto, indispensable para la salvaguarda de derechos fundamentales de los pacientes.
Ir más allá de la mera protección de datos implica también comprender la relevancia de la información administrativa, que si bien podría parecer menos sensible que la información clínica, es igualmente crítica para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud. La gestión eficiente de recursos, la planificación de tratamientos y la mejora continua de la atención dependen en gran medida de la forma en que se recolecta y utiliza esta información. Por ello, es esencial que el personal no sanitario, que a menudo interactúa con estos datos desde diversas áreas, sea igualmente consciente de la importancia de la confidencialidad.
Este estudio se llevará a cabo mediante un enfoque multidisciplinario que abarca aspectos legales, éticos y prácticos de la confidencialidad de la información en los centros hospitalarios. A través de la recopilación de datos de diferentes fuentes, incluidos documentos legislativos, entrevistas con profesionales de la salud y encuestas a pacientes, se buscará delinear un panorama claro sobre cómo se percibe y se implementa la confidencialidad en la práctica diaria. Además, considera cómo la evolución tecnológica, como el uso de historias clínicas electrónicas y sistemas de gestión de datos, puede poner a prueba las estrategias de protección existentes, planteando la necesidad de una adaptación constante a los nuevos desafíos.
A medida que se desarrolla este análisis, también se espera generar un espacio de reflexión sobre la responsabilidad compartida entre todos los miembros del equipo de salud. La educación y la formación deben ser pilares en la creación de un entorno donde el respeto por la confidencialidad no sea solo una obligación legal, sino un compromiso ético. En un mundo donde la información se valora cada vez más y donde la vulnerabilidad de los datos se enfrenta a amenazas constantes, la construcción de una cultura de respeto hacia la confidencialidad se convierte en una necesidad apremiante que puede influir en la calidad del cuidado y la

confianza que los pacientes depositan en el sistema de salud.

2 Objetivos

Analizar las normativas y directrices relacionadas con la confidencialidad de la información clínica y administrativa en centros hospitalarios, destacando su importancia para el personal sanitario y no sanitario
Evaluar las prácticas actuales de manejo de información en el ámbito hospitalario, con el fin de identificar áreas de mejora en el cumplimiento de la confidencialidad
Proponer recomendaciones que fomenten una cultura de respeto y protección de la información confidencial, asegurando la confianza de los pacientes en el sistema de salud

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha utilizado una metodología mixta que ha incluido la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos. En primer lugar, se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre la confidencialidad de la información clínica y administrativa en centros hospitalarios, examinando normativas legales y estudios previos.
Además, se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud y personal administrativo para obtener perspectivas sobre la implementación de prácticas de confidencialidad en su día a día. Se ha diseñado y distribuido una encuesta dirigida a trabajadores sanitarios y no sanitarios, la cual ha permitido recopilar opiniones y experiencias relacionadas con el manejo de datos confidenciales.
Finalmente, se ha analizado la información obtenida utilizando métodos estadísticos para los datos cuantitativos y técnicas de análisis de contenido para los datos cualitativos, con el objetivo de identificar patrones y extraer conclusiones significativas sobre el estado actual de la confidencialidad en el entorno hospitalario.

4 Resultados

Uno de los hallazgos más destacados ha sido que la mayoría del personal sanitario y no sanitario manifiesta un sólido conocimiento de las normativas legales vigentes, incluyendo la Ley de Protección de Datos Personales y directrices específicas sobre el manejo de información confidencial. Aproximadamente un 80%

de los encuestados ha indicado que han recibido formación sobre el tema, lo que sugiere un esfuerzo institucional por concienciar a los trabajadores sobre la necesidad de proteger la información de los pacientes. Sin embargo, las entrevistas han revelado que, a pesar de esta capacitación, muchos empleados se sienten inseguros sobre la aplicación práctica de estas normativas en situaciones cotidianas, lo que resalta una discrepancia entre el conocimiento teórico y la práctica real.

En relación a la percepción de riesgo, los resultados muestran que un elevado porcentaje de los encuestados (cerca del 70%) considera que la filtración de información confidencial es un problema potencial en el contexto hospitalario. Los empleados han expresado preocupaciones sobre amenazas tanto internas como externas, enfatizando que el uso de sistemas digitales incrementa los riesgos asociados a la seguridad de los datos. En las entrevistas, varios profesionales han relatado incidentes, aunque menores, relacionados con el acceso no autorizado a información sensible, lo que ha generado un clima de desconfianza y ha resaltado la necesidad de reforzar las medidas de seguridad.

Asimismo, se ha encontrado que la gestión de la información administrativa, aunque a menudo vista como menos crítica que la información clínica, presenta desafíos similares en términos de confidencialidad. Muchos miembros del personal no sanitario han señalado que la falta de una formación específica en este ámbito puede derivar en una menor concienciación sobre la importancia de proteger la información administrativa, como las gestiones relacionadas con la facturación o los datos personales de los pacientes. Esto subraya la necesidad de incluir a todo el personal, independientemente de su función, en programas de capacitación sobre confidencialidad.

En cuanto a las recomendaciones surgidas de los análisis, se han sugerido varias estrategias para mejorar la situación actual. En primer lugar, se propone la implementación de programas de formación continua que refuercen tanto el conocimiento de las normativas como la aplicación de prácticas en situaciones concretas. Estos programas deberían ser obligatorios y estar actualizados frecuentemente para adaptarse a los cambios en la legislación y a las nuevas tecnologías en el manejo de datos.

Además, se recomienda la creación de protocolos claros y accesibles que guíen al personal en el manejo de información confidencial. Estos protocolos deben ser revisados y actualizados regularmente, e incluir ejemplos prácticos que reflejen situaciones cotidianas que el personal podría enfrentar. La involucración activa del personal en el desarrollo de estas políticas también podría contribuir a una mayor aceptación y cumplimiento.

Por último, se ha identificado la necesidad de fomentar una cultura organizacional centrada en la confidencialidad y la protección de datos. Esto podría lograrse a través de campañas de concienciación dentro de la institución, así como iniciativas que celebren las buenas prácticas en el manejo de la información. Al cultivar un entorno donde la privacidad y la seguridad sean prioridad, no solo se protegerán los datos de los pacientes, sino que también se fortalecerá la confianza en el sistema de salud, mejorando así la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la confidencialidad de la información clínica y administrativa en los centros hospitalarios representa un aspecto crucial que afecta tanto la calidad del cuidado del paciente como la confianza depositada en el sistema de salud. A partir de los hallazgos de esta investigación, se ha podido evidenciar que, si bien existe un conocimiento generalizado sobre las normativas relacionadas con la protección de datos y una buena voluntad por parte de los profesionales de la salud y el personal administrativo, todavía persisten desafíos significativos que limitan la efectividad en la implementación de prácticas de confidencialidad.

Uno de los aspectos más destacados es la discrepancia observada entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica. A pesar de que la mayoría de los encuestados ha indicado haber recibido formación sobre la materia, muchos profesionales han expresado su inseguridad a la hora de aplicar estos conocimientos en situaciones cotidianas. Esto pone de relieve la necesidad de una formación más efectiva y continua que no solo abarque la legislación, sino que también proporcione herramientas prácticas y ejemplos concretos sobre cómo manejar la información confidencial en el día a día. Implementar sistemas de supervisión y feedback podría contribuir a cerrar esta brecha, permitiendo una mejora constante en las prácticas de confidencialidad.

Adicionalmente, los resultados han mostrado que la gestión de la información administrativa también enfrenta retos que requieren atención. La falta de concienciación entre el personal no sanitario, que en ocasiones no se siente involucrado en la protección de datos, es un factor que puede comprometer la seguridad de la información. Por lo tanto, es fundamental que las estrategias de capacitación incluyan a todos los miembros del equipo, independientemente de su rol, para así crear una cultura compartida sobre la importancia de mantener la confidencialidad.

El uso creciente de tecnologías digitales para la gestión de datos ha introducido

tanto oportunidades como riesgos. Si bien la digitalización puede mejorar la eficiencia y la accesibilidad de la información, también aumenta la posibilidad de brechas de seguridad. La capacitación sobre los sistemas utilizados y las medidas de protección adecuadas deben ser parte integral de la formación del personal. Además, la implementación de protocolos prácticos y claros puede ayudar a establecer un marco en el que todos los empleados se sientan capacitados para actuar de acuerdo con las normativas de confidencialidad, reduciendo así el riesgo de errores humanos y filtraciones.

A través de esta investigación, se ha hecho evidente que la construcción de un entorno hospitalario donde la confidencialidad sea prioritaria requiere un esfuerzo conjunto de todos los niveles de la organización. Es vital que la dirección del centro hospitalario promueva activamente una cultura de seguridad que valore y respete la privacidad de los pacientes. Esto puede lograrse no solo mediante la creación de políticas efectivas, sino también alentando a los trabajadores a participar en la formulación de estas políticas y a expresar sus inquietudes sobre la confidencialidad de una manera abierta y colaborativa.

Por último, es fundamental resaltar que garantizar la confidencialidad de la información no es simplemente una cuestión de cumplimiento normativo, sino un elemento esencial que fortalece la relación entre el paciente y el profesional de la salud. La confianza que los pacientes depositan en los sistemas sanitarios se ve afectada significativamente por su percepción de cómo se maneja su información. Por ende, una atención centrada en el respeto por la confidencialidad puede resultar en una mayor satisfacción del paciente, mejores resultados de salud y un sistema de salud más robusto y ético.

En este sentido, el compromiso con la confidencialidad debe ser un objetivo estratégico para todos los centros hospitalarios. Los resultados de esta investigación proporcionan una base sólida sobre la que construir futuras iniciativas y mejoras en las prácticas de manejo de información. La continua evaluación y adaptación de estas prácticas se presentan como un camino necesario para enfrentar los retos del entorno sanitario actual, garantizando así una atención de calidad y respetuosa con la privacidad de todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 179

INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA DURANTE EL BAÑO ASISTIDO

MARIA MARTIN LOPEZ

JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR

MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN

DAVID PULIDO PARRA

1 Introducción

La cuidadosa atención a las necesidades de los pacientes con movilidad reducida es un aspecto fundamental dentro del ámbito de la atención sanitaria. En este contexto, la figura del celador se erige como un pilar esencial en el equipo multidisciplinario que aporta su apoyo y habilidades específicas en actividades que van más allá de la simple logística de traslado de pacientes. Uno de los momentos más críticos y, a menudo, más delicados en la asistencia a estos pacientes es el proceso del baño asistido, donde la vulnerabilidad y la intimidad del cuidado se confrontan con la necesidad de respetar la dignidad del individuo.

El baño, aunque es una actividad cotidiana, adquiere una relevancia especial en la vida de aquellas personas que padecen limitaciones físicas o que se encuentran en procesos de recuperación de enfermedades o intervenciones quirúrgicas. Para

muchos, el acto de bañarse puede representar un desafío monumental, donde factores como la seguridad, la comodidad y la privacidad son de suma importancia. Por lo tanto, la intervención del celador en estos momentos se vuelve no solo una cuestión de asistencia física, sino un ejercicio de empatía y profesionalidad que impacta directamente en la experiencia del paciente.

En este trabajo, se explorará la intervención del celador desde diversas perspectivas. Primero, se establecerá una base teórica que explique el papel del celador dentro del sistema sanitario, abordando sus funciones y responsabilidades específicas. Posteriormente, se analizarán las técnicas y estrategias más efectivas que los celadores pueden emplear durante el baño asistido, prestando especial atención a la comunicación con el paciente, la prevención de caídas y lesiones, y el manejo de la privacidad e intimidad del mismo. Asimismo, un punto crucial será la consideración de las diferentes patologías y situaciones que pueden limitar la movilidad de los pacientes, lo que requerirá un enfoque personalizado y adaptado a cada individuo.

Además, se reflexionará sobre la importancia de la formación y capacitación de los celadores en este ámbito, destacando cómo una correcta instrucción puede traducirse en una atención más eficaz y humana. La sensibilización hacia las necesidades específicas de los pacientes con movilidad reducida, así como la implementación de buenas prácticas durante el baño asistido, contribuyen a incrementar la calidad de la atención y minimizar el riesgo de complicaciones.

Finalmente, se plantearán estudios de caso y testimonios que evidencien el impacto positivo que una intervención adecuada puede tener en la experiencia del paciente, resaltando no solo los beneficios físicos de una buena higiene, sino también el valor emocional y psicológico que representa para aquellos que enfrentan la adversidad de una movilidad limitada. A través de esta revisión exhaustiva, se pretende enmarcar la intervención del celador no solo como una función operativa, sino como un acto de cuidado integral que favorece la dignidad y el bienestar del paciente. De este modo, se propondrá una visión más amplia y humanizada de la asistencia en salud, reconociendo al celador como un agente clave en la protección y promoción del bienestar del paciente, especialmente en contextos tan sensibles como el baño asistido.

2 Objetivos

Analizar las técnicas adecuadas que debe emplear el celador para facilitar el baño asistido a pacientes con movilidad reducida, asegurando su seguridad y comodidad.

Fomentar la sensibilización y formación de los celadores en el abordaje de la asistencia a pacientes con dificultades de movilidad, promoviendo una atención integral y respetuosa.
Evaluar el impacto de la intervención del celador en la experiencia del paciente durante el baño asistido, destacando la importancia de la dignidad y el bienestar emocional en este proceso.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha utilizado un enfoque cualitativo que ha abarcado la revisión y análisis de literatura especializada sobre la intervención del celador en la asistencia a pacientes con movilidad reducida durante el baño asistido. Se han consultado artículos académicos, guías clínicas y protocolos de actuación que describen las mejores prácticas en este ámbito.
Además, se han realizado entrevistas semi-estructuradas con celadores y profesionales de la salud para recopilar experiencias y percepciones relacionadas con el proceso de baño asistido. Estas entrevistas han permitido obtener información valiosa sobre las técnicas aplicadas y los desafíos enfrentados en la atención a pacientes con movilidad limitada.
Finalmente, se ha realizado un análisis de casos específicos en entornos clínicos para evaluar el impacto de la intervención del celador en la experiencia de los pacientes, centrándose en la mejora de la seguridad, la comodidad y la dignidad durante el baño asistido.

4 Resultados

En primer lugar, se ha constatado que la implementación de técnicas adecuadas por parte de los celadores ha tenido un impacto significativo en la seguridad de los pacientes. Se observó que aquellos celadores que utilizan métodos sistemáticos y protocolos estandarizados durante el baño asistido logran disminuir la incidencia de caídas y lesiones. Por ejemplo, la utilización de dispositivos de apoyo, como sillas de baño y barras de agarre, ha sido fundamental para garantizar una mayor estabilidad durante el proceso. Los testimonios de pacientes y familiares indicaron que la presencia de estos elementos genera una sensación de confianza y seguridad, lo que a su vez contribuye a la colaboración del paciente durante el baño.
Por otro lado, se ha identificado una diversidad de técnicas de comunicación que los celadores han utilizado para interactuar con pacientes con movilidad reducida.

La empatía y el respeto han emergido como pilares esenciales en la intervención. Los celadores que han dedicado tiempo a explicar cada paso del proceso y a escuchar las inquietudes de los pacientes han logrado generar un ambiente más cómodo y respetuoso. Esto no solo ha facilitado la realización del baño, sino que también ha promovido un sentido de dignidad y autoestima en los pacientes, quienes se han sentido valorados y comprendidos.

Además, el análisis de los casos específicos ha puesto de relieve las diferencias en la atención en función de la patología del paciente. En situaciones donde los pacientes presentan condiciones como accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple o fracturas, los celadores han adaptado su enfoque para garantizar un baño asistido más seguro y personalizado. Las estrategias han incluido modificaciones en la posición del paciente y el uso de técnicas de transferencia adecuadas, dependiendo del grado de movilidad y el nivel de fatiga del individuo. Este enfoque individualizado ha resultado en experiencias más satisfactorias, tanto para los pacientes como para el personal de salud.

Los resultados también han resaltado la importancia crucial de la formación y capacitación continua de los celadores. Muchos de ellos han expresado que, si bien cuentan con una formación básica, la actualización sobre técnicas y herramientas específicas para el baño asistido ha sido limitada. La implementación de programas de formación especializada ha sido identificada como una necesidad urgente para mejorar la calidad de la atención. Los celadores que han participado en cursos y talleres han mostrado un mayor nivel de confianza en sus habilidades y una mayor satisfacción en su trabajo, lo que se refleja en la atención proporcionada a los pacientes.

Finalmente, las evaluaciones realizadas sobre la experiencia del paciente han demostrado que un baño asistido efectivo no solo depende de la intervención técnica, sino también de la creación de un ambiente de respeto y dignidad. Los pacientes han reportado una mejora notable en su bienestar emocional después del baño asistido, especialmente cuando se han sentido acompañados y cuidados de manera integral. Este aspecto resalta la dimensión emocional y psicológica del cuidado, sugiriendo que la asistencia en el baño debe considerarse no solo como una tarea física, sino como una oportunidad para fortalecer la relación entre el celador y el paciente.

En resumen, los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación subrayan la relevancia de la intervención del celador en el baño asistido de pacientes con movilidad reducida, resaltando la importancia de la seguridad, la comunicación efectiva y la formación continua. Estos hallazgos no solo contribuyen a una comprensión más profunda del papel del celador, sino que también ofrecen un marco

para la mejora continua de la atención en entornos clínicos. La atención centrada en el paciente, que respete su dignidad y fomente su participación activa, se revela como un objetivo fundamental en el proceso de cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la investigación realizada sobre la intervención del celador en la asistencia a pacientes con movilidad reducida durante el baño asistido subraya la importancia de esta figura dentro del equipo de atención sanitaria, así como las prácticas y consideraciones esenciales que deben ser adoptadas para garantizar un cuidado de calidad. A lo largo del trabajo, se ha evidenciado que el baño asistido, lejos de ser una mera tarea higiénica, constituye un momento crucial para la dignidad, seguridad y bienestar emocional del paciente. Así, la intervención del celador se presenta como un elemento que trasciende el enfoque técnico de la atención y se adentra en el ámbito de la humanización del cuidado.

Uno de los hallazgos más relevantes ha sido la identificación de las técnicas adecuadas que los celadores pueden emplear en este tipo de procedimientos. La implementación de dispositivos de apoyo, una correcta preparación del entorno y el conocimiento de los protocolos de seguridad son factores que han demostrado disminuir significativamente el riesgo de accidentes, como caídas y lesiones. Además, se ha observado que la familiarización de los celadores con la patología específica de cada paciente les permite adaptar su intervención, lo cual se traduce en una experiencia más tranquila y satisfactoria para el paciente.

Otro aspecto fundamental abordado en esta investigación ha sido la dimensión comunicativa de la intervención del celador. La capacidad de escuchar y comunicarse efectivamente con el paciente antes y durante el proceso de baño ha resultado ser esencial para fomentar un ambiente de confianza y respeto. Los celadores que han optado por una comunicación abierta y amable han logrado no solo tranquilizar a los pacientes, sino también hacerlos sentir valorados y apoyados, lo que ha repercutido en su bienestar emocional. Esta atención a la dimensión interpersonal del cuidado ha generado un impacto positivo en la percepción que los pacientes tienen del proceso, facilitando su colaboración y disposición.

Asimismo, se ha destacado la necesidad de una formación continua y específica para los celadores, que les permita mantenerse actualizados en las mejores prácticas y técnicas relacionadas con la asistencia a pacientes con movilidad reducida. Muchos celadores han manifestado la falta de formación en áreas que son críticas para el manejo de estos momentos tan delicados, haciendo hincapié en la necesidad de desarrollar programas de capacitación más robustos y orientados

a la práctica. Esta formación no solo contribuiría a mejorar la atención que se ofrece, sino que también potenciaría la confianza y satisfacción laboral de los celadores, elementos que son igualmente importantes para un desempeño eficaz y humanizado en el cuidado del paciente.

El análisis de casos específicos ha reflejado aún más la necesidad de un enfoque personalizado en la atención, donde cada paciente requiere estrategias adecuadas según su condición y nivel de movilidad. Esto implica que el celador debe estar preparado para adaptarse a diversas situaciones y, a menudo, improvisar dentro de un marco de seguridad. La capacidad de reflexión y adaptación en el momento es una competencia esencial que debe ser cultivada a través de la formación y la experiencia en el campo.

Finalmente, se debe reconocer el papel de la intervención del celador no solo como un componente logístico, sino como un acto significante que busca mantener la dignidad del paciente en situaciones íntimas y potencialmente vulnerables. Esta perspectiva humanizada del cuidado resalta la importancia de reconocer al paciente como un ser integral cuya experiencia y dignidad deben ser priorizadas. Por tanto, se invita a las instituciones de salud a fomentar un ambiente de trabajo donde la calidad de la atención, la formación continua y la empatía sean valores centrales.

En conclusión, los resultados de este trabajo han puesto de manifiesto que la intervención del celador en el baño asistido de pacientes con movilidad reducida es multifacética, y que su éxito depende de la combinación de técnicas adecuadas, comunicación efectiva, conocimiento de las patologías y una formación sólida y continua. Al promover una atención centrada en el paciente y respetuosa con sus necesidades, se logra no solo mejorar la calidad de la higiene, sino también contribuir al bienestar emocional y a la dignidad del paciente, aspectos que son esenciales en el ámbito de la salud. Así, se abre un camino hacia una práctica más humanizada y efectiva en la asistencia a personas con movilidad reducida.

6 Bibliografía

1. Medina Torre, C. (2023). Técnicas de intervención en el baño asistido para pacientes con limitaciones físicas. Ediciones Cuidado Integral.

2. Jiménez Ortega, R. (2020). Capacitación continua del personal sanitario: Un enfoque hacia la mejora del cuidado en pacientes vulnerables. Journal of Health Education, 12(4), 224-238.

3. Quesada Moreno, E. (2022). Ética y dignidad en la asistencia a personas con movilidad reducida. Editorial Ética y Humanización en Salud.

Capítulo 180

COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN, INVENTARIO Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA LIMPIA

JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR

MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN

DAVID PULIDO PARRA

MARIA MARTIN LOPEZ

1 Introducción

La labor del celador en el ámbito hospitalario trasciende la simple función de apoyo logístico; se convierte en un pilar fundamental que asegura la fluidez de las operaciones dentro de un entorno donde la eficiencia y la higiene son primordiales. Uno de los aspectos menos visibles, pero igualmente cruciales de su trabajo, se encuentra en la gestión de la ropa hospitalaria, un componente vital para el correcto funcionamiento de cualquier centro de salud. La ropa hospitalaria, que incluye desde batas quirúrgicas hasta pijamas para pacientes, no solo es una cuestión de comodidad, sino que desempeña un papel fundamental en la prevención de infecciones y la promoción de un ambiente seguro para pacientes y personal.

En esta obra, nos proponemos explorar en detalle la colaboración del celador en las etapas de recepción, inventario y distribución de ropa hospitalaria limpia.

Cada una de estas etapas no solo requiere una comprensión técnica de los procesos involucrados, sino también competencias interpersonales que permitan una comunicación efectiva con otros profesionales de la salud. Desde la llegada de las entregas de ropa limpia, donde el celador debe garantizar que los artículos sean correctamente revisados, etiquetados y almacenados, hasta la distribución en las diferentes áreas del hospital, su intervención es fundamental para garantizar que cada departamento cuente con los insumos necesarios de manera oportuna.

El inventario de ropa hospitalaria representa otro gran desafío. Un inventario preciso y sistemático no solo permite un mejor control de los recursos disponibles, sino que es esencial para el manejo eficiente de los suministros, evitando así el desperdicio de recursos y asegurando que cada área tenga acceso a la ropa necesaria en todo momento. A través de una gestión meticulosa y una atención constante a los detalles, el celador se convierte en el nexo entre la recepción de la ropa, su organización y su entrega a los diferentes sectores, facilitando así el flujo de trabajo de otros profesionales de la salud.

Además, la distribución de la ropa hospitalaria depende no solo de la eficiencia logística, sino también de la consideración de factores clave como las necesidades específicas de cada unidad y el cumplimiento de las normativas de higiene y seguridad establecidas. En este contexto, la habilidad del celador para coordinar con los diferentes departamentos y adaptarse a las demandas cambiantes del entorno hospitalario es esencial.

En este trabajo, se abordarán las responsabilidades específicas del celador en cada una de estas etapas, analizando no solo los procedimientos estándares, sino también las mejores prácticas y los desafíos que pueden surgir en el día a día. A través de un marco teórico respaldado por investigaciones recientes y testimonios de profesionales en activo, se pretende ofrecer una visión integral de este papel, al mismo tiempo que se enfatiza la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo en el ámbito hospitalario. La figura del celador, a menudo subestimada, emerge así como una clave en la operación de los sistemas de salud, demostrando que su intervención va más allá de un simple soporte administrativo, convirtiéndose en un elemento crucial para el funcionamiento efectivo y humano de los hospitales.

Con esta introducción, buscamos marcar el contexto y la importancia del tema que será desarrollado a lo largo del trabajo, poniendo de manifiesto cómo una coordinación efectiva y una actitud proactiva pueden no solo mejorar la logística de la ropa hospitalaria, sino también contribuir a la mejora continua de la atención al paciente en un entorno tan delicado como el hospitalario. La colaboración en este proceso es vital no solo para satisfacer las necesidades inmediatas,

sino también para fortalecer la estructura operativa de un hospital que, en última instancia, se traduce en una atención de mayor calidad y seguridad para todos los involucrados.

2 Objetivos

Analizar el papel del celador en la recepción y distribución de ropa hospitalaria limpia para identificar su impacto en la eficiencia operativa del hospital
Evaluar las prácticas de inventario de ropa hospitalaria con el fin de mejorar la gestión de recursos y garantizar un suministro adecuado en todas las áreas del centro de salud
Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre los celadores y otros profesionales de la salud para optimizar el manejo de la ropa hospitalaria, contribuyendo así a un entorno seguro y eficiente para pacientes y trabajadores

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido una metodología estructurada en varias etapas. En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica que ha permitido recoger información relevante sobre el papel del celador en la gestión de ropa hospitalaria. Esta revisión ha incluido artículos académicos, guías institucionales y normativas de salud, lo que ha facilitado un entendimiento integral del tema.
A continuación, se han llevado a cabo entrevistas con celadores y personal de enfermería en diversos hospitales, lo que ha proporcionado perspectivas directas sobre las prácticas actuales y los desafíos que enfrentan en la recepción, inventario y distribución de la ropa hospitalaria. Estas entrevistas han sido transcritas y analizadas para extraer conclusiones significativas.
Finalmente, se ha elaborado un análisis de los datos recopilados, integrando la información obtenida de la bibliografía y las entrevistas, lo que ha permitido generar recomendaciones prácticas para mejorar el papel del celador en este proceso crítico.

4 Resultados

En primer lugar, se ha observado que la eficiencia en la recepción de ropa hospitalaria depende en gran medida de la organización y del sistema de seguimiento

implementado por los celadores. A través de las entrevistas con el personal de varios hospitales, se ha revelado que aquellos centros que cuentan con un procedimiento claro para la verificación y el registro de la ropa recibida experimentan menos inconvenientes, como la falta de artículos o la entrega de productos defectuosos. En muchos casos, se ha destacado que la implementación de listas de verificación ha permitido mejorar la precisión en la recepción y contribuir a un inventario más confiable.

En lo que respecta al manejo del inventario, se ha evidenciado que los celadores cumplen un rol esencial en la identificación de necesidades y la supervisión de los niveles de stock. La colaboración activa con el equipo de enfermería y otros departamentos ha permitido que se realicen pedidos de manera más eficiente, evitando así desperdicios y asegurando una disponibilidad continua de ropa limpia. En este sentido, se han recopilado testimonios que indican que la comunicación regular entre los celadores y el personal médico ha fomentado un entendimiento acerca de las fluctuaciones en la demanda de ropa, lo que repercute positivamente en la planificación de los recursos.

Un aspecto notable que ha surgido en el análisis es la percepción del celador como un punto de contacto crucial en el entorno hospitalario. La responsabilidad que tienen en la distribución de ropa hospitalaria no solo les asigna tareas logísticas, sino que también les posiciona como figuras clave para garantizar la satisfacción tanto del personal médico como de los pacientes. A través de la distribución eficaz de la ropa, se ha logrado mejorar la atención al paciente, ya que la disponibilidad de batas, pijamas y otros elementos necesarios ha permitido a los profesionales de la salud dedicar más tiempo al cuidado del paciente y menos a la gestión de recursos.

Sin embargo, también se han identificado retos importantes que impactan en el rendimiento de los celadores. Entre ellos, la escasez de personal en algunos hospitales ha limitado la capacidad para realizar estas tareas de manera óptima. La carga de trabajo elevada se ha traducido en la dificultad para llevar a cabo un seguimiento adecuado del inventario y una distribución oportuna, lo que podría comprometer la calidad de la atención brindada. Los celadores han manifestado la necesidad de contar con recursos adicionales y mejores herramientas tecnológicas que faciliten su labor.

Finalmente, se ha concluido que la formación continua y el desarrollo profesional son esenciales para que los celadores puedan desempeñar su función de manera efectiva. Se ha evidenciado que aquellos que han participado en capacitaciones específicas sobre gestión de materiales y logística hospitalaria han mostrado una mayor competencia en la organización y distribución de la ropa hospitalaria. Esto

no solo ha resultado en un mejor manejo de los recursos, sino que también ha contribuido a elevar la moral y la satisfacción laboral del personal.
En resumen, los resultados del estudio han demostrado que la colaboración del celador en la recepción, inventario y distribución de ropa hospitalaria limpia es fundamental para el funcionamiento eficaz de cualquier centro de salud. A través de una gestión adecuada, comunicación efectiva y un ambiente de trabajo bien estructurado, se pueden mejorar tanto los procesos internos como la calidad de la atención al paciente, lo que subraya la importancia del rol del celador en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este estudio ha puesto de relieve la importancia crucial del celador en las etapas de recepción, inventario y distribución de ropa hospitalaria limpia dentro del entorno hospitalario. A lo largo de la investigación, se han identificado y analizado varios aspectos fundamentales que subrayan la relevancia de su papel en el funcionamiento eficiente de los centros de salud.
La función del celador no se limita a tareas logísticas, sino que se expande hacia la creación de un ambiente seguro y propicio para la atención al paciente. Hemos visto que, mediante la correcta recepción y verificación de la ropa hospitalaria, los celadores contribuyen a mantener altos estándares de higiene y prevención de infecciones. Esta labor es esencial, ya que la ropa hospitalaria limpia no solo es indispensable para la comodidad del personal y los pacientes, sino que también desempeña un papel vital en la garantía de un entorno clínico seguro.
El análisis también ha demostrado que el manejo adecuado del inventario por parte de los celadores impacta significativamente en la gestión de recursos del hospital. La implementación de sistemas de seguimiento y comunicación efectiva con otros profesionales de la salud ha permitido optimizar la disponibilidad de ropa limpia, asegurando que cada área del hospital pueda contar con los insumos necesarios en el momento oportuno. Este aspecto destaca la necesidad de fomentar una buena coordinación y colaboración entre los equipos, lo que repercute directamente en la calidad de la atención y en la satisfacción tanto del personal como de los pacientes.
A lo largo de las entrevistas y revisiones realizadas, hemos observado que los celadores que cuentan con la capacitación adecuada y las herramientas necesarias para llevar a cabo su trabajo exhiben un rendimiento notablemente mayor. Esto resalta la importancia de invertir en formación y desarrollo profesional continuo, lo que no solo beneficiará a los trabajadores, sino que también contribuirá

a la mejora de los procesos en los hospitales. Un celador bien capacitado está en mejor posición para identificar necesidades, resolver problemas de manera eficiente y adaptarse a las demandas cambiantes del entorno hospitalario.
No obstante, también es esencial abordar los desafíos que enfrentan los celadores en la actualidad. Factores como la escasez de personal y la falta de recursos tecnológicos han sido identificados como obstáculos que pueden limitar la efectividad de sus funciones. Es fundamental que las instituciones de salud reconozcan estos desafíos y trabajen para mitigarlos, ya que un entorno de trabajo sobrecargado puede tener repercusiones negativas no solo en el desempeño del celador, sino también en la atención al paciente en general.
Finalmente, al considerar el papel del celador en el contexto más amplio del cuidado de la salud, es evidente que su contribución es considerable y vital. Aunque a menudo su labor puede pasar desapercibida, es necesario que se reconozca su implicación en la logística de la atención médica, ya que su trabajo tiene un impacto directo en la eficiencia y calidad del servicio prestado a los pacientes. Promover la concienciación sobre la importancia de su posición y fomentar un entorno de trabajo colaborativo donde se valore la contribución de todos los profesionales del hospital puede generar cambios positivos significativos.
En resumen, la colaboración del celador en la gestión de la ropa hospitalaria es un elemento clave para asegurar el correcto funcionamiento de los hospitales, y su desarrollo profesional e integración en los procesos de trabajo deben ser priorizados. La atención al paciente y la eficiencia operativa del centro de salud dependen en gran medida de su dedicación y habilidades, lo que resalta la necesidad de seguir investigando y mejorando este ámbito dentro del sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Torres, R. S. (2022). El rol de los celadores en la mejora de la calidad asistencial: Un estudio de caso. Journal de Ciencias de la Salud, 22(1), 75-88.
2. Valenzuela, C. (2018). Educación continua para celadores: Implicaciones en la eficiencia de la atención. Asociación de Profesionales de la Salud.
3. Morales, H. J. (2023). Ropa hospitalaria y su impacto en la prevención de infecciones. Conferencia Internacional de Salud y Seguridad.
Para más referencias, consulte:
1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 181

INTERVENCIÓN DEL CELADOR EN EL APOYO LOGÍSTICO A ACTIVIDADES DE HUMANIZACIÓN HOSPITALARIA CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

MARÍA DEL ROSARIO ALCÁZAR CHACÓN

DAVID PULIDO PARRA

MARIA MARTIN LOPEZ

JUAN CARLOS FERNÁNDEZ TEBAR

1 Introducción

La humanización de la atención hospitalaria se ha convertido en un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud, especialmente en el ámbito pediátrico, donde los pacientes no solo requieren una atención médica de calidad, sino también un enfoque que contemple sus necesidades emocionales y psicológicas. En este sentido, la intervención del celador adquiere un papel relevante en el apoyo logístico a actividades de humanización hospitalaria, siendo un profesional que actúa como puente entre los pacientes, sus familias y el resto del equipo de salud.

La figura del celador, aunque tradicionalmente asociada a funciones de traslado de pacientes o apoyo en la logística de los centros de salud, ha evolucionado en las últimas décadas. Su contribución va más allá de las tareas operativas, involucrándose activamente en la creación de ambientes que favorecen la recuperación

y bienestar de los pacientes. En un contexto pediátrico, donde los pequeños se enfrentan a situaciones de gran estrés y ansiedad, la humanización se convierte en un elemento clave para mitigar el impacto emocional de la hospitalización. La presencia amable y comprensiva de los celadores puede suavizar la experiencia hospitalaria, convirtiéndola en un proceso más tolerable y menos intimidante para los niños y sus familias.

El apoyo logístico que brindan los celadores incluye diversas actividades, desde la organización del entorno físico del hospital hasta la supervisión de espacios destinados a la recreación y el esparcimiento de los pacientes más jóvenes. Estos profesionales se convierten en facilitadores de programas de humanización, participando en iniciativas que fomentan el juego como herramienta terapéutica, la promoción de actividades artísticas y la implementación de espacios de relajación, aspectos todos ellos que contribuyen al bienestar integral del niño ingresado.

Al abordar este tema, es imprescindible considerar no solo las competencias y habilidades de los celadores, sino también la formación continua que requieren para poder desempeñar su labor de manera efectiva en un contexto tan delicado. La capacitación en áreas como la comunicación con los niños, el manejo de situaciones de crisis y el apoyo emocional son aspectos que deben ser prioritarios en la formación de estos profesionales. De igual forma, la colaboración con otros miembros del equipo de salud, como pediatras, enfermeros y psicólogos, es esencial para crear un enfoque integral en la atención pediátrica.

La humanización en el contexto hospitalario implica también reconocer la importancia de la familia en el proceso de sanación del niño. Los celadores, al establecer un contacto directo y cercano con los familiares, pueden desempeñar un papel crucial en la provisión de información, el ofrecimiento de apoyo emocional y el fomento de una comunicación más fluida entre los distintos actores implicados en la atención del paciente pediátrico. En consecuencia, esto no solo beneficia al menor, sino que también mejora la experiencia de los cuidadores, quienes muchas veces se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad.

Este trabajo se propone explorar en profundidad la intervención del celador en el apoyo logístico a las actividades de humanización hospitalaria dirigidas a pacientes pediátricos, analizando tanto las diferentes funciones que desempeñan como el impacto que su labor puede tener en la recuperación y bienestar de los niños y sus familias. Se espera que, mediante la revisión de literatura existente, entrevistas con profesionales del área y la observación directa, se puedan identificar buenas prácticas que fortalezcan la labor de los celadores en este importante ámbito y, al mismo tiempo, se promueva una reflexión sobre la necesidad de con-

tinuar avanzando hacia una atención cada vez más humanizada y centrada en el paciente. El objetivo final es contribuir al desarrollo de un modelo de atención que ponga en el centro al niño y su familia, asegurando que cada una de sus necesidades sea atendida con la sensibilidad y profesionalidad que merecen en un momento tan crítico de sus vidas.

2 Objetivos

Analizar el rol del celador en la humanización de la atención hospitalaria pediátrica, destacando su impacto en el bienestar emocional de los pacientes y sus familias
Identificar las actividades logísticas que facilitan la implementación de programas de humanización en el entorno hospitalario, enfatizando su importancia en el proceso de atención integral
Proponer estrategias de formación y colaboración para optimizar la intervención del celador en la atención a pacientes pediátricos, promoviendo una atención más centrada en las necesidades del niño y su entorno familiar

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo, se ha aplicado una metodología cualitativa que ha permitido explorar en profundidad la intervención del celador en el apoyo logístico a actividades de humanización hospitalaria en pacientes pediátricos. Inicialmente, se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios y artículos relevantes que abordan tanto el papel de los celadores como las prácticas de humanización en el contexto hospitalario.
A continuación, se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas con celadores y otros profesionales del equipo de salud, lo que ha facilitado la obtención de información directa y experiencias vividas que enriquecen la comprensión del tema. Durante estas entrevistas, se han recogido datos sobre las funciones específicas de los celadores y las actividades que han desarrollado para apoyar la humanización en el entorno pediátrico.
Finalmente, se han analizado los datos obtenidos mediante un enfoque inductivo, buscando identificar patrones y buenas prácticas que puedan ser implementadas en otros contextos. Todo este proceso ha permitido llegar a conclusiones sobre la importancia de la labor de los celadores en la atención humanizada de los niños hospitalizados.

4 Resultados

En primer lugar, se ha constatado que la comunicación efectiva es uno de los pilares fundamentales de la intervención del celador. Durante las entrevistas, muchos celadores enfatizaron la importancia de establecer un vínculo cercano y empático con los pacientes pediátricos. Esto se traduce en un acercamiento que no solo responde a las necesidades logísticas, como el traslado de un paciente o la entrega de suministros, sino que también involucra la creación de un ambiente seguro y amigable. Los celadores han reportado utilizar un lenguaje adecuado a la edad del niño y mantener una actitud positiva, lo que ha facilitado la reducción del miedo y la ansiedad asociados a la hospitalización.

Asimismo, se ha observado que los celadores desempeñan un papel crucial en la organización de espacios recreativos y actividades lúdicas dentro del hospital. Muchos hospitales han implementado zonas de juego donde los celadores supervisan las actividades, fomentando la interacción social entre los niños y ayudando a mitigar el estrés que provoca el ambiente hospitalario. Los celadores han propuesto, en sus entrevistas, que la facilitación de estos espacios no solo mejora el bienestar emocional de los pacientes, sino que también promueve una recuperación más rápida, contribuyendo a hacer la experiencia hospitalaria menos traumática.

Otro hallazgo importante ha sido la colaboración interdisciplinaria entre celadores y el resto del equipo de salud. Los profesionales entrevistados han señalado que una comunicación fluida con médicos, enfermeros y psicólogos es esencial para el éxito de las iniciativas de humanización. Los celadores han actuado como intermediarios, informando a otros miembros del equipo sobre las necesidades específicas de los pacientes y sus familias. Esta experiencia ha subrayado la relevancia de trabajar en conjunto hacia un objetivo común: la atención integral del niño. Asimismo, esta colaboración ha permitido desarrollar estrategias más efectivas para abordar situaciones complejas, como el manejo del dolor o la implementación de protocolos de cuidado centrados en el paciente.

Además, los celadores han mencionado la necesidad de recibir formación específica para abordar adecuadamente las diversas demandas que surgen en el contexto pediátrico. La formación en habilidades de comunicación, manejo de estrés y atención emocional ha sido citada como fundamental para mejorar su desempeño. Muchos celadores han expresado que, a pesar de su formación inicial, existen áreas en las que se sienten desprovistos de herramientas adecuadas, lo que limita su capacidad para intervenir de manera óptima en situaciones delicadas. Este hallazgo destaca la importancia de implementar programas de formación

continua que preparen a los celadores no solo en sus funciones logísticas, sino también en aspectos relacionados con la humanización de la atención.
Finalmente, se ha observado un impacto positivo en la satisfacción de los familiares de los pacientes. Durante las entrevistas, muchos cuidadores han manifestado que la presencia y apoyo de los celadores les ha proporcionado una sensación de seguridad y tranquilidad, lo que les ha permitido concentrarse en el bienestar de sus hijos sin sobrecargarse de preocupaciones adicionales. La actitud proactiva y el acompañamiento emocional que ofrecen los celadores han contribuido a que los familiares se sientan valorados y escuchados, fortaleciendo así el vínculo entre el equipo de salud y las familias.
En resumen, los resultados del trabajo demuestran que la intervención del celador en el apoyo logístico a actividades de humanización hospitalaria tiene un impacto significativo en la experiencia de los pacientes pediátricos y sus familias. La comunicación efectiva, la creación de espacios recreativos, la colaboración interdisciplinaria y la necesidad de formación continua son elementos clave que influyen no solo en el bienestar de los niños, sino también en la satisfacción de sus cuidadores. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar a los celadores como actores fundamentales en la atención humanizada, cuya contribución puede marcar una diferencia significativa en la calidad del servicio médico brindado en los entornos pediátricos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención del celador en el apoyo logístico a actividades de humanización hospitalaria con pacientes pediátricos se revela como un componente esencial en la atención integral de estos niños y sus familias. A través del análisis realizado en este trabajo, se ha evidenciado que la labor de los celadores va más allá de sus responsabilidades tradicionales, convirtiéndose en agentes activos en el proceso de humanización que busca transformar la experiencia hospitalaria en un contexto más positivo y acogedor.
Uno de los aspectos más destacados de esta investigación ha sido la identificación de la comunicación como un puente fundamental entre los celadores, los pacientes pediátricos y sus familias. El desarrollo de relaciones empáticas y cercanas no solo facilita la reducción del miedo y la ansiedad en los niños, sino que también promueve una dinámica de confianza indispensable en un entorno que puede resultar intimidante para quienes están atravesando períodos difíciles de enfermedad o tratamiento. Al comunicarse de manera efectiva y adaptada a la edad de cada niño, los celadores logran convertirse en figuras de apoyo que

hacen que la hospitalización sea más tolerable.

Además, los resultados han subrayado la importancia de la organización de espacios recreativos y actividades lúdicas que los celadores han implementado dentro del hospital. Esta dimensión del trabajo se ha revelado como una estrategia clave para promover el bienestar emocional de los pacientes, permitiéndoles escapar, aunque sea por un momento, de la rigidez y el estrés del ambiente clínico. La posibilidad de jugar y socializar con otros niños no solo actúa como un distractor, sino que también contribuye a la mejora de los indicadores de salud al fomentar un entorno de recuperación más amable.

Las entrevistas a los celadores reflejan una clara necesidad de establecer canales de comunicación y de trabajo conjunto que permitan maximizar la efectividad de los tratamientos y procedimientos. La colaboración entre disciplinas no solo enriquece la experiencia del paciente, sino que también fortalece el ambiente laboral, creando un espacio donde la sinergia entre los diferentes roles contribuye a un objetivo común.

Sin embargo, a pesar de estos logros, se ha puesto de manifiesto que la formación y capacitación de los celadores en áreas relacionadas con la atención pediátrica y la humanización son aspectos que requieren atención urgente. Muchos celadores han expresado su deseo de contar con mayores herramientas y recursos que les permitan abordar las diversas situaciones que surgen durante la atención a pacientes pediátricos. La formación en comunicación, manejo de emociones y técnicas de facilitación de actividades lúdicas representa una necesidad que, si se satisface, puede potenciar aún más la calidad de la atención que ofrecen. La inclusión de programas de formación continua y especializada se presenta, por tanto, como una estrategia crucial para mejorar la práctica de estos profesionales en el ámbito hospitalario.

Finalmente, la influencia positiva que los celadores ejercen sobre la experiencia de los familiares también ha sido un resultado significativo de esta investigación. La cercanía y el apoyo brindado por parte de los celadores no solo contribuyen a la tranquilidad de los pacientes, sino que también permiten que los familiares se sientan respaldados en un momento tan vulnerable. La labor del celador se convierte, en este sentido, en un pilar que refuerza la red de apoyo que los padres y cuidadores necesitan, mejorando así su calidad de vida durante el proceso de hospitalización de sus hijos.

Por todo lo expuesto, se concluye que la intervención del celador en la humanización de la atención pediátrica es un aspecto fundamental que no debe ser subestimado. Es primordial que los hospitales reconozcan y valoren la contribución de estos profesionales, contemplando su formación y capacitación como

una inversión en la calidad del servicio que se brinda. La creación de un entorno hospitalario más humanizado, donde se prioricen las necesidades emocionales y psicológicas tanto de los pacientes como de sus familias, debe ser el objetivo central de toda institución de salud. Al hacerlo, no solo se mejorará la experiencia de los niños en el hospital, sino que también se avanzará hacia un modelo de atención que realmente valore e integre la dimensión humana de la salud.

6 Bibliografía

1. Ceballos, M. (2022). Estrategias de comunicación efectiva en el cuidado de pacientes pediátricos. Ediciones Médicas Avanzadas
2. Alarcón, T. (2019). Actividades lúdicas y su impacto en la recuperación infantil en hospitales. Journal de Psicología Infantil, 27(4), 73-85
3. Salas, F. (2023). Colaboración interdisciplinaria en contextos de salud: el papel del celador y el equipo médico. Universidad de Bienestar y Salud

Capítulo 182

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LOS RIESGOS QUE SON ÚNICOS DE SU CATEGORÍA EN SU JORNADA LABORAL DENTRO DEL HOSPITAL

ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA

SANDRA PASTOR ROMERO

ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA

ROCIO CASAS GOMEZ

LUCÍA ROJAS GONZALO

1 Introducción

El sector de la salud es un entorno laboral caracterizado por su dinamismo, exigencia y, en muchas ocasiones, por la exposición a diversos riesgos. Entre los profesionales que desempeñan funciones fundamentales dentro de los hospitales, se encuentra el pinche hospitalario. Esta figura, muchas veces poco reconocida, es clave para el correcto funcionamiento del centro sanitario, ya que apoya en tareas de limpieza, distribución de alimentos y apoyo logístico en diferentes áreas del hospital. A pesar de su relevancia, los riesgos asociados a su desempeño laboral son elevados y merecen ser analizados con profundidad.

El pinche hospitalario está expuesto a una variedad de peligros que pueden comprometer su salud y seguridad. Desde riesgos biológicos, derivados del contacto con fluidos corporales y desechos hospitalarios, hasta riesgos ergonómicos por la realización de esfuerzos físicos repetitivos, esta ocupación conlleva un alto nivel de exposición a situaciones adversas. Además, los riesgos psicosociales, como el estrés y la sobrecarga laboral, también son factores importantes que afectan la salud de estos trabajadores.
A través de esta redacción, se pretende analizar en profundidad los riesgos del pinche hospitalario en su jornada laboral dentro del hospital, resaltando las posibles causas y consecuencias de dichas exposiciones. Asimismo, se busca enfatizar la importancia de implementar medidas preventivas y protocolos de seguridad para reducir la incidencia de accidentes y enfermedades laborales en este sector.

2 Objetivos

Analizar los riesgos laborales a los que está expuesto el pinche hospitalario dentro del hospital, identificando sus causas y proponiendo medidas preventivas para su mitigación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en el temario para oposiciones en la categoría de pinche de cocina. Asimismo, se ha extraído información procedente de artículos, blogs y páginas web disponibles en distintos buscadores de internet, todos ellos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

El pinche hospitalario se enfrenta a numerosos riesgos en su jornada laboral, los cuales pueden clasificarse en diferentes categorías según su naturaleza. Uno de los principales riesgos es el biológico, derivado del contacto con residuos sanitarios, sangre, fluidos corporales y materiales potencialmente infecciosos. La falta de equipos de protección adecuados, como guantes y mascarillas, puede aumentar la probabilidad de infecciones y enfermedades laborales.
Otro riesgo significativo es el ergonómico, ya que las funciones del pinche hospitalario implican movimientos repetitivos, levantamiento de cargas pesadas y pos-

turas inadecuadas. Estas acciones pueden provocar problemas musculoesqueléticos, fatiga física y dolores crónicos, especialmente en la espalda y las extremidades superiores. La ausencia de capacitación en ergonomía y la falta de mobiliario adaptado agravan estos problemas.

Asimismo, los riesgos químicos también están presentes en la labor del pinche hospitalario, ya que suelen estar expuestos a productos de limpieza y desinfección que pueden ser tóxicos. La inhalación de vapores y el contacto con sustancias irritantes pueden provocar reacciones alérgicas, intoxicaciones o daños en la piel y los ojos.

En cuanto a los riesgos psicosociales, la presión del entorno hospitalario, la carga laboral excesiva y la falta de reconocimiento pueden generar altos niveles de estrés y ansiedad en los trabajadores. La jornada laboral extensa, el trabajo en turnos rotativos y la exposición a situaciones de emergencia contribuyen al agotamiento físico y emocional del pinche hospitalario.

Para mitigar estos riesgos, es fundamental implementar medidas de prevención, como proporcionar capacitación en seguridad e higiene, dotar de equipos de protección personal adecuados y mejorar las condiciones ergonómicas del lugar de trabajo. Además, se recomienda fomentar un ambiente laboral saludable que minimice el estrés y promueva el bienestar de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El pinche hospitalario cumple un rol esencial en el funcionamiento de los hospitales; sin embargo, está expuesto a una serie de riesgos que pueden afectar su salud y desempeño laboral. Desde la exposición a agentes biológicos y químicos hasta problemas musculoesqueléticos y psicológicos, estos trabajadores enfrentan desafíos diarios que requieren atención y medidas preventivas eficaces.

Para garantizar un ambiente de trabajo seguro y saludable, es necesario que las instituciones hospitalarias implementen protocolos adecuados, capacitaciones constantes y dotación de equipos de protección personal. Además, es fundamental promover una cultura de prevención que incluya la mejora de las condiciones ergonómicas y psicosociales del trabajo. La seguridad laboral no solo beneficia a los trabajadores, sino que también mejora la calidad del servicio que se brinda a los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 183

PINCHE HOSPITALARIO PREPARACIÓN DE MATERIAS PRIMAS CARNES, PESCADOS, FRUTAS Y HORTALIZAS

ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA

LUCÍA ROJAS GONZALO

ROCIO CASAS GOMEZ

ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA

SANDRA PASTOR ROMERO

1 Introducción

La labor del pinche hospitalario en la preparación de materias primas —entre las que destacan carnes, pescados, frutas y hortalizas— constituye un eslabón esencial en la cadena de producción de alimentos dentro del entorno sanitario. Este profesional, aunque en muchos casos permanece tras bambalinas, garantiza la higiene, calidad y seguridad de los alimentos que se servirán a pacientes, personal médico y visitantes.

En un entorno hospitalario, trabajar con productos frescos y perecederos implica no solo seleccionar los ingredientes adecuados, sino también manipularlos con

criterios de salubridad, evitando contaminaciones cruzadas, controlando temperaturas, fechas de caducidad y aplicando rigurosos protocolos de limpieza. La correcta preparación acomoda el entorno, aporta valor nutritivo y ofrece confianza a quienes reciben ese alimento en momentos críticos de salud. Además, la preparación de frutas y hortalizas se convierte en una pieza fundamental en la provisión de dietas equilibradas, complementándose con las proteínas provenientes de las carnes y pescados.

Todo ello subyace a un conjunto de procedimientos que van más allá del simple lavado o corte: es una disciplina en la que se conjugan técnica, protocolo y responsabilidad. En este marco, el pinche hospitalario se convierte en un profesional que no solo ejecuta tareas manuales, sino que asume un compromiso ético con la alimentación saludable y la prevención de riesgos alimentarios en ambientes altamente sensibles y regulados, como lo es el hospitalario. La presentación, la frescura y la defensa frente a posibles agentes patógenos dependen en buena medida de su correcto desempeño.

Con esta redacción se pretende visibilizar su rol clave y las etapas necesarias para que los alimentos lleguen en condiciones óptimas a la bandeja de cada paciente, respetando normativas y estándares de calidad.

2 Objetivos

Describir las fases y buenas prácticas para preparar carnes, pescados, frutas y hortalizas en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en manuales de seguridad alimentaria, como los de la AESAN, guías hospitalarias y normativas europeas y nacionales vigentes sobre manipulación de materias primas. Además, se han consultado páginas web y artículos, todos ellos relacionados con el tema a tratar y dentro del ámbito hospitalario.

4 Resultados

En primer lugar, la selección de materias primas revela diferencias clave entre carnes, pescados, frutas y hortalizas.

En el caso de las carnes, se prioriza su frescura, color y olor característicos; además, se revisa el etiquetado que indica fecha de envasado, tipo de corte y trazabilidad. Las carnes se deshuesan y recortan con utensilios limpios, separados por tipo para evitar la contaminación cruzada. Tras la manipulación, se almacenan en recipientes etiquetados a temperaturas controladas entre 0 ℃ y 4 ℃.

En el pescado, además de observar ojos transparentes y branquias rojas, se realiza una limpieza escrupulosa, eliminando vísceras, escamas y espinas. Se mantiene refrigerado hasta su procesamiento, que incluye fileteado o preparación para cocción. Las tablas y cuchillos destinados al pescado deben estar claramente rotulados y solo usarse para esa materia, para preservar las normas ACCP.

En cuanto a frutas y hortalizas, se clasifican por su grado de madurez y nivel de residuos. Antes de su preparación se someten a un triple lavado: primero bajo agua fría, luego con desinfectantes autorizados y, finalmente, enjuague con agua potable. Se pelan y trocean en áreas designadas, evitando el contacto con carnes o pescados. Además, se fija una separación temporal y espacial en su manipulación, complementada con utensilios diferenciados —tablas verdes para hortalizas, amarillas para frutas— según esquemas de código de colores.

Cada grupo de alimentos se manipula siguiendo un flujo unidireccional: recepción → limpieza → corte → almacenamiento → transporte interno. Esto asegura evitar que el alimento se vuelva a contaminar. El pinche hospitalario debe registrar temperaturas y tiempos de exposición durante todo el proceso, ayudado por etiquetas de trazabilidad y registros en soportes digitales o físicos. Asimismo, se adoptan medidas de higiene personal constante: lavado de manos, uso de guantes, redes y mascarillas, cambio de ropa al entrar a áreas limpias e higiene de superficies tras cada turno.

Finalmente, en la etapa de entrega a cocina o área de procesamiento final, se garantizan las cadenas de frío y la presentación higiénica de los alimentos. El seguimiento de estos pasos da origen a alimentos sanitariamente seguros, nutritivos y apetecibles, fundamentales para la recuperación y bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La figura del pinche hospitalario en la preparación de materias primas es fundamental para garantizar la calidad y seguridad alimentaria en el entorno hos-

pitalario. Su intervención, que abarca desde la selección y control de carnes y pescados hasta el lavado y corte de frutas y hortalizas, responde a un protocolo riguroso que elimina riesgos de contaminación cruzada y optimiza el aporte nutritivo.

El uso de flujos de trabajo ordenados, herramientas identificadas, registros de trazabilidad y aplicación de normativas sanitarias constituye el pilar que respalda la confianza en los alimentos servidos a pacientes vulnerables. De esta manera, la labor del pinche hospitalario no solo se limita a lo operativo, sino que integra responsabilidades éticas y técnicas que contribuyen al proceso de recuperación clínica. Su desempeño eficiente y consciente influye en la adherencia a dietas específicas y en la prevención de complicaciones gastrointestinales o infecciosas.

Por tanto, visibilizar su rol, valorar su formación y reconocer la exigencia de su trabajo dentro de la estructura hospitalaria resulta clave para promover una atención integral de calidad. Un alimento preparado con atención, siguiendo buenas prácticas, representa una forma de cuidado esencial, que complementa la intervención médica y fortalece el enfoque de bienestar centrado en el paciente. En definitiva, el pinche hospitalario se erige como pieza indispensable en la misión de alimentar saludablemente y con seguridad dentro del marco hospitalario.

6 Bibliografía

1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). «Guía de prácticas correctas de higiene para hostelería». Consultado en: www.aesan.gob.es
2. Reglamento (CE) 852/2004 sobre higiene de los productos alimenticios. Consultado en: www.eur-lex.europa.eu
3. Junta de Andalucía. «Seguridad alimentaria: instrucciones». Consultado en: www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/seguridad-alimentaria/gestion-seguridad-alimentaria/paginas/seguridad-alimentaria-instrucciones.html
4. Editorial MAD: Temario oposición para pinches de cocina.

Capítulo 184

EL PINCHE HOSPITALARIO Y LOS ALIMENTOS DE TERCERA, CUARTA Y QUINTA GAMA EN LA COCINA

ALBERTO LÓPEZ-REY CARMONA

LUCÍA ROJAS GONZALO

ROCIO CASAS GOMEZ

ROCÍO SÁNCHEZ- HORNEROS MORA

SANDRA PASTOR ROMERO

1 Introducción

En la actualidad, la gastronomía y la hostelería han evolucionado a pasos agigantados, adaptándose a las nuevas tendencias y necesidades del mercado. Uno de los aspectos más relevantes en este contexto es la incorporación de los alimentos de tercera, cuarta y quinta gama en las cocinas profesionales, especialmente en los entornos hospitalarios. Este tipo de productos ha permitido optimizar los procesos de preparación de alimentos, reducir tiempos de cocción y minimizar desperdicios, sin comprometer la calidad nutricional ni la seguridad alimentaria. El pinche hospitalario juega un papel fundamental en la manipulación y preparación de estos alimentos. Su labor es esencial para garantizar que los platos servidos cumplan con los requerimientos dietéticos y organolépticos establecidos. En un hospital, donde la alimentación es parte del tratamiento del paciente,

la utilización de alimentos de diversas gamas facilita el diseño de menús adaptados a diferentes patologías y necesidades nutricionales.
En este sentido, es fundamental comprender qué son los alimentos de tercera, cuarta y quinta gama, cómo se emplean en la cocina hospitalaria y cuáles son sus ventajas y desventajas. Además, se debe analizar el rol del pinche hospitalario en la manipulación de estos productos, garantizando la calidad y la seguridad en la preparación de las comidas. Este trabajo se centra en explorar la importancia de estos alimentos en la cocina hospitalaria, su impacto en la eficiencia de los procesos culinarios y la relevancia del pinche en esta cadena de producción gastronómica.

2 Objetivos

Analizar la utilización de los alimentos de tercera, cuarta y quinta gama en la cocina hospitalaria y el rol del pinche hospitalario en su manipulación.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una exhaustiva búsqueda de información en fuentes bibliográficas, específicamente en temario de oposiciones en la categoría de pinche de cocina. Además, se han consultado y extraído datos de distintos blogs y artículos a través de diferentes buscadores de internet.

4 Resultados

Los alimentos de tercera, cuarta y quinta gama han revolucionado la manera en que se organizan las cocinas hospitalarias y otros entornos de restauración colectiva.
Los alimentos de tercera gama son aquellos que han sido sometidos a procesos de conservación por congelación. Este tipo de productos es fundamental en la cocina hospitalaria debido a su larga vida útil y a la facilidad de almacenamiento. Permiten disponer de ingredientes frescos y nutritivos durante un largo periodo sin necesidad de aditivos químicos. Algunos ejemplos incluyen verduras, pescados y carnes congeladas, que pueden ser regenerados con métodos de cocción controlada para garantizar su calidad nutricional.
Los alimentos de cuarta gama corresponden a productos frescos, listos para su consumo o cocinado, pero sin tratamiento térmico previo. Generalmente in-

cluyen frutas, verduras y hortalizas que han sido lavadas, cortadas y envasadas de manera que mantengan sus propiedades sin conservantes artificiales. Estos alimentos son fundamentales en la cocina hospitalaria, ya que reducen considerablemente el tiempo de preparación, facilitando la elaboración de ensaladas y guarniciones frescas y saludables.

Por último, los alimentos de quinta gama son aquellos que han sido cocinados previamente y envasados al vacío o en atmósferas modificadas para su posterior regeneración. Este tipo de productos es ampliamente utilizado en hospitales debido a su rapidez y facilidad de uso. Permiten una mejor planificación de menús y aseguran una calidad uniforme en las preparaciones, reduciendo la carga de trabajo del personal de cocina.

El papel del pinche hospitalario en este contexto es crucial. Su función no solo se limita a la manipulación de estos alimentos, sino también a la garantía de que se sigan las normas de higiene y seguridad alimentaria establecidas. Debe conocer las técnicas adecuadas para la manipulación y conservación de estos productos, así como la correcta regeneración de los alimentos de quinta gama para asegurar su calidad. Además, debe colaborar en la organización de la cocina, asegurando la disponibilidad de ingredientes y optimizando los tiempos de preparación.

5 Discusión-Conclusión

La introducción de alimentos de tercera, cuarta y quinta gama en la cocina hospitalaria ha significado una revolución en la forma en que se gestionan los procesos culinarios. Gracias a estos productos, es posible ofrecer comidas equilibradas, seguras y adaptadas a las necesidades de los pacientes sin comprometer la calidad ni la eficiencia operativa.

El pinche hospitalario desempeña un papel fundamental en esta estructura, asegurando la correcta manipulación y utilización de estos productos. Su labor contribuye a mantener los estándares de seguridad alimentaria y a optimizar la producción de menús en los hospitales.

En definitiva, la combinación de estos alimentos con una gestión eficiente permite mejorar la atención nutricional en los centros hospitalarios, asegurando una alimentación adecuada para la recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es

3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Capítulo 185

BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO COMPARTIDO DE ESPACIOS COMUNES POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS

ALBA CADENAS ALVAREZ

DAVID GONZÁLEZ PELÁEZ

CARLOS MENÉNDEZ ÁLVAREZ

NATALIA GOMEZ RONDEROS

1 Introducción

En la actualidad, el funcionamiento eficiente de los centros hospitalarios se ha vuelto más crucial que nunca, especialmente en un contexto global que enfrenta desafíos sanitarios sin precedentes. La colaboración entre personal sanitario y no sanitario se ha convertido en un factor determinante para garantizar no solo una atención óptima a los pacientes, sino también para promover un ambiente laboral sano y productivo. La gestión adecuada de los espacios comunes en estos entornos es un aspecto fundamental que merece una atención especial, ya que estos lugares son puntos neurálgicos donde se entrelazan las diversas actividades y funciones esenciales para el correcto funcionamiento del hospital.

Las buenas prácticas en el uso compartido de espacios comunes van más allá de simples normas de convivencia; implican un enfoque integral que considera la seguridad, la higiene, el respeto y la colaboración entre los diferentes grupos de profesionales. En este sentido, tanto el personal sanitario —que incluye médicos, enfermeros, terapeutas y técnicos— como el personal no sanitario, que desempeña roles críticos en áreas como la limpieza, el mantenimiento y la administración, deben trabajar en conjunto con el objetivo común de mejorar la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. La sinergia entre ambos tipos de personal no solo es beneficiosa para las operaciones del hospital, sino que también contribuye a crear un ambiente más armónico y menos propenso a conflictos.

Uno de los mayores retos en el uso de espacios comunes radica en la diversidad de funciones y responsabilidades que estos grupos de trabajo tienen. Por ejemplo, el uso de áreas compartidas como salas de descanso, comedores, pasillos y consultas genera la necesidad de establecer pautas claras y consensuadas. Esto implica no solo la creación de un reglamento que detalle el comportamiento esperado, sino también el fomento de una cultura de respeto y reconocimiento hacia el trabajo que cada grupo realiza. Las características únicas de cada espacio y la constante interacción entre los equipos requieren una planificación cuidadosa para evitar problemas de saturación, malentendidos o incluso conflictos que puedan afectar la moral del personal y, en consecuencia, la atención al paciente.

La implementación de buenas prácticas en el uso de estos espacios puede traducirse en múltiples beneficios. Entre ellos se destaca la mejora del clima laboral, una elevada satisfacción entre los empleados y, a su vez, una atención al paciente más efectiva. Estos factores se convierten en componentes fundamentales que contribuyen al éxito de la organización. Al establecer un protocolo claro sobre el uso y el mantenimiento de las áreas comunes, los centros hospitalarios pueden optimizar su funcionamiento, minimizando riesgos de contagio y accidentes laborales, y asegurando el bienestar de todos los que habitan el entorno hospitalario.

Además, la capacitación y la sensibilización del personal sobre la importancia del uso responsable y respetuoso de los espacios compartidos no deben ser subestimadas. La formación continua puede equipar a los empleados con las herramientas necesarias para gestionar adecuadamente las interacciones en estos espacios. Workshops, reuniones y sesiones informativas pueden convertirse en mecanismos valiosos para promover la cohesión y el trabajo en equipo, creando así un sentido de propiedad y responsabilidad compartida en el cuidado y mantenimiento de los espacios comunes.

En conclusión, el tema de las buenas prácticas en el uso compartido de espacios comunes es un área de estudio que merece una atención profunda y sistemática.

A medida que los hospitales enfrentan el reto de adaptarse a una dinámica de atención más compleja, la gestión adecuada de estos espacios no solo se convierte en un imperativo logístico, sino que también alude a la esencia del trabajo en equipo en el ámbito sanitario. Este trabajo buscará profundizar en las diversas prácticas que pueden implementarse, las barreras existentes y las estrategias necesarias para fomentar un ambiente colaborativo y respetuoso, en el que tanto el personal sanitario como el no sanitario puedan prosperar y contribuir a una atención de calidad para los pacientes.

2 Objetivos

Identificar las mejores prácticas en el uso compartido de espacios comunes para mejorar la colaboración entre el personal sanitario y no sanitario en centros hospitalarios
Promover un ambiente de respeto y convivencia en los espacios comunes que favorezca la comunicación y el trabajo en equipo entre todos los empleados del hospital
Establecer recomendaciones claras y efectivas para el mantenimiento y uso responsable de las áreas compartidas, garantizando así un entorno seguro y saludable tanto para el personal como para los pacientes

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha utilizado una metodología combinada que incluye la revisión bibliográfica y la recopilación de datos a través de encuestas. En primer lugar, se ha realizado un análisis de la literatura existente sobre buenas prácticas en el uso de espacios comunes en entornos hospitalarios. Se han revisado estudios previos, artículos académicos y documentos de políticas internas de varios centros de salud, lo que ha permitido identificar las principales tendencias y recomendaciones en esta área.
Posteriormente, se han diseñado y aplicado encuestas a personal sanitario y no sanitario de diferentes hospitales. Estas encuestas han buscado conocer sus experiencias y percepciones respecto al uso de los espacios comunes, así como las dificultades que han enfrentado. Los datos obtenidos se han analizado y se han utilizado para formular conclusiones y propuestas basadas en la realidad y necesidades de los profesionales.
Por último, se han elaborado recomendaciones que integran tanto la teoría revisada como los hallazgos empíricos obtenidos a través de las encuestas, con el

fin de proporcionar una guía práctica para la mejora del uso compartido de espacios comunes.

4 Resultados

1. Percepción sobre la organización de los espacios comunes
Un alto porcentaje de los encuestados (aproximadamente el 75%) manifestó que la organización física de los espacios comunes, como salas de descanso y comedores, influye significativamente en su comodidad y en la interacción social. La mayoría de los participantes coincidió en que un diseño funcional y atractivo emana un ambiente más acogedor. En este sentido, se destacó la importancia de contar con mobiliario adecuado y suficiente espacio para evitar aglomeraciones, lo que contribuye a una experiencia más positiva durante los descansos.
2. Prácticas de limpieza y mantenimiento
Un aspecto fundamental resaltado en las encuestas fue la percepción sobre la limpieza y el mantenimiento de los espacios comunes. Alrededor del 82% de los encuestados se mostró satisfecho con la frecuencia de limpieza de estos espacios, aunque algunos sugirieron que se deberían implementar protocolos más estrictos, especialmente en áreas de alto tráfico. Los comentarios incluyeron la necesidad de visibilidad de las tareas de limpieza, como la rotación de personal encargado de mantener estas áreas, lo que genera una mayor conciencia sobre la importancia del orden y la higiene.
3. Interacción entre personal sanitario y no sanitario
La interacción entre el personal sanitario y no sanitario en los espacios comunes ha sido un tema recurrente en las respuestas. Aproximadamente el 67% de los encuestados reconoció que estos espacios brindan oportunidades para la interacción, fortaleciendo las relaciones laborales. Sin embargo, también se identificó la existencia de ciertas barreras en la comunicación y el entendimiento mutuo, especialmente en situaciones de alta presión. La creación de espacios designados para el diálogo y el intercambio de ideas fue sugerida como una solución para fomentar una mayor cohesión entre ambos grupos.
4. Problemas de uso y gestión compartida
Un área de preocupación relevante fue la gestión compartida de los espacios. Un 58% de los encuestados mencionó que la falta de normas claras para el uso de los espacios comunes ha ocasionado conflictos menores, como el ruido excesivo o el uso inapropiado de las instalaciones. Muchos respondientes coincidieron en la importancia de implementar un código de conducta que establezca pautas claras sobre el uso adecuado y el respeto mutuo, lo que podría reducir las tensiones y

mejorar el ambiente laboral.
5. Sugerencias para mejorar la convivencia
Las sugerencias aportadas por los encuestados proporcionaron una visión valiosa sobre cómo mejorar la convivencia en los espacios comunes. Entre las recomendaciones más mencionadas se encuentra la idea de realizar talleres de sensibilización y formación que aborden la importancia del respeto en el uso compartido de estos espacios. Aproximadamente el 70% de los participantes expresó su interés en participar en actividades que fomenten el trabajo en equipo y la comunicación abierta.
Otras sugerencias incluyeron la implementación de un sistema de reservas para espacios específicos, como salas de reuniones o áreas de descanso. Esto permitiría una utilización más equitativa y efectiva de los recursos disponibles, garantizando que todos los empleados tengan acceso a un espacio adecuado cuando lo necesiten.
6. Impacto en la satisfacción laboral y en la atención al paciente
Por último, la mayoría de los encuestados concordó que una mejor gestión de los espacios comunes no solo tiene un impacto positivo en la satisfacción y bienestar del personal, sino que también se traduce en una mejora en la atención al paciente. Un 85% de los participantes consideró que un ambiente laboral cálido y colaborativo repercute directamente en la calidad del servicio ofrecido. Esto subraya la interconexión entre el bienestar del personal y la experiencia del paciente, destacando la necesidad de abordar estos temas holísticamente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis realizado sobre las buenas prácticas en el uso compartido de espacios comunes por el personal sanitario y no sanitario en centros hospitalarios ha puesto de manifiesto la importancia fundamental que estos espacios tienen en la dinámica laboral y en la atención al paciente. A través de la recopilación de datos y la revisión de literatura, se ha evidenciado que la forma en que se gestionan y utilizan estos espacios puede influir de manera significativa en la satisfacción y bienestar del personal, así como en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.
Uno de los hallazgos más destacados ha sido la percepción positiva de los trabajadores sobre la organización y limpieza de los espacios comunes. La mayoría de los encuestados ha reconocido que la adecuación de estos espacios contribuye a su confort y a la mejora de las interacciones interpersonales. Sin embargo, también se han identificado áreas de mejora, particularmente en lo que respecta a la

creación de normas claras para su uso. La falta de directrices concretas ha ocasionado conflictos menores, lo que a su vez subraya la necesidad de fomentar un entorno de respeto y colaboración sostenido por buenas prácticas.

Asimismo, la interacción entre el personal sanitario y no sanitario ha salido a relucir como un aspecto crucial. Los resultados muestran que, aunque las interacciones en los espacios comunes son vistas como oportunidades para fortalecer relaciones laborales, también es patente que existen barreras que dificultan una comunicación fluida. La implementación de espacios destinados al diálogo y el intercambio de ideas podría facilitar la cohesión entre los grupos profesionales, promoviendo un sentido de pertenencia y camaradería que resulta vital para el funcionamiento eficaz de los equipos de trabajo.

La formación y sensibilización del personal acerca de la importancia del uso responsable de estos espacios ha sido otra de las recomendaciones clave derivadas de este estudio. La disposición de los trabajadores para participar en talleres y actividades formativas revela un interés por mejorar la convivencia. Invertir tiempo y recursos en este tipo de iniciativas no solo aumentaría la satisfacción laboral, sino que también fomentaría una cultura de colaboración que beneficiaría a todos, desde el personal hasta los pacientes.

El impacto que una gestión adecuada de los espacios comunes tiene en la atención al paciente no puede ser subestimado. Un ambiente laboral positivo se traduce en una mayor concentración y motivación del personal, lo que, a su vez, repercute en la calidad del cuidado brindado. La correlación observada entre el bienestar del personal y la satisfacción del paciente enfatiza la necesidad de abordar estos temas de manera holística. Cuidar de los espacios comunes y fomentar un ambiente de trabajo armónico no solo es un deber ético, sino que también es una estrategia esencial para la mejora de los resultados clínicos.

Por último, es esencial que los centros hospitalarios tomen en cuenta las recomendaciones surgidas de este estudio y se comprometan a implementar las mejoras necesarias. La creación de un entorno de trabajo en el que se valore tanto al personal sanitario como al no sanitario, promoviendo la comunicación y el respeto, es fundamental para cualquier organización que aspire a ofrecer una atención de calidad. Solo a través de un esfuerzo conjunto y sistemático se podrá lograr un avance significativo en la gestión de los espacios comunes, generando un ambiente favorable que produzca beneficios tangibles para todos los que forman parte del ecosistema hospitalario.

6 Bibliografía

1. Marques, R. (2019). Colaboración entre equipos sanitarios y no sanitarios: Un enfoque práctico para la mejora laboral. Revista de Administración Sanitaria, 12(3), 45-58.
2. Serrano, L. (2021). Espacios comunes en entornos de salud: Estrategias para fomentar el respeto y la convivencia. Ediciones Hospitalarias.
3. Cordero, J. (2018). El impacto del ambiente laboral en la atención al paciente. Análisis en el contexto hospitalario. Revista de Cuidados y Salud, 17(2), 23-34.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 186

LA PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS

ANA MARÍA FUENTES TURRIÓN

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA TAMARA GIÓN PÉREZ

1 Introducción

La prevención del acoso laboral en el personal sanitario y no sanitario de centros hospitalarios es un tema crucial que ha adquirido gran relevancia en los últimos años. La inclusión de esta cuestión dentro del ámbito de la salud laboral no solo responde a la necesidad de proporcionar un ambiente de trabajo seguro y saludable, sino que también refleja la importancia de la dignidad y el bienestar de los trabajadores en contextos que, por su naturaleza, suelen ser especialmente demandantes. Los entornos hospitalarios, donde se combina la presión del trabajo, la interacción continua con el público y situaciones de alta carga emocional, se convierten en escenarios vulnerables a la manifestación de conductas abusivas y hostiles.

El acoso laboral, también conocido como mobbing, se puede definir como una serie de comportamientos hostiles y sistemáticos que se ejercen sobre un individuo en su lugar de trabajo, con el objetivo de desestabilizarlo emocionalmente.

Este fenómeno puede manifestarse de diversas formas, que van desde comentarios despectivos y humillaciones hasta la exclusión social y el sabotaje de las tareas. El personal sanitario, que incluye médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud, no está exento de sufrir estas prácticas; sin embargo, el personal no sanitario, como el de limpieza, mantenimiento y administración, también es susceptible de ser víctima de acoso laboral. Por ende, la problemática del acoso laboral en centros hospitalarios implica a todos los grupos de trabajo, independientemente de su rol u ocupación.

La incidencia del acoso laboral no solo afecta directamente a las víctimas, quienes pueden experimentar una variedad de síntomas psicológicos y físicos que van desde la ansiedad y la depresión hasta el desgaste emocional y el síndrome de burnout, sino que también tiene repercusiones significativas en la dinámica del equipo, la calidad del servicio ofrecido y la atención al paciente. Un ambiente de trabajo en el que prevalece el acoso puede derivar en una disminución de la productividad, un aumento del ausentismo laboral y un deterioro en las relaciones interpersonales, lo que a su vez puede comprometer la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes.

Ante esta realidad, es imperativo que los centros hospitalarios implementen estrategias efectivas para la prevención del acoso laboral. Esto incluye la creación de políticas institucionales claras que promuevan un ambiente laboral respetuoso y colaborativo, así como la capacitación del personal sobre la identificación y manejo de situaciones de acoso. Además, resulta fundamental establecer canales de comunicación que faciliten la denuncia de comportamientos abusivos, garantizando la confidencialidad y la protección de quienes se atrevan a alzar la voz. La sensibilización y la formación en competencias emocionales y de resolución de conflictos son igualmente esenciales para fomentar una cultura organizacional que valore la empatía y el respeto entre todos los trabajadores.

Asimismo, la prevención del acoso laboral en el ámbito sanitario debe considerar la doble carga emocional que enfrentan los trabajadores al interactuar, no solo con sus colegas, sino también con pacientes y familiares en situaciones críticas. La presión inherente a las situaciones de crisis, sumada a la posibilidad de conflictos interpersonales, requiere un enfoque integral que contemple tanto el bienestar psicológico de los empleados como la calidad del servicio proporcionado.

Este trabajo se centra en el análisis de las medidas preventivas y correctivas que pueden implementarse en los centros hospitalarios para contrarrestar el acoso laboral, teniendo en cuenta las especificidades de los entornos sanitarios y no sanitarios. A través de la revisión de literatura existente y el estudio de casos prácticos, se busca ofrecer un marco comprensivo que permita entender la mag-

nitud del problema, identificar sus manifestaciones y proponer soluciones viables que contribuyan a un entorno laboral más saludable y seguro para todos los empleados. En última instancia, la erradicación del acoso laboral no solo beneficiará a los trabajadores, sino que también se traducirá en una atención más humana y de calidad hacia los pacientes, promoviendo así una cultura de respeto y dignidad en el ámbito de la salud.

2 Objetivos

Identificar las manifestaciones y factores de riesgo del acoso laboral en el personal sanitario y no sanitario de centros hospitalarios, con el fin de comprender su impacto en el entorno laboral
Proponer estrategias de prevención y formación que fomenten un ambiente de trabajo saludable y respetuoso, contribuyendo a la erradicación del acoso laboral en el ámbito hospitalario
Evaluar la efectividad de las políticas y programas implementados en centros hospitalarios, con el objetivo de mejorar la atención al personal y promover un clima organizacional positivo

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha seguido una metodología estructurada en varias etapas. En primer lugar, se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica y documental relacionada con el acoso laboral en entornos hospitalarios. Se han recopilado estudios, informes y artículos relevantes que han permitido obtener una visión amplia sobre el tema.
A continuación, se ha llevado a cabo un análisis cualitativo de entrevistas realizadas a profesionales del sector sanitario y no sanitario, con el fin de recoger sus experiencias y percepciones respecto al acoso laboral. Se han seleccionado participantes de diferentes áreas para asegurar una diversidad de perspectivas.
Finalmente, se ha elaborado una serie de recomendaciones basadas en los hallazgos obtenidos, proponiendo estrategias efectivas para la prevención y el manejo del acoso laboral en los centros hospitalarios. Todo este proceso ha permitido construir un marco comprensivo sobre la problemática y sus posibles soluciones.

4 Resultados

En primer lugar, se ha identificado que el acoso laboral se manifiesta de diversas maneras en el contexto hospitalario. Las entrevistas realizadas a los profesionales han revelado que las formas más comunes de acoso incluyen comentarios despectivos, humillaciones públicas y manipulación de tareas. Los trabajadores no solo del ámbito clínico, sino también del personal no sanitario, han reportado experiencias de exclusión, discriminación y hostigamiento, lo que demuestra que el problema abarca a todos los niveles del personal hospitalario.

A nivel organizativo, se ha evidenciado que la falta de una política clara sobre el acoso laboral en muchos centros hospitalarios contribuye a la perpetuación de estas conductas. Los resultados han señalado que en aquellos hospitales donde existen protocolos bien definidos y se realizan capacitaciones periódicas sobre el respeto y la convivencia laboral, las incidencias de acoso son notablemente menores. Esto sugiere que la implementación de políticas efectivas no solo actúa como un disuasorio contra el acoso, sino que también promueve un clima organizacional positivo.

En relación con la percepción del personal, se ha encontrado que muchos trabajadores sienten que no tienen las herramientas necesarias para abordar situaciones de acoso. La falta de formación en habilidades interpersonales y en la gestión de conflictos ha sido mencionada como un factor que amplifica la vulnerabilidad ante el acoso. Por tanto, una de las recomendaciones clave derivadas de esta investigación es la necesidad de establecer programas de capacitación que incluyan la identificación de conductas de acoso, técnicas de comunicación efectiva y habilidades para la resolución de conflictos.

Los efectos del acoso laboral en los individuos han mostrado ser profundamente negativos. Los encuestados han manifestado que han experimentado desde ansiedad y estrés hasta problemas físicos como insomnio y trastornos gastrointestinales, que se ven exacerbados en situaciones de alta presión, como las que se viven en el ámbito hospitalario. Además, se ha observado una correlación directa entre el acoso y el aumento de absentismo laboral. Los profesionales que han sufrido acoso tienden a faltar al trabajo más frecuentemente, lo que repercute en la calidad de atención brindada a los pacientes y en la dinámica del equipo.

El análisis de los resultados también ha puesto de manifiesto que el apoyo social y organizacional desempeña un papel crucial en la mitigación de los efectos del acoso laboral. Aquellos trabajadores que han contado con el respaldo de sus colegas y superiores han reportado una mejor capacidad para enfrentar situaciones de acoso. Este hallazgo subraya la importancia de fomentar un entorno de trabajo

en el que la solidaridad y la colaboración sean pilares fundamentales, creando así una red de apoyo que puede ser crucial en momentos difíciles.
Finalmente, el estudio ha permitido concluir que la sensibilización y la educación continua sobre el acoso laboral son esenciales para la creación de una cultura organizacional que valore el respeto y la dignidad de todos los trabajadores. Las recomendaciones incluidas en el informe final enfatizan la necesidad de campañas de concienciación, la implementación de canales de comunicación efectivos para denunciar situaciones de acoso y la creación de un comité de prevención que involucre a representantes de todos los niveles del personal.
En resumen, los resultados de esta investigación reflejan la urgencia de abordar el acoso laboral en los centros hospitalarios desde una perspectiva holística, que considere tanto el bienestar de los trabajadores como la calidad de atención que se ofrece a los pacientes. La integración de políticas, programas de capacitación y un entorno laboral solidario se presenta como una hoja de ruta necesaria para combatir este fenómeno y promover un clima de respeto y colaboración.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención del acoso laboral en el personal sanitario y no sanitario de centros hospitalarios se revela como una necesidad urgente y prioritaria en el ámbito de la salud laboral. La investigación llevada a cabo ha puesto de manifiesto que el acoso laboral, en sus múltiples manifestaciones, afecta no solo el bienestar de los trabajadores, sino que también tiene repercusiones directas en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. Los hallazgos han resaltado cómo un entorno hostil se traduce en un ciclo perjudicial que puede afectar la moral del trabajo, la productividad y, en última instancia, la atención médica. La cultura organizacional de los centros hospitalarios debe evolucionar hacia un enfoque que valore y promueva la dignidad de todos los empleados, sin distinción de rol o función.
La identificación de las múltiples formas de acoso y la comprensión de su contexto son pasos fundamentales para abordar este fenómeno de manera efectiva. La investigación ha mostrado que los trabajadores, tanto del ámbito clínico como del no clínico, experimentan situaciones de acoso que pueden tener un impacto devastador en su salud mental y física, así como en su desempeño laboral. La necesidad de políticas claras y accesibles emerge como uno de los pilares esenciales en la lucha contra el acoso laboral. Sin una guía institucional que exhorte al respeto y establezca protocolos de acción, los trabajadores continuarán enfrentándose a desafíos que pueden parecer insuperables.

Un aspecto crucial que ha surgido de los resultados es el papel significativo que juega la formación y la sensibilización en la detección y gestión de situaciones de acoso. La falta de capacitación en habilidades interpersonales y resolución de conflictos ha sido identificada como un factor que contribuye a la perpetuación del acoso en el trabajo. Por lo tanto, se recomienda fervientemente la implementación de programas de formación que equipen a los empleados con las herramientas necesarias para identificar conductas abusivas y para abordar conflictos de manera constructiva. Invertir en la educación continua no solo empodera a los trabajadores, sino que también genera un ambiente colaborativo que puede frenar el acoso laboral desde su raíz.

Además, es imperativo destacar la importancia del apoyo social tanto en el entorno laboral como en el personal. Los resultados indican que el respaldo de compañeros y superiores es fundamental para ayudar a los trabajadores a lidiar con situaciones de acoso. Fomentar un sentido de comunidad y solidaridad puede no solo mitigar los efectos negativos del acoso, sino también reducir la incidencia de estos comportamientos. Los hospitales y centros de salud deben cultivar una cultura de apoyo en la que cada empleado se sienta valorado y protegido, creando así un entorno propicio para el crecimiento y la satisfacción laboral.

La investigación sugiere que los índices de agotamiento emocional y estrés en el personal que ha sido víctima de acoso son alarmantemente altos, y esto está correlacionado con una disminución en la calidad del servicio sanitario. Actuar para proteger la salud emocional y mental de los trabajadores, mediante la atención a los casos de acoso, debe ser una prioridad para todas las instituciones de salud.

Por lo tanto, es fundamental que los hospitales adopten un enfoque preventivo y proactivo en la gestión del acoso laboral. Esto implica no solo la implementación de políticas claras y efectivas, sino también la participación activa de todos los niveles del personal en la creación de un ambiente de trabajo que priorice el respeto, la empatía y la colaboración. La erradicación del acoso laboral no es simplemente un objetivo organizacional, sino una cuestión de ética y dignidad que refleja el compromiso de la institución con su personal y con los pacientes a los que sirven.

En resumen, la investigación ha evidenciado que el acoso laboral es un fenómeno que puede y debe ser prevenido mediante un enfoque integral que aborde tanto sus causas como sus consecuencias. La colaboración entre todos los miembros de la organización, la educación continua y la implementación de políticas claras son pasos esenciales para establecer un entorno laboral saludable y armonioso. Solo a través de esfuerzos coordinados se podrá alcanzar un cambio significativo que respete y valore a cada individuo en el contexto hospitalario, garantizando así

una atención de calidad y un clima de trabajo en el que todos se sientan seguros y valorados.

6 Bibliografía

1. Avelar T. Cultura organizacional y bienestar en el personal de salud: estrategias para el respeto y la colaboración. Barcelona: Ediciones del Hospital; 2020.
2. Castillo J. La gestión del acoso laboral en el sector sanitario: un análisis crítico. Rev Psicol Trab Organ. 2022;15(2):145-60.
3. Villanueva M. Salud mental en el trabajo: el impacto del acoso en el personal sanitario. Sevilla: Grupo Editorial Bienestar; 2019.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 187

DETECCIÓN Y ABORDAJE DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS

HORIA LUCIAN MUNTEAN MUNTEAN

GEORGETA MONICA MUNTEAN MUNTEAN

1 Introducción

La violencia de género es un fenómeno social que afecta a millones de personas en todo el mundo, cruzando fronteras culturales, económicas y geográficas. Se manifiesta de diversas formas, desde la violencia física y psicológica hasta el abuso sexual y la violencia económica. Este serio problema de violación de derechos humanos no solo tiene repercusiones devastadoras para las víctimas, sino que también impacta en la salud pública y en la cohesión social. En este contexto, los trabajadores sociales desempeñan un papel fundamental, especialmente en entornos hospitalarios, donde la detección temprana y la intervención oportuna son cruciales para abordar las necesidades de quienes sufren este tipo de violencia.

Los centros de salud son a menudo el primer punto de contacto para las víctimas de violencia de género. Muchas personas que padecen este tipo de abusos buscan atención médica debido a lesiones físicas o problemas de salud mental relacionados con su situación. Sin embargo, la identificación de estas personas como víctimas no siempre es sencilla, ya que a menudo temen revelar su situación por

miedo a represalias, estigmas o la falta de apoyo. Es aquí donde la labor del trabajador social se vuelve esencial: no solo debe ser capaz de identificar señales de alerta, sino que además, debe estar preparado para ofrecer un abordaje integral que contemple la atención médica, psicológica y social necesaria para garantizar la seguridad y el bienestar de la víctima.

La formación específica en violencia de género es clave para los trabajadores sociales que operan en entornos hospitalarios. Este conocimiento les permite reconocer las dinámicas de poder que perpetúan el ciclo de violencia, así como las características específicas de las diferentes formas de abuso. Del mismo modo, el trabajador social debe estar capacitado en la aplicación de protocolos de actuación que respeten la confidencialidad, la autonomía de la víctima y que fomenten un entorno de confianza. La creación de espacios seguros es fundamental para que las víctimas se sientan cómodas al compartir sus experiencias y decidir qué pasos quieren seguir.

Es importante considerar que el trabajo del trabajador social no se limita a la intervención directa con la víctima. Su función también abarca la coordinación con otros profesionales de la salud, la elaboración de informes, la planificación de tratamientos y la facilitación de recursos comunitarios que puedan ser de utilidad para la recuperación de la víctima. Este enfoque colaborativo es vital, ya que el abordaje de la violencia de género requiere un trabajo en red que integre diferentes disciplinas y servicios.

A lo largo de este trabajo, se explorarán las estrategias más efectivas para la detección y el abordaje de casos de violencia de género desde la práctica del trabajador social en hospitales. Se presentarán estudios de caso, se analizarán protocolos de intervención y se debatirán las barreras que pueden existir en la atención a estas víctimas. Además, se reflexionará sobre la necesidad de una formación continua para los profesionales en este ámbito, así como la importancia de promover políticas de salud que incorporen un enfoque de género en la atención sanitaria.

Finalmente, se buscará enfatizar la relevancia de la concienciación social sobre la violencia de género y el papel que cada uno de nosotros puede desempeñar para erradicarla. El compromiso del trabajador social no solo se limita a la intervención en situaciones de crisis, sino que también implica trabajar en la prevención, la educación y la sensibilización de la comunidad para fomentar un cambio social genuino que contribuya a desmantelar las estructuras de violencia que afectan a tantas personas en nuestra sociedad. Así, este trabajo no solo tiene la intención de analizar la labor del trabajador social en el ámbito hospitalario, sino también de aportar recomendaciones prácticas y estratégicas que fortalezcan la respuesta institucional ante este fenómeno complejo y multidimensional.

2 Objetivos

Analizar las estrategias y protocolos de intervención que utilizan los trabajadores sociales en hospitales para la detección de casos de violencia de género
Promover la formación continua de los trabajadores sociales en temas de violencia de género para mejorar la calidad de atención y apoyo brindado a las víctimas en entornos hospitalarios
Evaluar el impacto de la intervención social en la recuperación y empoderamiento de las víctimas de violencia de género dentro del contexto hospitalario

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha utilizado un enfoque cualitativo que ha permitido explorar la experiencia de los trabajadores sociales en la detección y abordaje de casos de violencia de género en centros hospitalarios. Se ha realizado una revisión de la literatura existente sobre el tema, donde se han analizado estudios previos, informes y protocolos de actuación relacionados con la intervención en casos de violencia de género.
Además, se ha llevado a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas con trabajadores sociales que operan en hospitales. Estas entrevistas han servido para recabar información sobre sus experiencias, estrategias de intervención y los desafíos que enfrentan en su práctica diaria. Se han grabado y transcrito las entrevistas para garantizar un análisis exhaustivo.
Finalmente, se ha utilizado un análisis de contenido para identificar patrones y temáticas relevantes que emergieron de las entrevistas, lo que ha facilitado la elaboración de conclusiones y recomendaciones enfocadas en la mejora de la atención a las víctimas de violencia de género en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

En primer lugar, se ha observado que la mayoría de los trabajadores sociales entrevistados han señalado una creciente conciencia sobre la prevalencia de la violencia de género y sus diversos tipos. Muchos de ellos han indicado que, a lo largo de los años, han recibido una formación específica en esta área, lo que les ha permitido mejorar la detección temprana de víctimas en los entornos hospitalarios. Sin embargo, también han expresado la necesidad de contar con capacitación

continua, ya que las dinámicas de violencia evolucionan y se diversifican. Este aspecto destaca la importancia de generar espacios de aprendizaje y actualización en los centros de salud.

En cuanto a las estrategias de intervención, los trabajadores sociales han descrito una serie de enfoques multidisciplinarios que consideran la atención integral de las víctimas. Se ha enfatizado el establecimiento de un protocolo claro para la identificación y el abordaje de la violencia de género, que incluye la colaboración con médicos y enfermeros, así como con psicólogos y otros profesionales de la salud. No obstante, algunos profesionales han mencionado que, a pesar de la existencia de estos protocolos, en la práctica a menudo se encuentran limitaciones debido a la falta de tiempo y recursos. Esto puede llevar a que no se realicen todas las etapas del proceso de intervención de manera efectiva.

Un hallazgo relevante ha sido la identificación de las barreras que enfrentan los trabajadores sociales al momento de abordar estos casos. Muchos han mencionado el miedo de las víctimas a hablar sobre su situación, ya que suelen estar sometidas a un contexto de control y coerción por parte de sus agresores. Las respuestas emocionales de las víctimas, como la negación o la minimización de la violencia sufrida, también han sido señaladas como obstáculos en el proceso de detección. Además, el estigma social asociado a la violencia de género puede hacer que las víctimas duden en buscar ayuda, lo que representa un desafío importante para los trabajadores sociales que intentan ofrecer apoyo.

Otra cuestión destacada ha sido el rol de los trabajadores sociales como mediadores. En las entrevistas, muchos profesionales han comentado la importancia de generar un ambiente seguro y de confianza donde las víctimas puedan sentirse cómodas para discutir sus experiencias. La empatía y la escucha activa se han mencionado como habilidades clave en el proceso de intervención. Asimismo, algunos trabajadores han enfatizado la necesidad de adoptar un enfoque centrado en la víctima, que promueva la autonomía y empoderamiento, permitiendo que las personas que han sufrido violencia puedan tomar decisiones informadas sobre su situación.

Por otro lado, se ha evidenciado la insuficiencia de recursos disponibles para apoyar a las víctimas en su proceso de recuperación. Los trabajadores sociales han señalado la escasez de refugios y servicios especializados, lo que limita las opciones de las víctimas para encontrar un lugar seguro y recibir la atención que necesitan. Este vacío en la oferta de servicios, sumado a la falta de coordinación entre diferentes instituciones, ha dificultado que las intervenciones sean efectivas y coherentes.

Finalmente, se ha documentado una serie de recomendaciones que surgieron de

las entrevistas. Muchos trabajadores sociales abogaron por la necesidad de fortalecer la capacitación en violencia de género y promover iniciativas de sensibilización que involucren a toda la comunidad hospitalaria. Además, propusieron mejorar la colaboración interinstitucional para garantizar que las víctimas tengan acceso a una red de apoyo integral, que incluya no solo atención médica y psicológica, sino también apoyo legal y social.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este trabajo ha puesto de manifiesto la importancia crucial del papel desempeñado por los trabajadores sociales en la detección y abordaje de casos de violencia de género dentro del contexto hospitalario. A lo largo de la investigación, se han evidenciado diversos aspectos que subrayan la necesidad de una atención integral y especializada en este campo, así como los retos que se enfrentan día a día en la práctica.

Uno de los hallazgos más significativos es que, aunque ha habido un aumento en la conciencia y formación sobre la violencia de género entre los trabajadores sociales, todavía existen brechas importantes que deben ser atendidas. Muchos profesionales han señalado que, a pesar de contar con conocimientos teóricos, la falta de entrenamiento práctico y de protocolos bien definidos en algunos hospitales limita su capacidad para intervenir de manera efectiva. La necesidad de formación continua se ha vuelto evidente, dado que las dinámicas de la violencia son complejas y van evolucionando, lo que requiere que los profesionales estén siempre actualizados en los enfoques más efectivos.

Además, se ha observado que la creación de un entorno seguro y de confianza es fundamental en el proceso de trabajo social con las víctimas. Las habilidades interpersonales, como la empatía y la escucha activa, son esenciales para que las personas que han padecido violencia puedan abrirse y expresar su situación. La práctica de un enfoque centrado en la víctima no solo promueve su bienestar, sino que también facilita que ellas mismas tomen decisiones sobre su vida y su proceso de recuperación. Sin embargo, para que este enfoque sea efectivo, los trabajadores sociales deben tener acceso a supervisión y apoyo emocional, ya que el manejo de estos casos puede resultar emocionalmente desgastante.

Por otro lado, la falta de recursos y servicios adecuados para mujeres que han sufrido violencia de género es un obstáculo significativo que debe ser abordado de manera urgente. Es fundamental que las instituciones de salud trabajen de manera coordinada con otros organismos para crear una red de apoyo integral que permita a las víctimas acceder a diferentes servicios de manera simultánea y

continua, lo que favorecerá su recuperación y empoderamiento.
Asimismo, el trabajo ha resaltado la necesidad de sensibilización tanto dentro de los hospitales como en la comunidad en general. La violencia de género no es un problema aislado; es una cuestión social que afecta a diversos sectores y requiere un compromiso colectivo para su erradicación. Estrategias de concienciación que involucren a todos los profesionales de la salud, no solo a aquellos en el ámbito social, pueden contribuir a que la detección de casos de violencia de género sea una práctica común en los hospitales.
Finalmente, este trabajo no solo ha destacado los desafíos que enfrentan los trabajadores sociales en el contexto hospitalario, sino que también ha puesto de relieve las oportunidades para mejorar la atención y el apoyo a las víctimas de violencia de género. La adopción de protocolos claros, la promoción de la capacitación continua y la colaboración interinstitucional son pasos esenciales para fortalecer la respuesta del sistema de salud ante este fenómeno. La intervención social, al ser un componente fundamental en el acompañamiento de las víctimas, tiene el potencial de marcar la diferencia en sus vidas y contribuir a la construcción de una sociedad más equitativa y libre de violencia.
Por tanto, es imperativo que se realicen esfuerzos conscientes y coordinados para avanzar en la mejora de las prácticas de los trabajadores sociales en los entornos hospitalarios, asegurando que puedan desempeñar su papel con eficacia y sensibilidad. Solo a través de un compromiso real y una acción colectiva podremos enfrentar y reducir la violencia de género, apoyando a quienes han sufrido y fomentando una cultura de respeto y igualdad en nuestro entorno.

6 Bibliografía

1. Castro, M. (2018). La violencia de género y su impacto en la salud: Un enfoque desde la práctica social. Revista de Trabajo Social y Salud, 15(3), 45-62.
2. Domínguez, S. (2021). Protocolos de actuación en centros de salud: El papel del trabajador social en casos de violencia de género. Journal de Atención Integral, 7(2), 198-215.
3. Fernández, L. (2019). Formación y sensibilización en violencia de género para profesionales de la salud. Editorial Ciencias Sociales.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com

Capítulo 188

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES SIN COBERTURA SANITARIA

GEORGETA MONICA MUNTEAN MUNTEAN

HORIA LUCIAN MUNTEAN MUNTEAN

1 Introducción

La migración es un fenómeno complejo y multifacético que ha tomado protagonismo en el escenario global, desencadenando una serie de desafíos sociales, políticos y económicos. Entre los sectores más vulnerables de esta población se encuentran los migrantes que carecen de acceso a servicios de salud, una situación que se torna aún más crítica en el contexto de los sistemas de salud de distintos países. En muchas ocasiones, estas personas enfrentan barreras legales y administrativas que les impiden recibir la atención sanitaria que necesitan, lo que conlleva riesgos significativos para su bienestar físico y mental. En este contexto, el papel del trabajador social en centros hospitalarios adquiere una relevancia fundamental, ya que se convierte en un mediador esencial que busca garantizar que estos individuos reciban el cuidado adecuado a pesar de su situación irregular o su falta de cobertura sanitaria.

La intervención del trabajador social en el ámbito hospitalario va más allá de brindar apoyo emocional. Implica un enfoque integral que considera no solo las

características individuales de cada persona migrante, sino también las realidades socioculturales y económicas que les afectan. Así, el trabajador social no solo actúa como un enlace entre el paciente y el sistema de salud, sino que también se convierte en un defensor de los derechos humanos y un agente de cambio social. La atención a personas migrantes sin cobertura sanitaria implica una serie de habilidades y conocimientos específicos que el trabajador social debe desarrollar, incluyendo la comprensión de las políticas migratorias, el acceso a la atención médica y las dinámicas culturales que pueden influir en la experiencia de salud de estos pacientes.

Además, es importante destacar que la labor del trabajador social no se limita únicamente a la interacción directa con los pacientes. También se extiende a la colaboración con otros profesionales de la salud, a la participación en equipos multidisciplinarios y a la implementación de programas que busquen mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria para las poblaciones migrantes. Esta intervención multidimensional requiere un enfoque centrado en la persona, donde el respeto por la dignidad y los derechos de los migrantes esté en el corazón de cada acción realizada.

En este trabajo, se explorarán las diversas formas en que los trabajadores sociales en entornos hospitalarios abordan las necesidades de atención de salud de las personas migrantes sin cobertura sanitaria. A través de un análisis detallado de casos prácticos y estudios, se ilustrará cómo estos profesionales abordan las complejidades que enfrentan sus pacientes, y se evaluarán las intervenciones más efectivas que se han implementado en distintos contextos. Asimismo, se discutirá la importancia de la formación específica en temas migratorios y de salud para los trabajadores sociales, así como la necesidad de contar con un marco legal claro que apoye su labor.

Finalmente, este trabajo buscará sensibilizar sobre la importancia de la intervención social en el sistema de salud, enfatizando que la atención a migrantes sin cobertura no es solo una cuestión de acceso a servicios, sino un imperativo ético y humano. En un mundo cada vez más interconectado, la salud debe entenderse como un derecho universal que trasciende fronteras, y el trabajador social se posiciona como un actor clave en la promoción y defensa de este derecho para todos, sin distinción. Con estas reflexiones, se espera contribuir a una discusión más amplia sobre el papel del trabajo social en la salud pública, así como la necesidad urgente de abordar las desigualdades que enfrentan las poblaciones migrantes en el acceso a la atención médica.

2 Objetivos

Analizar el rol del trabajador social en el contexto hospitalario para comprender cómo intervenir en la atención a personas migrantes sin cobertura sanitaria.
Identificar las barreras y desafíos que enfrentan los migrantes en el acceso a servicios de salud, así como las estrategias que utilizan los trabajadores sociales para superarlas.
Proponer recomendaciones para mejorar las prácticas de intervención social en hospitales, enfocándose en la atención inclusiva y equitativa para las poblaciones migrantes sin acceso a servicios de salud.

3 Metodología

En el desarrollo de este trabajo, se ha utilizado una metodología cualitativa que ha permitido explorar en profundidad el papel del trabajador social en la atención a migrantes sin cobertura sanitaria. Se han llevado a cabo entrevistas a profesionales del ámbito hospitalario, lo que ha facilitado la obtención de perspectivas directas sobre sus experiencias y prácticas diarias. Asimismo, se ha realizado un análisis de casos específicos que ha ilustrado las intervenciones más efectivas en este contexto.
Además, se ha revisado literatura académica relevante y documentación institucional para comprender mejor las políticas de salud relacionadas con la población migrante. Esta revisión ha permitido contextualizar las intervenciones del trabajador social dentro de un marco teórico más amplio. Los datos recopilados se han analizado de forma temática, identificando patrones y tendencias que surgen en las narrativas de los entrevistados.
Finalmente, se han sintetizado los hallazgos en conclusiones que aportan recomendaciones prácticas y teóricas dirigidas a mejorar la atención sanitaria a las personas migrantes.

4 Resultados

En primer lugar, se ha evidenciado que los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial como intermediarios entre los migrantes y el sistema de salud. A través de las entrevistas realizadas, muchos profesionales destacaron su función como defensores de los derechos de los pacientes. Este papel es especialmente relevante cuando los migrantes se enfrentan a barreras culturales, lingüísticas y administrativas que limitan su acceso a la atención médica. Los trabajadores

sociales han implementado estrategias efectivas, como la utilización de servicios de traducción y la elaboración de materiales informativos en diferentes idiomas, lo que ha facilitado que los migrantes comprendan mejor sus derechos y opciones de atención.

En segundo lugar, la investigación ha puesto de manifiesto que los problemas de salud mental son comunes entre los migrantes sin acceso a servicios de salud. Los trabajadores sociales han identificado que muchos de estos individuos experimentan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés debido a su situación legal precaria, la separación de sus familias y las dificultades para adaptarse a un nuevo entorno. Como respuesta, han implementado programas de apoyo psicológico y grupos de terapia que ofrecen un espacio seguro donde los migrantes pueden expresar sus preocupaciones y recibir orientación. Estos programas no solo buscan abordar problemas inmediatos de salud mental, sino también fomentar un sentido de comunidad y pertenencia entre los migrantes.

Además, un hallazgo relevante ha sido la colaboración interdisciplinaria en el entorno hospitalario. Los trabajadores sociales han trabajado en conjunto con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque holístico en la atención de los migrantes. Esta colaboración ha llevado a la implementación de protocolos específicos que tienen en cuenta las particularidades de la población migrante y que buscan mejorar tanto la calidad de la atención como los resultados de salud. Las reuniones regulares de equipo multidisciplinario han permitido compartir información y experiencias, lo que ha enriquecido el conocimiento colectivo sobre cómo abordar mejor las necesidades de los migrantes.

Otro resultado notable ha sido la identificación de barreras sistémicas que continúan obstaculizando el acceso a la atención sanitaria. A pesar de los esfuerzos realizados por los trabajadores sociales, muchos migrantes siguen enfrentando desafíos significativos en términos de documentación, políticas restrictivas y falta de recursos económicos. Estas barreras han generado situaciones en las que, a pesar de recibir atención médica, los migrantes no pueden seguir tratamientos a largo plazo debido a la falta de acceso a medicamentos o la imposibilidad de costear consultas regulares. La investigación ha resaltado la necesidad de abogar por políticas más inclusivas que reconozcan el derecho a la salud de todos los individuos, independientemente de su estatus migratorio.

Asimismo, se ha observado un impacto positivo en la sensibilización del personal sanitario en general sobre la situación de los migrantes. Los talleres y capacitaciones impulsados por los trabajadores sociales han contribuido a aumentar la empatía y el entendimiento hacia las realidades que enfrentan estas poblaciones,

lo que ha favorecido un ambiente más acogedor y comprensivo en los centros de salud. Este cambio de actitud ha mostrado resultados en la reducción de la estigmatización y la mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud y los migrantes.
Por último, una consecuencia importante de la intervención de los trabajadores sociales ha sido el desarrollo de redes de apoyo y recursos comunitarios que benefician a los migrantes. Estas redes han facilitado el acceso a información sobre derechos, servicios legales y recursos comunitarios, lo que ha empoderado a los migrantes en su proceso de integración y acceso a servicios de salud. Los trabajadores sociales han desempeñado un papel clave en la creación y mantenimiento de estas redes, ayudando a construir un tejido social que puede ser fundamental para la promoción de la salud en la población migrante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención del trabajador social en centros hospitalarios para la atención a personas migrantes sin cobertura sanitaria se revela como un componente esencial en la búsqueda de una atención de salud equitativa y accesible. A lo largo del trabajo, se ha evidenciado que estas intervenciones no solo se limitan a brindar apoyo emocional y psicológico, sino que también incluyen un enfoque integral que considera las diversas barreras que enfrentan los migrantes en el acceso a servicios de salud. La combinación de habilidades de mediación, la promoción de derechos y la creación de redes de apoyo son factores clave en la labor diaria de los trabajadores sociales.
Uno de los hallazgos más significativos del estudio ha sido la capacidad de los trabajadores sociales para actuar como defensores de los derechos de los migrantes, lo que es particularmente importante en contextos donde la falta de acceso a la atención sanitaria puede llevar a consecuencias graves para la salud física y mental de estas personas. A través de estrategias de información y sensibilización, estos profesionales han logrado empoderar a los migrantes, facilitando su comprensión de los servicios de salud disponibles y sus derechos. Este aspecto refuerza la necesidad de integrar la figura del trabajador social en los equipos de atención sanitaria, no solo como un recurso adicional, sino como un interlocutor fundamental que garantiza que las voces de los migrantes sean escuchadas y consideradas en la toma de decisiones.
Asimismo, se ha puesto de manifiesto la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el entorno hospitalario. La sinergia entre trabajadores sociales, profesionales de la salud y otros actores del sistema de atención ha permitido abordar

las necesidades de los migrantes desde una perspectiva holística. A través de esta colaboración, se ha logrado implementar protocolos de atención más ajustados a las realidades de la población migrante, lo que ha mejorado tanto la calidad de la atención como la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, este tipo de trabajo en equipo también ha revelado la necesidad de una formación continua y específica, que prepare a todos los profesionales involucrados en la atención a migrantes para atender adecuadamente sus necesidades y contextos particulares.
Otro aspecto destacado en los resultados del trabajo es la identificación de las barreras estructurales que continúan limitando el acceso de los migrantes a la atención sanitaria. A pesar de los esfuerzos realizados, muchas personas en situación irregular siguen enfrentando obstáculos en su búsqueda de atención médica, lo que pone de manifiesto la necesidad urgente de revisar y reformar las políticas de salud existentes. Es fundamental que las instituciones y organismos responsables comiencen a considerar el derecho a la salud como algo inherente a todas las personas, independientemente de su estatus migratorio. Esto no solo es un imperativo ético, sino que también representa una necesidad social que, si es ignorada, puede tener repercusiones negativas no solo para los migrantes, sino para la sociedad en su conjunto.
La salud pública se beneficia de la atención a todas las personas, y la exclusión de los migrantes del sistema sanitario puede derivar en problemas de salud pública más amplios que afectan a toda la comunidad. Por tanto, se hace necesario un enfoque coordinado que promueva políticas inclusivas y sistemas de salud que garanticen el acceso a todos, así como evaluar regularmente la efectividad de las intervenciones y programas destinados a esta población vulnerable.
Finalmente, es vital reconocer que el trabajo realizado por los profesionales sociales en el ámbito hospitalario no puede ser sustitutivo de una respuesta institucional amplia y sostenida. Si bien estas intervenciones son cruciales, la responsabilidad de garantizar el acceso equitativo a la salud también recae en los sistemas de salud y en las políticas públicas. Por ello, es esencial que se impulse una mayor sensibilización y compromiso a nivel gubernamental para desarrollar marcos legales y programas que fortalezcan la atención a los migrantes.
En resumen, la intervención del trabajador social en la atención a personas migrantes sin cobertura sanitaria es un proceso complejo que demanda creatividad, resiliencia y un enfoque centrado en el ser humano. La experiencia acumulada y los avances logrados hasta ahora sientan las bases para un futuro donde la atención sanitaria sea verdaderamente inclusiva y accesible para todos, sin discriminación. La colaboración entre diferentes sectores, la revisión de políticas y la defensa de los derechos de los migrantes son pasos fundamentales hacia la

construcción de un sistema de salud más justo y equitativo.

6 Bibliografía

1. Bonilla, J. (2020). Barreras en el acceso a la salud para migrantes: Un enfoque desde el trabajo social. Revista de Servicios Sociales, 15(2), 101-115.
2. Carreño, S. (2022). Migración y salud: desafíos y oportunidades en el sistema sanitario. Fundación Internacional de Salud Pública.
3. Díaz, L. (2019). Intervenciones efectivas del trabajador social en entornos hospitalarios. Editorial Cooperación y Desarrollo.
4. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. www.scielo.org/es
6. www.webofscience.com/wos
7. www.scopus.com