



Salud y cuidados: abordaje multidisciplinar para la mejora de la calidad de vida

Varios autores

Palmito Books

Título: Salud y cuidados: abordaje multidisciplinar para la mejora de la calidad de vida

© Iván Rodríguez Montes, Sara Mariscal Bonillo, Estrella Manuela Pelegrín Senaty, Noelia Paredes Pelegrín, 2024

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato CD-ROM

1ª edición: diciembre 2024

ISBN: 979-13-88020-40-7

Depósito Legal: D.L. MU 1565-2024

DOI: 10.56533/LAJS3593



Índice

Prefacio.....	7
El papel de la alimentación en la recuperación del paciente hospitalizado	9
Alimentación hospitalaria en pacientes con enfermedad renal crónica	17
Estrategias culinarias para el manejo nutricional de la diabetes tipo 2 en entornos hospitalarios	27
Atención humanizada y acompañamiento del paciente: la dimensión ética del trabajo del celador.....	35
La comunicación del celador con pacientes y familias: habilidades sociales y gestión emocional.....	43
El celador en unidades especiales: cuidados en UCI, quirófano, radiología y oncología	51
El celador ante la diversidad: atención a pacientes con discapacidad, personas mayores y colectivos vulnerables	59
Gestión de la información clínica y protección de datos	67
Coordinación administrativa y eficiencia en los procesos asistenciales: relación con profesionales sanitarios y optimización de recursos	75

Prefacio

La sanidad contemporánea se sostiene sobre un entramado complejo de saberes, prácticas y profesionales cuya actuación coordinada resulta esencial para garantizar no solo la curación de la enfermedad, sino también la mejora integral de la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el presente libro, titulado *Salud y cuidados: abordaje multidisciplinar para la mejora de la calidad de vida*, se concibe como una obra colectiva que refleja la importancia de la colaboración entre disciplinas y la complementariedad de los distintos roles dentro del sistema sanitario.

Lejos de entender la atención a la salud únicamente como un acto médico, hoy se reconoce que el bienestar de las personas en situación de enfermedad o vulnerabilidad depende de múltiples factores que requieren un abordaje global. La alimentación, los cuidados básicos, la humanización de la asistencia, la comunicación eficaz y la gestión administrativa son piezas fundamentales de un mismo engranaje que tiene como objetivo último el respeto a la dignidad y los derechos del paciente. Esta visión integral constituye la esencia de este libro, en el que profesionales de diferentes ámbitos aportan reflexiones, conocimientos y experiencias que enriquecen la comprensión del cuidado en todas sus dimensiones.

Los primeros capítulos están dedicados a la alimentación hospitalaria, un área que a menudo pasa desapercibida y, sin embargo, desempeña un papel crucial en la recuperación y evolución clínica. Se exploran cuestiones como el impacto de la nutrición en pacientes hospitalizados, la adaptación dietética en la enfermedad renal crónica o las estrategias culinarias dirigidas a personas con diabetes tipo 2. Estas contribuciones muestran cómo la dietética y la gastronomía hospitalaria no se limitan a la cobertura de necesidades fisiológicas, sino que influyen de manera determinante en la calidad de vida, la adherencia terapéutica y la percepción de bienestar del paciente.

El libro avanza hacia la figura del celador, un profesional cuya labor, aunque a menudo invisible, resulta indispensable en el funcionamiento cotidiano de cualquier centro sanitario. Se abordan aspectos tan relevantes como la atención humanizada

y la dimensión ética del acompañamiento al paciente, la comunicación con usuarios y familiares en contextos de vulnerabilidad emocional, el desempeño en unidades especiales como la UCI o el quirófano, así como el reto de atender a la diversidad de pacientes, desde personas con discapacidad hasta colectivos de mayor fragilidad, como los ancianos. Con ello se pone de relieve la centralidad del celador en la creación de entornos seguros, humanos y adaptados a las necesidades reales de las personas.

El último bloque está centrado en el ámbito administrativo sanitario, un terreno que conecta directamente con la eficiencia organizativa y con la percepción de calidad asistencial por parte del usuario. La gestión de la información clínica y la protección de datos adquieren una relevancia creciente en un contexto de digitalización y nuevas normativas. Asimismo, la coordinación administrativa y la optimización de los procesos asistenciales se destacan como factores clave para garantizar que los recursos humanos y materiales se utilicen de manera adecuada, facilitando la labor de los profesionales sanitarios y mejorando la experiencia de pacientes y familiares.

En conjunto, los capítulos que integran esta obra ofrecen una visión plural y complementaria que ayuda a comprender la sanidad como un ecosistema en el que cada agente cumple un papel fundamental. La mejora de la calidad de vida no depende únicamente de la aplicación de tratamientos médicos, sino de la integración de saberes y prácticas que, sumados, construyen una atención centrada en la persona.

Este libro invita al lector —ya sea profesional sanitario, estudiante o interesado en el ámbito de la salud— a reflexionar sobre la importancia del trabajo en equipo, la humanización del cuidado y la innovación en los procesos. Solo desde esta mirada multidisciplinar podremos avanzar hacia un modelo sanitario más justo, eficiente y respetuoso con quienes depositan en él su confianza.

El papel de la alimentación en la recuperación del paciente hospitalizado

Iván Rodríguez Montes

La alimentación en el entorno hospitalario constituye un eje fundamental en los procesos de recuperación y bienestar del paciente. Lejos de ser un aspecto secundario o meramente logístico, la nutrición se reconoce hoy como una herramienta terapéutica de primer orden, capaz de influir en la evolución clínica, la calidad de vida y la reducción de complicaciones durante el ingreso hospitalario. Cada vez con mayor fuerza, las instituciones sanitarias y los equipos multidisciplinares integran la atención nutricional dentro de las estrategias asistenciales, conscientes de que una adecuada provisión de nutrientes es tan esencial como la administración de fármacos o la intervención quirúrgica.

El estado nutricional de una persona hospitalizada depende de múltiples factores, que van desde la patología de base hasta la edad, el grado de dependencia funcional o la presencia de comorbilidades. La evidencia científica ha demostrado que la desnutrición hospitalaria afecta a un porcentaje significativo de pacientes, con cifras que oscilan entre el 30 y el 50 % en algunos estudios^{1,2}. Este fenómeno se asocia con estancias más prolongadas, mayor incidencia de infecciones, retraso en la cicatrización de heridas y una disminución general de la capacidad de respuesta inmunológica. Así, abordar la alimentación en el hospital no puede considerarse un lujo, sino una obligación asistencial que repercute directamente en la eficacia del tratamiento global.

Un elemento clave es la valoración nutricional precoz. Desde el momento del ingreso, resulta necesario identificar el riesgo de desnutrición mediante herramientas validadas, como el MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) o el NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)³. Esta primera evaluación permite establecer un plan dietético adaptado a las necesidades del paciente, evitando la progresión de déficits nutricionales. No se trata únicamente de medir el peso o calcular el

índice de masa corporal, sino de comprender el contexto clínico y social de cada persona, teniendo en cuenta variables como la pérdida de apetito, la disminución de la movilidad o las dificultades para masticar y deglutir.

Una vez realizada la valoración, la intervención nutricional debe individualizarse. En los hospitales, la alimentación del paciente se articula en varios niveles: la dieta basal o general, que sigue principios de alimentación equilibrada; las dietas terapéuticas, diseñadas para adaptarse a condiciones clínicas específicas, como insuficiencia renal, diabetes o hipertensión; y los planes dietéticos especiales que requieren modificaciones en textura o consistencia, como las dietas trituradas o de disfagia^{4,5}. A estas opciones se añaden los suplementos nutricionales orales y, en casos más complejos, el soporte nutricional artificial, ya sea por vía enteral o parenteral⁶. La integración de estas modalidades refleja la importancia de considerar la alimentación como un tratamiento activo, susceptible de ajustarse igual que un medicamento.

La dimensión psicológica y social de la alimentación hospitalaria no puede pasarse por alto. La comida no solo cumple una función biológica, sino también cultural, emocional y de identidad personal. El paciente hospitalizado, con frecuencia sometido a un entorno desconocido y rutinario, encuentra en los alimentos un vínculo con la normalidad y un elemento de confort. Por ello, los servicios de hostelería hospitalaria han ido evolucionando hacia modelos más humanizados, que buscan mejorar la presentación de los platos, ofrecer variedad y respetar en la medida de lo posible las preferencias individuales⁷. Este cambio responde a la evidencia de que un mayor grado de satisfacción con la dieta repercute positivamente en la ingesta real de nutrientes, evitando el rechazo de comidas y mejorando la adherencia al tratamiento dietético.

Además de la atención al paciente como individuo, la alimentación en los hospitales se relaciona directamente con la gestión de recursos y la sostenibilidad. Una dieta adecuada no solo favorece la recuperación, sino que contribuye a reducir complicaciones, estancias prolongadas y reingresos, lo cual se traduce en un impacto económico positivo para el sistema de salud. El concepto de coste-efectividad aplicado a la nutrición hospitalaria ha demostrado que invertir en dietistas-nutricionistas, formación del personal y mejora de la calidad de los menús es una estrategia rentable a medio y largo plazo⁸. La alimentación, entendida en

términos de prevención y promoción de la salud, constituye un claro ejemplo de cómo la inversión inicial puede revertir en un ahorro sustancial de recursos.

En este escenario, el rol de los profesionales sanitarios es crucial. El trabajo coordinado de médicos, enfermeras, dietistas-nutricionistas, auxiliares y personal de cocina garantiza que la alimentación se adapte a las necesidades terapéuticas sin perder de vista la experiencia del paciente. La enfermería desempeña un papel destacado en la vigilancia de la ingesta, la detección de dificultades y la educación para el autocuidado nutricional, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. A su vez, los dietistas-nutricionistas diseñan los menús, evalúan la adecuación de nutrientes y ajustan la dieta según los parámetros clínicos y analíticos. Esta labor en equipo refleja la esencia de la atención hospitalaria moderna: la suma de miradas y competencias para lograr un cuidado integral.

La tecnología también está transformando la forma en que se concibe la alimentación en el hospital. La digitalización de los historiales clínicos permite registrar y monitorizar de manera precisa la ingesta de cada paciente, facilitando la detección temprana de riesgos nutricionales. Asimismo, la incorporación de software específico ayuda a personalizar menús, calcular valores nutricionales y ajustar dietas en tiempo real según cambios en la evolución clínica. Por otra parte, la innovación en la industria alimentaria aporta nuevos productos diseñados para cubrir necesidades específicas, desde suplementos enriquecidos hasta alimentos texturizados para personas con disfagia.

No obstante, persisten desafíos importantes. Uno de los más relevantes es la heterogeneidad en la disponibilidad de recursos entre distintos hospitales y sistemas sanitarios. En algunos contextos, la ausencia de dietistas-nutricionistas en plantilla limita la capacidad de respuesta ante los problemas de desnutrición hospitalaria. Del mismo modo, la sobrecarga asistencial del personal de enfermería dificulta a veces la vigilancia adecuada de la ingesta o la implementación de estrategias de educación nutricional. Otro desafío es el equilibrio entre la estandarización de menús para una producción eficiente y la individualización necesaria para atender las particularidades de cada paciente⁹. Encontrar un punto intermedio que combine eficacia, calidad y satisfacción del usuario sigue siendo una meta a alcanzar.

La investigación en nutrición hospitalaria ha avanzado notablemente en las últimas décadas, aportando evidencia sólida sobre la relación entre la dieta y los resultados clínicos. Estudios recientes destacan el impacto positivo de la suplementación proteica en pacientes quirúrgicos¹⁰, la eficacia de las dietas adaptadas en insuficiencia renal¹¹ y el beneficio de los programas de soporte nutricional precoz en la reducción de complicaciones postoperatorias¹². Asimismo, se reconoce cada vez más el valor de la educación nutricional iniciada durante la hospitalización como herramienta para garantizar la continuidad de los cuidados tras el alta. Enseñar al paciente y a su familia pautas alimentarias adaptadas a su enfermedad contribuye a mejorar la adherencia terapéutica y reduce el riesgo de reingresos¹³.

Desde una perspectiva ética, la alimentación hospitalaria se vincula con el derecho fundamental a la salud y a la dignidad. Proporcionar una dieta adecuada no es únicamente una obligación técnica, sino también moral. Ignorar las necesidades nutricionales del paciente supone una forma de negligencia que atenta contra los principios de beneficencia y justicia¹⁴. Asimismo, respetar las preferencias culturales, religiosas y personales en la medida de lo posible refleja un compromiso con la autonomía y la humanización de la asistencia. En este sentido, los hospitales están llamados a adoptar políticas que garanticen no solo la seguridad nutricional, sino también el respeto a la diversidad y la sensibilidad hacia las particularidades de cada individuo.

La sostenibilidad emerge como otra dimensión relevante en el debate actual. Los hospitales, como grandes instituciones de consumo, tienen la capacidad de promover modelos de alimentación más sostenibles, con un menor impacto ambiental y un mayor compromiso con la salud global. Incorporar productos locales, reducir el desperdicio alimentario y diseñar menús equilibrados que respeten los principios de sostenibilidad puede contribuir a mejorar la salud de los pacientes y, al mismo tiempo, del planeta¹⁵. Esta perspectiva enlaza con la idea de que la sanidad debe ser entendida como un actor social y ambiental responsable.

El futuro de la alimentación hospitalaria se proyecta hacia una mayor personalización, impulsada por la integración de la nutrigenómica y la medicina de precisión. El conocimiento de cómo los genes influyen en la respuesta a los nutrientes permitirá diseñar dietas aún más ajustadas a las necesidades individuales, optimizando los resultados clínicos¹⁶. Al mismo tiempo, la creciente

concienciación sobre la importancia de la nutrición llevará a los hospitales a reforzar sus estructuras de soporte dietético, con la incorporación sistemática de equipos especializados y la implementación de protocolos estandarizados basados en la evidencia.

En definitiva, la alimentación en el contexto hospitalario constituye un pilar esencial en la recuperación del paciente. No se trata de un complemento al tratamiento, sino de una herramienta terapéutica de igual importancia que la medicación o la cirugía. Su abordaje requiere la implicación de múltiples actores, la integración de la evidencia científica, la consideración de los aspectos culturales y emocionales, y una clara orientación hacia la humanización de la atención. Asegurar que cada paciente reciba una dieta adecuada, segura y respetuosa con sus necesidades es apostar por una sanidad más eficiente, ética y centrada en la persona.

La hospitalización, en muchos casos, supone para el individuo una experiencia de vulnerabilidad física y emocional. En este escenario, la alimentación adquiere un valor que trasciende lo puramente nutricional: se convierte en símbolo de cuidado, atención y dignidad. Garantizar que este aspecto se atienda de manera integral y profesional constituye no solo una obligación asistencial, sino también un compromiso con la calidad de vida y el bienestar de quienes depositan su confianza en el sistema de salud.

Referencias

1. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003 Jun;22(3):235-9. doi: 10.1016/s0261-5614(02)00215-7. PMID: 12765661.
2. Kondrup J, Sorensen JM. The magnitude of the problem of malnutrition in Europe. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme.* 2009;12:1-14. doi: 10.1159/000235664. Epub 2009 Aug 20. PMID: 19858682.
3. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003 Aug;22(4):415-21. doi: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0. PMID: 12880610.
4. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017 Feb;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004. Epub 2016 Sep 14. PMID: 27642056.
5. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024. Epub 2018 Jun 18. PMID: 30005900.
6. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020 Jan;39(1):5-22. doi: 10.1016/j.clnu.2019.04.022. Epub 2019 May 30. PMID: 31255350.
7. Donini LM, Castellaneta E, De Guglielmi S, De Felice MR, Savina C, Coletti C, et al. Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital. *Clin Nutr.* 2008 Feb;27(1):105-14. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.004. Epub 2007 Dec 3. PMID: 18063444.
8. Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr.* 2016 Feb;35(1):125-137. doi: 10.1016/j.clnu.2015.07.012. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26309240.
9. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a

- randomised clinical trial. *Lancet*. 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31030981.
10. Burden S, Todd C, Hill J, Lal S. Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD008879. doi: 10.1002/14651858.CD008879.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Apr 08;4:CD008879. doi: 10.1002/14651858.CD008879.pub3. PMID: 23152265.
11. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020 Sep;76(3 Suppl 1):S1-S107. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.05.006. Erratum in: *Am J Kidney Dis*. 2021 Feb;77(2):308. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.11.004. PMID: 32829751.
12. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019 Nov 1;2(11):e1915138. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15138. PMID: 31747030; PMCID: PMC6902795.
13. Baldwin C, de van der Schueren MA, Kruizenga HM, Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 21;12(12):CD002008. doi: 10.1002/14651858.CD002008.pub5. PMID: 34931696; PMCID: PMC8691169.
14. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
15. Thibault R, Seguin P, Tamion F, Pichard C, Singer P. Nutrition of the COVID-19 patient in the intensive care unit (ICU): a practical guidance. *Crit Care*. 2020 Jul 19;24(1):447. doi: 10.1186/s13054-020-03159-z. PMID: 32684170; PMCID: PMC7369442.
16. Corella D, Ordovas JM. Nutrigenomics in cardiovascular medicine. *Circ Cardiovasc Genet*. 2009 Dec;2(6):637-51. doi: 10.1161/CIRCGENETICS.109.891366. PMID: 20031645; PMCID: PMC2810265.

Alimentación hospitalaria en pacientes con enfermedad renal crónica

Iván Rodríguez Montes

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública de creciente magnitud, caracterizado por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Según estimaciones de la *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), afecta aproximadamente al 10% de la población mundial, con un impacto significativo en la calidad de vida y en los sistemas sanitarios debido a la elevada morbilidad, mortalidad y costes asociados¹. En este contexto, la hospitalización de pacientes con ERC constituye una situación de especial vulnerabilidad, donde la alimentación desempeña un papel central tanto en la evolución clínica como en la recuperación funcional.

El abordaje nutricional en el entorno hospitalario no puede entenderse como un complemento del tratamiento médico, sino como una herramienta terapéutica indispensable para optimizar los resultados clínicos. La alimentación en pacientes con ERC hospitalizados requiere una adaptación cuidadosa a las particularidades de la enfermedad, las comorbilidades asociadas y las circunstancias específicas del ingreso. En este capítulo se analizan las bases científicas, los objetivos terapéuticos y las estrategias prácticas que guían la alimentación hospitalaria en pacientes con enfermedad renal crónica, subrayando la importancia de un enfoque multidisciplinar.

El impacto de la enfermedad renal crónica sobre el estado nutricional

La ERC se asocia con una serie de alteraciones metabólicas y fisiopatológicas que condicionan de manera directa el estado nutricional. Entre las más relevantes destacan la acumulación de toxinas urémicas, la inflamación crónica de bajo grado, la acidosis metabólica, los cambios en el metabolismo proteico-energético y la

alteración en el manejo de minerales como fósforo, calcio y potasio². Estas modificaciones favorecen la aparición de desnutrición, conocida en este contexto como desnutrición proteico-energética, y del síndrome de desgaste proteico-energético (PEW, *Protein Energy Wasting*), que afecta hasta al 40% de los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad³.

Durante la hospitalización, el riesgo de malnutrición se incrementa debido a factores como la disminución del apetito, la presencia de síntomas gastrointestinales secundarios a la uremia o al tratamiento farmacológico, y las restricciones dietéticas que, aunque necesarias, pueden reducir la variedad y el atractivo de los menús. La combinación de estos elementos impacta de manera negativa en la evolución clínica, aumentando la probabilidad de complicaciones, retraso en la cicatrización de heridas, infecciones y estancia hospitalaria prolongada⁴.

Principios básicos de la alimentación en la ERC hospitalaria

El manejo dietético en pacientes hospitalizados con ERC se orienta a alcanzar varios objetivos simultáneos:

1. Mantener un adecuado estado nutricional, evitando la pérdida de masa muscular y la desnutrición proteico-energética.
2. Controlar la acumulación de productos nitrogenados y toxinas urémicas.
3. Regular el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, particularmente respecto al potasio, fósforo, sodio y bicarbonato.
4. Prevenir complicaciones cardiovasculares, muy prevalentes en esta población.
5. Adaptar la dieta a las necesidades individuales, considerando comorbilidades como diabetes o hipertensión arterial.

La personalización es clave. No todos los pacientes con ERC presentan las mismas necesidades nutricionales, ya que estas varían según el estadio de la enfermedad, la presencia o no de terapia sustitutiva (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal), y la situación clínica que motivó el ingreso⁵.

Requerimientos energéticos

El aporte energético debe garantizar la cobertura de las necesidades metabólicas para evitar el catabolismo proteico. Las guías de la *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) recomiendan un aporte calórico de 30 a 35 kcal/kg/día en pacientes hospitalizados, ajustado según edad, sexo, nivel de actividad física y estado catabólico⁶. Una ingesta insuficiente de energía conduce a un mayor uso de proteínas como fuente de energía, acelerando la pérdida de masa muscular y empeorando el estado clínico.

En la práctica hospitalaria, asegurar un adecuado aporte calórico suele requerir el uso de preparaciones hipercalóricas o suplementos nutricionales diseñados específicamente para pacientes renales, que permiten alcanzar los requerimientos sin sobrecargar de líquidos ni de electrolitos potencialmente dañinos⁷.

Manejo de proteínas

El control del consumo proteico constituye uno de los pilares de la dieta en la ERC. En estadios iniciales, se recomienda una dieta con restricción proteica moderada (0,6–0,8 g/kg/día), priorizando proteínas de alto valor biológico, con el fin de reducir la producción de urea y toxinas nitrogenadas⁸. Sin embargo, durante la hospitalización, especialmente en presencia de procesos catabólicos como infecciones, cirugía o traumatismos, estas recomendaciones deben flexibilizarse para evitar la desnutrición proteico-energética.

En pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal, los requerimientos proteicos aumentan a 1,0–1,2 g/kg/día debido a las pérdidas de aminoácidos durante el procedimiento y al mayor catabolismo⁹. El desafío en el hospital radica en encontrar el equilibrio entre restringir el exceso de proteínas para proteger la función renal y asegurar un aporte suficiente para la recuperación tisular y la respuesta inmunológica.

Control del potasio

La hiperpotasemia es una complicación frecuente y potencialmente grave en la ERC avanzada, con riesgo de arritmias letales. El manejo dietético hospitalario exige un control cuidadoso del potasio, ajustado a los niveles séricos del paciente y al tipo de tratamiento renal sustitutivo.

En los hospitales, esto se traduce en dietas con restricción de alimentos ricos en potasio como plátano, naranja, tomate, patata o frutos secos. Técnicas culinarias como el remojo y la doble cocción de vegetales se emplean para reducir el contenido de potasio sin comprometer la variedad de la dieta¹⁰. Al mismo tiempo, debe evitarse un exceso de restricción que pueda conducir a déficits nutricionales y monotomía alimentaria, disminuyendo la ingesta global.

Manejo del fósforo y el calcio

El fósforo es otro de los minerales que requiere un estricto control en la ERC. La hiperfosfatemia, consecuencia de la reducción en la excreción renal, se asocia con alteraciones óseas, calcificaciones vasculares y mayor mortalidad cardiovascular¹¹. La dieta hospitalaria debe limitar el consumo de lácteos enteros, frutos secos, legumbres y alimentos procesados ricos en aditivos fosfatados, priorizando fuentes proteicas con menor contenido de fósforo y mejor biodisponibilidad.

En paralelo, se ajusta el aporte de calcio y vitamina D según las necesidades de cada paciente, siguiendo protocolos médicos. La integración entre dieta y tratamiento farmacológico con captadores de fósforo es esencial en el entorno hospitalario para alcanzar los objetivos terapéuticos¹².

Restricción de sodio y líquidos

El control de la ingesta de sodio es otro elemento clave de la dieta hospitalaria en la ERC. La retención de sodio y agua favorece la aparición de hipertensión arterial y edemas, aumentando la carga cardiovascular. Por ello, se recomienda restringir el consumo de sal a menos de 2 g/día¹³.

En los pacientes hospitalizados, esta restricción requiere una vigilancia estrecha, ya que la dieta baja en sodio puede resultar poco apetecible y reducir la ingesta global.

La educación alimentaria y el uso de técnicas culinarias alternativas, como hierbas aromáticas y especias, ayudan a mejorar la aceptación del menú.

El control de líquidos, por su parte, se ajusta según el balance hídrico, el peso corporal y el tipo de terapia sustitutiva. En hemodiálisis, la ingesta de líquidos suele restringirse a 500–1000 ml más la diuresis residual, lo que plantea desafíos importantes durante la hospitalización¹⁴.

Dieta y comorbilidades asociadas

La mayoría de los pacientes hospitalizados con ERC presentan comorbilidades relevantes que condicionan el plan dietético. La diabetes mellitus tipo 2 es la principal causa de ERC en países desarrollados y requiere un abordaje dietético que equilibre el control glucémico con las restricciones propias de la enfermedad renal¹⁵. La hipertensión arterial y la dislipemia, frecuentes en este grupo de pacientes, demandan también un enfoque integral que combine restricción de sodio, control del aporte graso y promoción de alimentos cardiosaludables, siempre adaptados a las limitaciones renales.

Estrategias culinarias en el entorno hospitalario

Uno de los grandes retos en la hospitalización de pacientes con ERC es asegurar que las dietas, a pesar de las restricciones, sean aceptables desde el punto de vista organoléptico y cultural. La monotonía de los menús, la baja palatabilidad derivada de la reducción de sal y las limitaciones en alimentos frescos pueden llevar al rechazo y a la disminución de la ingesta.

Para contrarrestar este problema, los hospitales han incorporado estrategias culinarias como:

- Técnicas de remojo y doble cocción para reducir potasio y fósforo en vegetales y legumbres.
- Uso de hierbas y especias para realzar el sabor sin añadir sal.
- Presentaciones atractivas que estimulan el apetito.

- Desarrollo de suplementos nutricionales específicamente diseñados para pacientes renales, con bajo contenido en potasio, fósforo y líquidos¹⁶.

Soporte nutricional especializado

Cuando la ingesta oral no es suficiente para cubrir los requerimientos, puede ser necesario recurrir a suplementos nutricionales orales, nutrición enteral o parenteral. En pacientes con ERC, estos suplementos deben estar formulados de manera específica, con contenido reducido en electrolitos y adaptados a la función renal.

La elección entre nutrición enteral y parenteral depende de la funcionalidad gastrointestinal, el estado clínico y la duración prevista del soporte. En cualquier caso, la monitorización continua de parámetros bioquímicos (urea, creatinina, electrolitos, fósforo, calcio) es indispensable para evitar complicaciones derivadas del soporte artificial¹⁷.

Importancia del equipo multidisciplinar

La alimentación hospitalaria en pacientes con ERC solo puede abordarse de manera eficaz a través de un enfoque multidisciplinar. Médicos nefrólogos, dietistas-nutricionistas, enfermeras, farmacéuticos y personal de cocina deben coordinar esfuerzos para diseñar, implementar y monitorizar dietas personalizadas. La educación del paciente y la familia, incluso durante la hospitalización, constituye otro pilar esencial para asegurar la continuidad de los cuidados dietéticos tras el alta¹⁸.

Perspectiva ética y humanización

Más allá de los aspectos técnicos, la alimentación hospitalaria en la ERC también plantea cuestiones éticas y de humanización. Respetar las preferencias culturales y religiosas, favorecer la autonomía del paciente en la medida de lo posible y garantizar un acceso equitativo a dietas de calidad son compromisos irrenunciables.

Una alimentación adecuada no solo previene complicaciones, sino que representa un acto de dignidad y respeto hacia el paciente en un momento de vulnerabilidad.

Conclusiones

La alimentación hospitalaria en pacientes con enfermedad renal crónica constituye un pilar terapéutico fundamental que influye en el pronóstico clínico, la calidad de vida y la eficiencia de los sistemas sanitarios. El reto principal es combinar las múltiples restricciones dietéticas con la necesidad de mantener un estado nutricional óptimo, algo que solo puede lograrse mediante la personalización y el trabajo coordinado de equipos multidisciplinarios.

En un futuro cercano, la integración de nuevas tecnologías, la nutrigenómica y la producción de alimentos diseñados específicamente para pacientes renales abrirán nuevas oportunidades para mejorar la eficacia y la aceptabilidad de las dietas hospitalarias. Mientras tanto, garantizar que cada paciente hospitalizado con ERC reciba una alimentación adecuada, segura y humanizada debe seguir siendo una prioridad ineludible para los profesionales sanitarios.

Referencias

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, Saran R, Wang AY, Yang CW. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013 Jul 20;382(9888):260-72. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X. Epub 2013 May 31. Erratum in: *Lancet*. 2013 Jul 20;382(9888):208. PMID: 23727169.
2. Ikizler TA. Optimal nutrition in hemodialysis patients. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2013 Mar;20(2):181-9. doi: 10.1053/j.ackd.2012.12.002. PMID: 23439378; PMCID: PMC3582995.
3. Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple J, Cano N, Chauveau P, Cuppari L, et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2008 Feb;73(4):391-8. doi: 10.1038/sj.ki.5002585. Epub 2007 Dec 19. Erratum in: *Kidney Int*. 2008 Aug;74(3):393. Trevinho-Becerra, A [corrected to Treviño-Becerra, A]. PMID: 18094682.
4. Carrero JJ, Stenvinkel P, Cuppari L, Ikizler TA, Kalantar-Zadeh K, et al. Etiology of the protein-energy wasting syndrome in chronic kidney disease: a consensus statement from the International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). *J Ren Nutr*. 2013 Mar;23(2):77-90. doi: 10.1053/j.jrn.2013.01.001. PMID: 23428357.
5. Kim SM, Jung JY. Nutritional management in patients with chronic kidney disease. *Korean J Intern Med*. 2020 Nov;35(6):1279-1290. doi: 10.3904/kjim.2020.408. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32872726; PMCID: PMC7652660.
6. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020 Sep;76(3 Suppl 1):S1-S107. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.05.006. Erratum in: *Am J Kidney Dis*. 2021 Feb;77(2):308. doi: 10.1053/j.ajkd.2020.11.004. PMID: 32829751.
7. Cordeiro AC, Qureshi AR, Stenvinkel P, Heimbürger O, Axelsson J, Bárány P, et al. Abdominal fat deposition is associated with increased inflammation, protein-energy wasting and worse outcome in patients undergoing haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2010 Feb;25(2):562-8. doi: 10.1093/ndt/gfp492. Epub 2009 Sep 17. PMID: 19762603.

8. Mitch WE, Remuzzi G. Diets for patients with chronic kidney disease, should we reconsider? *BMC Nephrol.* 2016 Jul 11;17(1):80. doi: 10.1186/s12882-016-0283-x. PMID: 27401192; PMCID: PMC4940838.
9. Kopple JD. National kidney foundation K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis.* 2001 Jan;37(1 Suppl 2):S66-70. doi: 10.1053/ajkd.2001.20748. PMID: 11158865.
10. Cupisti A, Kovesdy CP, D'Alessandro C, Kalantar-Zadeh K. Dietary Approach to Recurrent or Chronic Hyperkalaemia in Patients with Decreased Kidney Function. *Nutrients.* 2018 Feb 25;10(3):261. doi: 10.3390/nu10030261. PMID: 29495340; PMCID: PMC5872679.
11. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, Ofsthun N, Lowrie EG, Chertow GM. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2004 Aug;15(8):2208-18. doi: 10.1097/01.ASN.0000133041.27682.A2. PMID: 15284307.
12. Isakova T, Nickolas TL, Denburg M, Yarlagadda S, Weiner DE, Gutiérrez OM, et al. KDOQI US Commentary on the 2017 KDIGO Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Am J Kidney Dis.* 2017 Dec;70(6):737-751. doi: 10.1053/j.ajkd.2017.07.019. Epub 2017 Sep 21. PMID: 28941764.
13. Garofalo C, Borrelli S, Provenzano M, De Stefano T, Vita C, Chiodini P, et al. Dietary Salt Restriction in Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Nutrients.* 2018 Jun 6;10(6):732. doi: 10.3390/nu10060732. PMID: 29882800; PMCID: PMC6024651.
14. Zoccali C, Tripepi G, Carioni P, Mallamaci F, Savoia M, Usvyat LS, et al. Fluid overload trajectories and mortality in hemodialysis patients. *J Intern Med.* 2025 Feb;297(2):201-212. doi: 10.1111/joim.20049. Epub 2024 Dec 28. PMID: 39732505.
15. Thomas MC, Cooper ME, Zimmet P. Changing epidemiology of type 2 diabetes mellitus and associated chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol.* 2016 Feb;12(2):73-81. doi: 10.1038/nrneph.2015.173. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26553517.
16. Sabatino A, Piotti G, Cosola C, Gandolfini I, Kooman JP, Fiaccadori E. Dietary protein and nutritional supplements in conventional hemodialysis.

- Semin Dial. 2018 Nov;31(6):583-591. doi: 10.1111/sdi.12730. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909606.
17. Cano NJ, Aparicio M, Brunori G, Carrero JJ, Cianciaruso B, Fiaccadori E, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: adult renal failure. Clin Nutr. 2009 Aug;28(4):401-14. doi: 10.1016/j.clnu.2009.05.016. Epub 2009 Jun 17. PMID: 19535181.
18. Cupisti A, Brunori G, Di Iorio BR, D'Alessandro C, Pasticci F, Cosola C, et al. Nutritional treatment of advanced CKD: twenty consensus statements. J Nephrol. 2018 Aug;31(4):457-473. doi: 10.1007/s40620-018-0497-z. Epub 2018 May 24. PMID: 29797247; PMCID: PMC6061255.

Estrategias culinarias para el manejo nutricional de la diabetes tipo 2 en entornos hospitalarios

Iván Rodríguez Montes

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, tanto por complicaciones agudas como por descompensaciones metabólicas. La prevalencia global continúa en aumento, con cifras que rondan los 537 millones de adultos afectados en 2021, y previsiones que estiman superar los 780 millones en 2045 según la Federación Internacional de Diabetes¹. Este escenario supone un desafío considerable para los sistemas de salud, donde la hospitalización de pacientes diabéticos requiere un abordaje integral que incluya no solo el tratamiento farmacológico, sino también la alimentación como herramienta terapéutica esencial.

En el entorno hospitalario, la dieta de los pacientes con DM2 adquiere un papel central en el control glucémico, la prevención de complicaciones y la mejora de la recuperación clínica. Sin embargo, el diseño de dietas hospitalarias para personas con diabetes se enfrenta a múltiples dificultades: la necesidad de equilibrar nutrientes, la presencia de comorbilidades, la aceptación del paciente y las limitaciones propias de los servicios de hostelería hospitalaria. En este contexto, las estrategias culinarias representan un recurso fundamental para adaptar los menús a las necesidades nutricionales, garantizando al mismo tiempo seguridad, variedad y satisfacción del paciente.

Este capítulo aborda las principales estrategias culinarias aplicadas en hospitales para el manejo nutricional de la diabetes tipo 2, analizando los fundamentos científicos, las técnicas culinarias disponibles y su impacto en la calidad de la atención.

La dieta hospitalaria en la diabetes tipo 2: fundamentos

El manejo dietético de la DM2 hospitalaria se centra en mantener un control glucémico adecuado, evitar hipoglucemias y proporcionar los nutrientes necesarios para favorecer la recuperación y prevenir complicaciones. Las recomendaciones nutricionales actuales sugieren una dieta equilibrada, basada en alimentos con bajo índice glucémico, rica en fibra, con una distribución controlada de hidratos de carbono, moderada en grasas de calidad y con una ingesta adecuada de proteínas^{2,3}.

En el hospital, estos principios deben trasladarse a menús estandarizados que puedan ajustarse individualmente según el perfil del paciente, sus preferencias culturales y religiosas, y la situación clínica concreta. La estandarización, necesaria por motivos logísticos, debe combinarse con flexibilidad y creatividad culinaria para asegurar la adherencia y la eficacia.

Estrategias de manejo de hidratos de carbono

El control de los hidratos de carbono es la piedra angular de la dieta en la DM2. Más que la restricción absoluta, lo importante es la calidad y la distribución a lo largo del día. En los hospitales, las estrategias culinarias incluyen:

1. Selección de alimentos con bajo índice glucémico (IG). El uso de cereales integrales (arroz integral, pasta integral, pan de centeno), legumbres y frutas con bajo IG contribuye a un mejor control postprandial de la glucemia⁴.
2. Técnicas culinarias para reducir el IG. La cocción al dente en pastas, el enfriado y recalentado de arroz y patatas para aumentar el contenido de almidón resistente, o la combinación de hidratos con fibra y proteínas son estrategias cada vez más implementadas en la restauración hospitalaria⁵.
3. Distribución equilibrada de los hidratos. En lugar de ofrecer comidas con altas cargas glucémicas, se busca un reparto homogéneo en 5 o 6 tomas, con raciones moderadas y combinaciones que retrasen la absorción.

Uso de fibra y alimentos vegetales

El incremento de fibra dietética, especialmente soluble, se asocia con una mejora en la sensibilidad a la insulina, reducción de la glucemia postprandial y mejor control del perfil lipídico⁶. Las dietas hospitalarias para diabéticos incluyen estrategias como:

- Priorizar verduras frescas, tanto crudas como cocinadas, en todas las comidas.
- Incorporar legumbres como fuente de proteínas vegetales y fibra, utilizando técnicas de remojo y cocción prolongada para mejorar la digestibilidad.
- Utilizar panes y cereales integrales en lugar de refinados.

Desde el punto de vista culinario, las preparaciones con verduras en purés, ensaladas variadas o guarniciones cocinadas al vapor permiten aumentar la fibra sin comprometer la palatabilidad.

Manejo de grasas en la dieta hospitalaria

En los pacientes con DM2 hospitalizados, el perfil lipídico suele estar alterado, con elevada prevalencia de dislipidemia. Por ello, las estrategias culinarias se orientan a reducir las grasas saturadas y trans, y a favorecer las grasas insaturadas, especialmente monoinsaturadas y poliinsaturadas omega-3.

- Se prioriza el uso de aceite de oliva virgen en las preparaciones, característico de la dieta mediterránea, por su efecto protector cardiovascular⁷.
- Se evitan frituras y se prefieren técnicas como el horneado, la plancha, el vapor o el estofado con poca grasa.
- Se incorporan pescados azules, frutos secos y semillas en cantidades controladas para mejorar el aporte de ácidos grasos esenciales.

Técnicas culinarias y control de la palatabilidad

Uno de los grandes retos en la alimentación hospitalaria es mantener la aceptabilidad de los menús. Las restricciones dietéticas, junto con la pérdida de apetito propia de la enfermedad o del ingreso, pueden reducir la ingesta total. Las estrategias culinarias permiten mejorar la experiencia del paciente sin comprometer los objetivos nutricionales:

- Uso de hierbas aromáticas y especias para realzar sabores sin añadir sal ni azúcares.
- Preparaciones coloridas y con buena presentación, que aumenten la apetencia visual.
- Variación en las texturas, combinando cremas, guisos y platos sólidos para evitar monotonía.

Adaptación a comorbilidades y situaciones clínicas

La mayoría de los pacientes hospitalizados con DM2 presentan comorbilidades como enfermedad renal crónica, hipertensión o enfermedad cardiovascular. Las estrategias culinarias deben, por tanto, integrar múltiples restricciones simultáneamente.

Por ejemplo, un paciente diabético con nefropatía puede requerir dietas bajas en potasio, fósforo y proteínas, lo que obliga a ajustar tanto la selección de alimentos como las técnicas de preparación⁸. En pacientes con hipertensión, la restricción de sodio exige sustituir la sal por condimentos naturales, potenciando al mismo tiempo la palatabilidad.

Innovación y tecnología en la alimentación hospitalaria

La digitalización y la innovación alimentaria han abierto nuevas posibilidades para personalizar los menús en pacientes diabéticos. Sistemas informáticos permiten calcular automáticamente el aporte calórico y de macronutrientes de cada menú, ajustando las raciones a los objetivos glucémicos⁹.

En paralelo, la industria alimentaria desarrolla productos específicos para pacientes diabéticos, como postres sin azúcares añadidos, panes integrales con bajo IG o suplementos nutricionales diseñados para el control glucémico hospitalario. Estas innovaciones permiten ampliar la variedad de menús y mejorar la adherencia del paciente.

Educación nutricional durante la hospitalización

La hospitalización constituye una oportunidad clave para reforzar la educación nutricional del paciente con DM2. A través de la experiencia directa con los menús hospitalarios y el acompañamiento de dietistas y enfermeras, el paciente puede adquirir pautas prácticas que faciliten el autocuidado tras el alta. La cocina hospitalaria, en este sentido, funciona como un espacio de aprendizaje: las técnicas y recetas ofrecidas pueden trasladarse al hogar, contribuyendo a la continuidad del cuidado nutricional¹⁰.

Perspectiva ética y humanización

Más allá de la eficacia clínica, la alimentación hospitalaria debe atender a principios éticos y de humanización. Respetar las preferencias culturales y religiosas, ofrecer opciones personalizadas dentro de lo posible y dignificar la experiencia alimentaria en el hospital son aspectos esenciales. La comida, además de nutrir, cumple una función simbólica y emocional que no debe subestimarse en el cuidado de personas con enfermedades crónicas.

Conclusiones

Las estrategias culinarias en la alimentación hospitalaria de pacientes con diabetes tipo 2 son un componente esencial del tratamiento integral. No se trata solo de aplicar restricciones nutricionales, sino de diseñar menús atractivos, seguros y culturalmente aceptables que favorezcan la adherencia y mejoren la evolución clínica.

El éxito de estas estrategias depende del trabajo conjunto entre dietistas-nutricionistas, cocineros hospitalarios, personal de enfermería y médicos, en un enfoque multidisciplinar que combine la ciencia con el arte culinario. De cara al futuro, la innovación tecnológica, la personalización de los menús y la integración de la educación nutricional en la hospitalización serán claves para avanzar hacia un modelo más eficaz y humanizado.

.

Referencias

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th ed. Brussels: IDF; 2021. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, Garvey WT, Lau KHK, MacLeod J, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 2019 May;42(5):731-754. doi: 10.2337/dci19-0014. Epub 2019 Apr 18. PMID: 31000505; PMCID: PMC7011201.
3. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S19-S40. doi: 10.2337/dc23-S002. Erratum in: *Diabetes Care*. 2023 May 1;46(5):1106. doi: 10.2337/dc23-er05. Erratum in: *Diabetes Care*. 2023 Sep 01;46(9):1715. doi: 10.2337/dc23-ad08. PMID: 36507649; PMCID: PMC9810477.
4. Jenkins DJ, Kendall CW, Augustin LS, Franceschi S, Hamidi M, Marchie A, et al. Glycemic index: overview of implications in health and disease. *Am J Clin Nutr*. 2002 Jul;76(1):266S-73S. doi: 10.1093/ajcn/76/1.266S. PMID: 12081850.
5. Reynolds A, Mann J, Cummings J, Winter N, Mete E, Te Morenga L. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet*. 2019 Feb 2;393(10170):434-445. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31809-9. Epub 2019 Jan 10. Erratum in: *Lancet*. 2019 Feb 2;393(10170):406. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30119-9. PMID: 30638909.
6. Silva FM, Kramer CK, de Almeida JC, Steemburgo T, Gross JL, Azevedo MJ. Fiber intake and glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Rev*. 2013 Dec;71(12):790-801. doi: 10.1111/nure.12076. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24180564.
7. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279-90. doi: 10.1056/NEJMoa1200303. Epub 2013 Feb 25. Retraction in: *N Engl J Med*. 2018 Jun 21;378(25):2441-2442. doi: 10.1056/NEJMc1806491. Erratum in: *N Engl J Med*. 2014 Feb

- 27;370(9):886. Corrected and republished in: N Engl J Med. 2018 Jun 21;378(25):e34. doi: 10.1056/NEJMoa1800389. PMID: 23432189.
8. Kramer H. Diet and Chronic Kidney Disease. Adv Nutr. 2019 Nov 1;10(Suppl_4):S367-S379. doi: 10.1093/advances/nmz011. PMID: 31728497; PMCID: PMC6855949.
9. Paciepnik J, Porter J. Comparing Computerised Dietary Analysis with a Ready Reckoner in a Real World Setting: Is Technology an Improvement? Nutrients. 2017 Jan 31;9(2):99. doi: 10.3390/nu9020099. PMID: 28146123; PMCID: PMC5331530.
10. Coppel KJ, Kataoka M, Williams SM, Chisholm AW, Vorgers SM, Mann JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimised drug treatment--Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled trial. BMJ. 2010 Jul 20;341:c3337. doi: 10.1136/bmj.c3337. PMID: 20647285; PMCID: PMC2907481.

Atención humanizada y acompañamiento del paciente: la dimensión ética del trabajo del celador

Sara Mariscal Bonillo

El ámbito sanitario se caracteriza por la interacción constante de múltiples profesionales que, desde sus distintas funciones, contribuyen al cuidado integral del paciente. Entre ellos, la figura del celador ocupa un lugar a menudo invisibilizado, pese a su trascendencia en la experiencia de hospitalización. Más allá de las tareas logísticas y de apoyo, el celador desempeña un papel fundamental en el acompañamiento del paciente, en la generación de un entorno humanizado y en la materialización de valores éticos vinculados al respeto, la dignidad y la empatía.

La atención humanizada se ha consolidado como un eje central en la asistencia sanitaria contemporánea, concebida no solo como una dimensión técnica, sino como una práctica ética que reconoce al paciente como sujeto de derechos, emociones y necesidades sociales. En este contexto, los celadores, por su proximidad al paciente y a las familias en los momentos de mayor vulnerabilidad, son agentes esenciales en la construcción de una asistencia que trascienda lo clínico para situarse en lo humano.

La humanización de la asistencia sanitaria: un marco necesario

El concepto de humanización en sanidad se refiere a la integración de valores como la dignidad, el respeto, la autonomía y la compasión en el proceso de atención. No se limita a un ideal abstracto, sino que se concreta en prácticas cotidianas: una palabra amable, un gesto de cuidado, una comunicación clara o un acompañamiento físico y emocional¹.

La Organización Mundial de la Salud y numerosos sistemas de salud nacionales han subrayado la importancia de promover entornos asistenciales más humanos, que contemplen al paciente en su totalidad y no únicamente desde la perspectiva biomédica². En España, programas como Humanización de la Asistencia Sanitaria impulsados por distintas comunidades autónomas han reforzado la necesidad de involucrar a todos los perfiles profesionales en esta tarea³.

Los celadores, al ser en muchos casos el primer y último contacto del paciente en su tránsito por el hospital —desde el traslado inicial hasta el alta—, representan un punto clave de esta estrategia humanizadora. Su actuación influye en la percepción global que el paciente y su familia tienen de la calidad asistencial.

El acompañamiento como dimensión ética

El acompañamiento del paciente es una de las funciones menos reconocidas, pero más significativas, del celador. Este acompañamiento no se limita al traslado físico de una sala a otra, sino que se traduce en presencia, apoyo emocional y creación de un vínculo de confianza. La ética del acompañamiento se fundamenta en principios clásicos de la bioética como la beneficencia y la no maleficencia, pero también en la justicia y el respeto a la autonomía⁴.

En el contexto hospitalario, los pacientes experimentan situaciones de incertidumbre, miedo y pérdida de control. El celador, a través de gestos sencillos como ofrecer una sonrisa, responder a una pregunta o mostrar disponibilidad, contribuye a mitigar el sufrimiento y a reforzar la sensación de seguridad. Esta práctica cotidiana adquiere un valor ético incuestionable, en tanto que reconoce al paciente como persona y no como objeto de atención médica.

Además, el acompañamiento del celador se extiende a las familias, que también requieren orientación y apoyo durante el proceso asistencial. La manera en que el celador informa, orienta en los desplazamientos o facilita el acceso a los servicios hospitalarios puede marcar la diferencia en la experiencia de hospitalización⁵.

Respeto a la dignidad y trato ético

La dignidad es un valor intrínseco de todo ser humano y constituye el principio rector de la atención sanitaria. Para los celadores, respetar la dignidad del paciente implica garantizar la intimidad en los traslados, mantener un trato respetuoso y evitar cualquier forma de discriminación por razones de edad, género, condición social, origen étnico o enfermedad.

La ética del trabajo del celador exige sensibilidad para reconocer que cada paciente es único. Un traslado a una unidad de cuidados intensivos, la espera en un quirófano o el acompañamiento en una sala de oncología no son meros actos mecánicos, sino momentos cargados de significado. El modo en que el celador actúe en esas circunstancias repercutirá directamente en la vivencia del paciente.

La literatura científica en el ámbito de la ética asistencial subraya que la humanización no es un complemento, sino un elemento central de la calidad⁶. Los códigos de conducta profesional, aunque a menudo centrados en médicos y enfermeras, se aplican también de manera transversal a los celadores, quienes forman parte inseparable del engranaje asistencial.

Comunicación y empatía en la práctica del celador

La comunicación es otra herramienta esencial en el acompañamiento ético del paciente. Aunque no se espera que el celador proporcione información clínica, sí debe ofrecer comunicación clara, cortés y adaptada al estado emocional del paciente. Responder con paciencia, escuchar activamente y mostrar empatía son actitudes que refuerzan la relación de confianza.

La empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, resulta especialmente valiosa en los momentos de mayor vulnerabilidad. En situaciones de urgencias, ingresos inesperados o intervenciones quirúrgicas, la actitud empática del celador puede contribuir a reducir la ansiedad del paciente y su familia⁷.

El reto radica en equilibrar la dimensión técnica del trabajo (cumplir con rapidez y eficacia los traslados, mantener la seguridad en los procedimientos) con la

dimensión humana (empatía, respeto y acompañamiento). Esta dualidad requiere formación, conciencia ética y apoyo institucional.

El celador en la humanización de áreas críticas

La presencia del celador adquiere especial relevancia en áreas críticas como urgencias, unidades de cuidados intensivos o quirófanos. En estos entornos, los pacientes se encuentran en estados de extrema fragilidad y dependencia, lo que hace aún más importante la actitud humanizada del personal auxiliar.

En urgencias, donde predominan el caos y la prisa, el celador puede aportar calma y orientar tanto al paciente como a sus familiares. En las unidades de cuidados intensivos, la tarea de garantizar traslados seguros y discretos preserva no solo la seguridad física, sino también la dignidad. En el área quirúrgica, el acompañamiento desde la preparación hasta la entrada al quirófano es un momento crítico donde la cercanía y la empatía del celador cobran un valor terapéutico⁸.

Formación y sensibilización ética

La dimensión ética del trabajo del celador exige un proceso continuo de formación y sensibilización. No basta con dominar las técnicas de movilización o los protocolos de seguridad; es necesario comprender el trasfondo humano y ético de cada acción.

Programas de capacitación en comunicación, gestión emocional, atención humanizada y ética profesional deberían formar parte de la formación reglada y continua de los celadores. Estudios recientes han mostrado que la formación en competencias humanizadoras se traduce en una mejora significativa de la satisfacción del paciente y de la calidad percibida de los servicios sanitarios⁹.

Humanización como política institucional

El trabajo humanizado del celador no depende únicamente de su disposición personal, sino también de las políticas institucionales que respalden esta visión. La sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento y la ausencia de protocolos claros pueden limitar la capacidad de los celadores para ofrecer una atención ética y humanizada.

Por ello, los hospitales deben integrar la humanización como un eje estratégico, dotando de recursos, formación y espacios de participación a todos los profesionales, incluidos los celadores. Una cultura organizacional que promueva el respeto, la empatía y el cuidado integral facilitará que estas actitudes se traduzcan en prácticas cotidianas¹⁰.

Conclusiones

El trabajo del celador, a menudo invisibilizado, constituye un pilar fundamental de la atención humanizada en los hospitales. Su proximidad al paciente y a las familias en momentos de vulnerabilidad convierte cada traslado, cada palabra y cada gesto en una oportunidad para materializar valores éticos esenciales como la dignidad, el respeto y la empatía.

La dimensión ética del celador no se limita a la ejecución de tareas, sino que se proyecta en el acompañamiento humano, en la comunicación y en la capacidad de aliviar la carga emocional de la hospitalización. Fortalecer esta dimensión requiere formación continua, políticas institucionales de humanización y el reconocimiento del valor que estos profesionales aportan al sistema sanitario.

Avanzar hacia una sanidad más humana implica reconocer que todos los profesionales, incluidos los celadores, son responsables de construir una experiencia de atención integral que respete al paciente como persona. La ética, la empatía y el acompañamiento no son añadidos, sino la esencia de un sistema de salud que aspira a cuidar en toda su amplitud.

Referencias

1. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004 Nov-Dec;2(6):576-82. doi: 10.1370/afm.245. PMID: 15576544; PMCID: PMC1466742.
2. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1%26ua=1
3. Comunidad de Madrid. Estrategia de humanización de la asistencia sanitaria 2016–2019. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 33. PMID: 21328739.
6. Reis-Dennis S. Dignity and the Founding Myth of Bioethics. *Hastings Cent Rep*. 2023 Mar;53(2):26-35. doi: 10.1002/hast.1471. PMID: 37092650.
7. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002 Oct;52 Suppl(Suppl):S9-12. PMID: 12389763; PMCID: PMC1316134.
8. Hemanth Kumar VR, Jahagirdar SM, Ravishankar M, Athiraman UK, Maclean J, Parthasarathy S. Perioperative communication practices of anesthesiologists: A need to introspect and change. *Anesth Essays Res*. 2016 May-Aug;10(2):223-6. doi: 10.4103/0259-1162.167848. PMID: 27212751; PMCID: PMC4864671.
9. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nurs Ethics*. 2022 Mar;29(2):498-510. doi: 10.1177/09697330211050998. Epub 2021 Dec 12. PMID: 34894870; PMCID: PMC8958643.

10. Goniewicz M, Włoszczak-Szubzda A, Al-Wathinani AM, Goniewicz K. Resilience in Emergency Medicine during COVID-19: Evaluating Staff Expectations and Preparedness. *J Pers Med*. 2023 Oct 28;13(11):1545. doi: 10.3390/jpm13111545. PMID: 38003861; PMCID: PMC10672282.

La comunicación del celador con pacientes y familias: habilidades sociales y gestión emocional

Sara Mariscal Bonillo

El entorno hospitalario constituye un espacio en el que confluyen aspectos técnicos, científicos y humanos. La atención sanitaria no se limita a diagnósticos y tratamientos, sino que incluye la forma en la que los profesionales se relacionan con los pacientes y sus familias. En este marco, el celador, aunque con frecuencia considerado un perfil auxiliar, ejerce una función de enorme relevancia en la percepción de la atención recibida. Su cercanía física y temporal a los usuarios lo convierte en un agente clave de comunicación, acompañamiento y gestión emocional.

La comunicación del celador con pacientes y familias no solo cumple un objetivo informativo, sino también relacional y terapéutico. La manera en la que se dirige a los usuarios, las actitudes que transmite y la capacidad de empatizar inciden directamente en la experiencia hospitalaria, en la confianza hacia el sistema de salud y en la adherencia al tratamiento. Este capítulo analiza las habilidades sociales que requieren los celadores para una comunicación efectiva, así como la importancia de la gestión emocional en un contexto marcado por la vulnerabilidad y la incertidumbre.

La relevancia de la comunicación en el ámbito sanitario

La comunicación interpersonal constituye uno de los pilares de la calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud señala que una buena comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes reduce la ansiedad, aumenta la satisfacción y mejora los resultados clínicos¹. Aunque tradicionalmente

se ha puesto el foco en médicos y enfermeras, todos los profesionales que interactúan con el paciente influyen en su vivencia hospitalaria.

Los celadores, encargados de traslados, accesos y apoyo logístico, suelen estar presentes en momentos de gran carga emocional: la llegada al hospital, el paso por urgencias, la espera previa a una intervención o el acompañamiento hacia pruebas diagnósticas. Estas circunstancias convierten sus interacciones en espacios donde la comunicación humanizada cobra un valor terapéutico. Un saludo cordial, una explicación sencilla del procedimiento o una actitud de escucha activa pueden transformar la percepción del paciente y su familia².

El celador como mediador relacional

El celador desempeña a menudo un papel de mediador entre los pacientes y los diferentes servicios hospitalarios. Su función no consiste en proporcionar información clínica, pero sí en orientar sobre los procedimientos, acompañar en los desplazamientos y responder a dudas básicas relacionadas con el entorno hospitalario.

En este sentido, el celador se convierte en un facilitador de la experiencia asistencial, reduciendo la sensación de desorientación que acompaña al ingreso. Para muchos pacientes y familiares, especialmente en situaciones de urgencia, la presencia de un celador que transmite calma y confianza supone un primer contacto humanizado con la institución³.

Habilidades sociales fundamentales

La comunicación efectiva del celador se sustenta en un conjunto de habilidades sociales que permiten establecer vínculos positivos y gestionar adecuadamente las interacciones:

1. Escucha activa. Implica prestar atención plena al interlocutor, no solo a las palabras, sino también al lenguaje no verbal. La escucha activa genera confianza y permite al paciente sentirse reconocido en su individualidad⁴.

2. Empatía. Consiste en comprender y compartir los sentimientos del otro, mostrando sensibilidad ante su situación de vulnerabilidad. La empatía del celador puede disminuir la ansiedad del paciente y de sus familiares⁵.

3. Asertividad. Permite expresar indicaciones de manera clara y respetuosa, sin autoritarismo ni sumisión. La asertividad es clave para mantener la seguridad en los traslados y en el cumplimiento de normas hospitalarias.

4. Comunicación no verbal. Gestos, posturas, tono de voz y contacto visual transmiten más información que las palabras. Un lenguaje corporal cercano y respetuoso contribuye a crear un clima de confianza⁶.

5. Adaptación cultural y lingüística. En un contexto cada vez más multicultural, la capacidad de ajustarse a las particularidades culturales y lingüísticas de los pacientes resulta indispensable para evitar malentendidos y discriminaciones.

Estas habilidades no son innatas, sino que pueden y deben desarrollarse mediante programas de formación en competencias comunicativas dirigidos a los celadores.

Gestión emocional en la interacción con pacientes y familias

El hospital es un entorno cargado de emociones: miedo, angustia, dolor, incertidumbre, esperanza. Los pacientes y sus familias se enfrentan a situaciones críticas que alteran sus estados emocionales, lo que puede traducirse en conductas de ansiedad, irritabilidad o tristeza. En estas circunstancias, la respuesta del celador influye decisivamente en la vivencia del proceso asistencial.

La gestión emocional por parte del celador implica reconocer las emociones del otro, regular las propias y responder de forma adecuada. Por ejemplo, ante un paciente ansioso que pregunta reiteradamente por un procedimiento, el celador debe mantener la calma, responder con serenidad y evitar transmitir impaciencia. Ante familiares angustiados, la actitud comprensiva y la disposición para orientar son elementos clave de apoyo emocional⁷.

Asimismo, los celadores también experimentan estrés y desgaste emocional debido a la naturaleza de su trabajo: contacto con el sufrimiento, presión asistencial, turnos prolongados. Por ello, la gestión emocional incluye estrategias de autocuidado y

apoyo institucional que permitan prevenir el síndrome de burnout y garantizar un trato humano sostenido en el tiempo⁸.

La comunicación en situaciones difíciles

Existen escenarios donde la comunicación del celador adquiere una complejidad especial. El acompañamiento a quirófano, los traslados a unidades de cuidados intensivos o la espera en urgencias son momentos de gran carga emocional. En estos casos, el celador debe mostrar sensibilidad, evitando comentarios que aumenten la tensión y proporcionando seguridad mediante un trato cercano y profesional.

En situaciones de conflicto con familiares, la comunicación asertiva y calmada resulta esencial para desescalar la tensión. Aunque el celador no tenga la responsabilidad de dar explicaciones médicas, sí puede ejercer como puente comunicativo, dirigiendo a los familiares al personal adecuado y mostrando disponibilidad para ayudar dentro de sus competencias⁹.

Formación y competencias comunicativas

La comunicación humanizada y la gestión emocional no deberían considerarse habilidades accesorias, sino competencias profesionales que deben formar parte de la formación de los celadores. Diversos estudios subrayan que la capacitación en comunicación mejora la calidad percibida del servicio, reduce conflictos y aumenta la satisfacción del paciente¹⁰.

Los programas de formación pueden incluir talleres de habilidades sociales, role playing en escenarios de alta carga emocional, aprendizaje de técnicas de escucha activa y entrenamiento en control del estrés. Esta preparación no solo beneficia a los pacientes y familias, sino que también fortalece el bienestar psicológico y la motivación de los propios celadores.

La dimensión ética de la comunicación

La comunicación del celador con pacientes y familias no es solo una cuestión técnica, sino también ética. Tratar con respeto, mantener la confidencialidad, evitar comentarios inadecuados y garantizar la dignidad de la persona son principios fundamentales de la ética asistencial.

Desde la perspectiva de la bioética, la comunicación humanizada del celador contribuye a los principios de beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (evitar daño), justicia (trato equitativo) y autonomía (favorecer la comprensión para que el paciente pueda decidir con libertad)¹¹. Cada interacción, por pequeña que sea, refleja un compromiso ético con el cuidado integral de la persona.

Comunicación en tiempos de crisis: la lección de la pandemia

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la importancia de la comunicación humanizada en el entorno hospitalario. Las restricciones de visitas y el aislamiento incrementaron la soledad y el sufrimiento de los pacientes, convirtiendo a los celadores en uno de los pocos vínculos humanos disponibles en muchos momentos críticos. En ese contexto, una palabra de aliento, un gesto de acompañamiento o la transmisión de mensajes entre pacientes y familias adquirieron un valor incalculable¹².

Esta experiencia ha reforzado la necesidad de fortalecer las competencias comunicativas y emocionales de todos los profesionales, incluidos los celadores, para afrontar escenarios de crisis sanitaria sin perder la dimensión humana del cuidado.

Conclusiones

La comunicación del celador con pacientes y familias constituye un elemento esencial de la atención hospitalaria. A través de habilidades sociales como la escucha activa, la empatía y la asertividad, y mediante una adecuada gestión emocional, los celadores contribuyen a humanizar la asistencia, mejorar la experiencia del paciente y reforzar la confianza en el sistema sanitario.

El reconocimiento institucional de esta función, junto con la formación continua y el apoyo en la gestión del estrés laboral, son condiciones indispensables para potenciar el papel comunicativo del celador. En definitiva, la comunicación y la gestión emocional no son complementos de la labor del celador, sino dimensiones intrínsecas que lo convierten en un agente fundamental de acompañamiento humano dentro del hospital.

Referencias

1. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1%26ua=1
2. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 33. PMID: 21328739.
3. Comunidad de Madrid. Estrategia de humanización de la asistencia sanitaria 2016–2019. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>
4. Nichols M. The lost art of listening: how learning to listen can improve relationships. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009.
5. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract. 2002 Oct;52 Suppl(Suppl):S9-12. PMID: 12389763; PMCID: PMC1316134.
6. Mehrabian A. *Nonverbal communication*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2007.
7. Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. 2nd ed. New York: Springer; 2016.
8. Maslach C, Leiter MP. *Burnout: the cost of caring*. Cambridge: Malor Books; 2016.
9. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. Nurs Open. 2018 Feb 26;5(2):224-232. doi: 10.1002/nop2.132. PMID: 29599998; PMCID: PMC5867282.
10. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. Patient Educ Couns. 2005 Sep;58(3):244-51. doi: 10.1016/j.pec.2005.05.005. PMID: 16081235.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

12. Goniewicz M, Włoszczak-Szubzda A, Al-Wathinani AM, Goniewicz K. Resilience in Emergency Medicine during COVID-19: Evaluating Staff Expectations and Preparedness. *J Pers Med*. 2023 Oct 28;13(11):1545. doi: 10.3390/jpm13111545. PMID: 38003861; PMCID: PMC10672282.

El celador en unidades especiales: cuidados en UCI, quirófano, radiología y oncología

Estrella Manuela Pelegrín Senaty

Los hospitales constituyen entornos complejos en los que conviven diferentes áreas asistenciales, cada una con dinámicas propias, exigencias técnicas y necesidades particulares de los pacientes. En este entramado, los celadores cumplen una función esencial, aunque con frecuencia poco reconocida. Más allá de su labor en plantas de hospitalización general, su participación en unidades especiales como la UCI, el quirófano, radiología o oncología resulta decisiva para garantizar la seguridad de los pacientes, la eficiencia de los procesos y la humanización de la atención.

Estas unidades se caracterizan por la alta vulnerabilidad de los pacientes, la necesidad de estrictos protocolos de seguridad y la coordinación estrecha entre profesionales de diferentes disciplinas. En este contexto, el trabajo del celador adquiere una dimensión más compleja, que exige competencias específicas, formación continua y una sólida base ética.

El celador en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

La UCI es uno de los escenarios más sensibles del hospital. Los pacientes ingresados en esta unidad se encuentran en situaciones críticas que requieren monitorización continua, tratamientos invasivos y un alto nivel de especialización por parte del equipo asistencial. En este entorno, el papel del celador va mucho más allá del simple traslado.

Entre sus funciones destaca la movilización segura de pacientes conectados a equipos de soporte vital, como ventiladores mecánicos, bombas de perfusión o monitores multiparamétricos. Cada movimiento debe realizarse con extrema

precaución y siempre en coordinación con el personal de enfermería y médico. Un error en la desconexión de un dispositivo puede tener consecuencias fatales, por lo que el celador debe poseer conocimientos básicos sobre la función de estos aparatos y sobre los procedimientos de movilización en situaciones críticas¹.

Además, el celador contribuye al mantenimiento de un entorno seguro, garantizando el orden, la limpieza y la disponibilidad del material de apoyo. La UCI es también un lugar de gran carga emocional para familiares, que atraviesan momentos de angustia y ansiedad. La actitud del celador, respetuosa y empática, forma parte de la humanización del cuidado intensivo².

El celador en el quirófano

El área quirúrgica es otro de los espacios donde la función del celador se vuelve indispensable. El quirófano exige máxima coordinación, precisión y cumplimiento de protocolos de asepsia. Aquí, el celador interviene en tareas que, aunque indirectas respecto al acto quirúrgico, son esenciales para su éxito.

Una de las principales responsabilidades es el traslado del paciente desde la planta o la sala de preparación hasta el quirófano, asegurando la correcta identificación, posición y seguridad durante el proceso. También colabora en la colocación del paciente en la mesa quirúrgica, siguiendo las indicaciones de anestesistas y enfermeros, respetando los protocolos de higiene y seguridad³.

El celador participa igualmente en la limpieza y preparación del quirófano entre intervenciones, garantizando la disponibilidad de material auxiliar. Asimismo, puede actuar como apoyo en el traslado de muestras biológicas o en el movimiento de equipos. En este entorno, la confidencialidad y el respeto a la intimidad del paciente son principios éticos fundamentales. Su presencia, aunque discreta, contribuye a la fluidez de los procedimientos y a la reducción de riesgos quirúrgicos⁴.

El celador en radiología

La unidad de radiología representa un área transversal en el hospital, ya que por ella pasan pacientes de múltiples servicios. Las técnicas de imagen, desde la

radiografía convencional hasta la resonancia magnética o la tomografía computarizada, requieren una logística precisa en la que el celador desempeña un papel clave.

El traslado seguro del paciente es la primera tarea, especialmente relevante en aquellos que presentan movilidad reducida, fracturas o patologías graves. El celador ayuda en la colocación del paciente en las camillas o equipos de imagen, asegurando la postura adecuada para la prueba. En técnicas como la resonancia magnética, debe garantizar la seguridad retirando objetos metálicos y colaborando con el personal técnico en la preparación⁵.

La comunicación del celador con los pacientes en radiología es especialmente importante. Muchos experimentan ansiedad ante los equipos y el procedimiento, en particular los claustrofóbicos. Una actitud calmada y explicaciones sencillas pueden contribuir a reducir la tensión. Asimismo, la confidencialidad y el trato respetuoso son esenciales, dado que se trata de un área de alta rotación y exposición⁶.

El celador en oncología

El servicio de oncología se distingue por la complejidad clínica y emocional que entraña. Los pacientes oncológicos atraviesan procesos largos, con tratamientos agresivos y repercusiones físicas y psicológicas significativas. En este contexto, el celador no solo cumple funciones logísticas, sino que se convierte en un acompañante fundamental.

Las funciones incluyen el traslado a consultas, hospital de día para tratamientos de quimioterapia, unidades de radioterapia y hospitalización. En cada uno de estos escenarios, la sensibilidad del celador resulta crucial. La empatía, la escucha y el respeto a la dignidad del paciente son elementos que marcan la diferencia en la vivencia hospitalaria.

La carga emocional en oncología es considerable, tanto para pacientes como para familiares. El celador, por su cercanía, puede convertirse en una figura de confianza, capaz de aportar un apoyo humano que complementa la atención técnica del resto del equipo⁷. Al mismo tiempo, debe aprender a manejar sus propias emociones para evitar el desgaste, siendo necesario que las instituciones

provean espacios de apoyo y formación en habilidades comunicativas y gestión emocional⁸.

Competencias específicas en unidades especiales

La labor del celador en estas unidades requiere competencias adicionales a las básicas del perfil. Entre ellas destacan:

Conocimiento de equipos y dispositivos. No para manejarlos, sino para garantizar traslados seguros y respetuosos con el material.

Capacidad de coordinación interdisciplinar. Trabajar en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y técnicos, siguiendo protocolos estrictos.

Habilidades comunicativas. Adaptadas al paciente y a su familia, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad emocional.

Gestión emocional. Afrontar situaciones de sufrimiento, dolor y muerte sin perder la capacidad de acompañar de manera humana.

Estas competencias no son innatas, sino que deben desarrollarse mediante formación específica y programas de humanización hospitalaria⁹.

La dimensión ética del celador en unidades especiales

En las unidades especiales, la ética del celador se hace aún más visible. El respeto a la intimidad del paciente en quirófano, la dignidad en la UCI, la confidencialidad en radiología o la sensibilidad en oncología son ejemplos de cómo la práctica cotidiana está impregnada de valores éticos.

El principio de beneficencia se concreta en el cuidado diligente de los traslados y la prevención de daños; la justicia se refleja en el trato equitativo sin importar la patología o condición social; la autonomía exige respetar las decisiones del paciente, incluso en entornos donde su capacidad está limitada; y la no maleficencia se expresa en la atención cuidadosa que evita riesgos innecesarios¹⁰.

Conclusiones

La labor del celador en unidades especiales como la UCI, quirófano, radiología y oncología constituye un pilar esencial para el funcionamiento hospitalario. Aunque sus funciones puedan parecer secundarias, en realidad sostienen la seguridad de los procesos, la coordinación interdisciplinar y la humanización de la atención.

El celador no solo traslada cuerpos, sino que acompaña personas en momentos de máxima vulnerabilidad. Sus gestos, palabras y actitudes se convierten en vehículos de cuidado y dignidad. Para potenciar esta labor, resulta imprescindible reconocer su valor, dotarles de formación específica y situarlos dentro de las políticas de humanización hospitalaria.

El futuro de la asistencia sanitaria pasa por reforzar la visión multidisciplinar, donde cada profesional aporte desde su lugar al cuidado integral del paciente. En ese entramado, los celadores son piezas imprescindibles de un sistema que aspira a ser no solo eficaz, sino profundamente humano.

Referencias

1. Azoulay E, Vincent JL, Angus DC, Arabi YM, Brochard L, Brett SJ, et al. Recovery after critical illness: putting the puzzle together-a consensus of 29. *Crit Care*. 2017 Dec 5;21(1):296. doi: 10.1186/s13054-017-1887-7. PMID: 29208005; PMCID: PMC5718148.
2. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017 Jan;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169. PMID: 27984278.
3. Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. 17th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119. Epub 2009 Jan 14. PMID: 19144931.
5. Expert Panel on MR Safety; Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, Borgstede JP, Bradley WG Jr, et al. ACR guidance document on MR safe practices: 2013. *J Magn Reson Imaging*. 2013 Mar;37(3):501-30. doi: 10.1002/jmri.24011. Epub 2013 Jan 23. PMID: 23345200.
6. Bolejko A, Hagell P. Effects of an information booklet on patient anxiety and satisfaction with information in magnetic resonance imaging: A randomized, single-blind, placebo-controlled trial. *Radiography (Lond)*. 2021 Feb;27(1):162-167. doi: 10.1016/j.radi.2020.07.011. Epub 2020 Aug 1. PMID: 32753258.
7. Peterson DE, Bensadoun RJ, Lalla RV, McGuire DB. Supportive care treatment guidelines: value, limitations, and opportunities. *Semin Oncol*. 2011 Jun;38(3):367-73. doi: 10.1053/j.seminoncol.2011.03.005. PMID: 21600365; PMCID: PMC4835803.
8. Cloconi C, Economou M, Charalambous A. Burnout, coping and resilience of the cancer care workforce during the SARS-CoV-2: A multinational cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2023 Apr;63:102204. doi: 10.1016/j.ejon.2022.102204. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36821886; PMCID: PMC9578328.

9. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nurs Ethics*. 2022 Mar;29(2):498-510. doi: 10.1177/09697330211050998. Epub 2021 Dec 12. PMID: 34894870; PMCID: PMC8958643.
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

El celador ante la diversidad: atención a pacientes con discapacidad, personas mayores y colectivos vulnerables

Estrella Manuela Pelegrín Senaty

El sistema sanitario contemporáneo se enfrenta a un reto creciente: garantizar una atención inclusiva y equitativa que responda a las necesidades de una población diversa. Entre los colectivos que requieren especial sensibilidad destacan las personas con discapacidad, los pacientes de edad avanzada y aquellos en situación de vulnerabilidad social. La atención a estos grupos no puede limitarse a protocolos clínicos estandarizados, sino que exige un abordaje humano y ético donde la figura del celador cobra una importancia singular.

Los celadores, como profesionales de apoyo logístico y asistencial, se encuentran en la primera línea del contacto con pacientes y familiares. Su papel, a menudo invisibilizado, resulta determinante para asegurar la accesibilidad, la dignidad y la humanización del cuidado. En este capítulo se analiza el rol del celador en la atención a personas con discapacidad, mayores y colectivos vulnerables, resaltando las competencias específicas y la dimensión ética de su labor.

La diversidad como principio en la atención sanitaria

La Organización Mundial de la Salud ha insistido en que los sistemas de salud deben ser inclusivos y garantizar la equidad en el acceso a los servicios¹. En Europa y España, este principio se ha materializado en normativas como la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en 2008, que obliga a eliminar barreras y garantizar un trato digno².

El hospital es un entorno donde la diversidad se hace evidente. Los pacientes no llegan en igualdad de condiciones: algunos presentan discapacidades físicas o sensoriales, otros padecen fragilidad asociada a la edad, y muchos se ven condicionados por determinantes sociales de la salud como pobreza, migración o exclusión social. Reconocer esta diversidad es el primer paso para asegurar una atención centrada en la persona.

Atención a pacientes con discapacidad

Las personas con discapacidad constituyen un grupo heterogéneo que puede presentar limitaciones motoras, sensoriales, cognitivas o de comunicación. En el ámbito hospitalario, estas limitaciones pueden dificultar el acceso a servicios, la movilidad interna o la comprensión de los procedimientos.

El papel del celador en este contexto es fundamental. Entre sus funciones se encuentra facilitar la accesibilidad física, asegurando que los traslados se realicen de forma segura y respetuosa, adaptando el ritmo y la comunicación a las necesidades individuales. En el caso de pacientes con discapacidad sensorial, como personas sordas o con baja visión, la comunicación no verbal y el acompañamiento cercano adquieren una relevancia especial³.

Asimismo, en pacientes con discapacidad intelectual o trastornos del espectro autista, el celador debe mostrar paciencia, explicar de manera sencilla los procesos y evitar actitudes que generen ansiedad o incomodidad. El respeto a la autonomía y a la dignidad implica escuchar, adaptar y reconocer las capacidades del paciente en lugar de centrarse exclusivamente en sus limitaciones⁴.

Atención a personas mayores

El envejecimiento poblacional es una de las grandes transformaciones demográficas de las últimas décadas. En España, más del 20% de la población tiene más de 65 años, lo que convierte a los mayores en usuarios frecuentes del sistema sanitario⁵. La hospitalización de personas mayores se asocia con fragilidad, polimedicación y riesgo de deterioro funcional, lo que requiere cuidados adaptados.

El celador juega un papel esencial en este proceso. La movilización segura de pacientes mayores, la prevención de caídas y la preservación de la intimidad y la dignidad durante los traslados forman parte de su responsabilidad diaria. Su cercanía permite identificar situaciones de riesgo, como el desorientación o la ansiedad, y actuar como nexo de comunicación con el equipo de enfermería y los familiares.

La humanización del cuidado en geriatría implica tiempo, paciencia y sensibilidad. Gestos sencillos, como hablar con claridad, acompañar a un ritmo adecuado o mostrar cercanía afectiva, contribuyen a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia hospitalaria del paciente mayor⁶.

Atención a colectivos vulnerables

Más allá de la edad o la discapacidad, existen otros colectivos en situación de vulnerabilidad que requieren un trato especial en el ámbito hospitalario: personas migrantes, pacientes sin hogar, individuos en riesgo de exclusión social o personas con problemas de salud mental.

En estos casos, el celador se enfrenta a desafíos adicionales relacionados con la comunicación intercultural, la estigmatización y la falta de redes de apoyo. La actitud del celador debe basarse en la igualdad de trato y en la no discriminación, garantizando que todas las personas reciban la misma calidad de atención independientemente de su origen o condición social.

En contextos de barreras idiomáticas, el celador puede ser un puente facilitador mediante un lenguaje corporal empático o derivando a servicios de traducción cuando sea necesario. Ante pacientes sin hogar, el respeto y la ausencia de juicios son esenciales para que perciban el hospital como un espacio seguro y acogedor⁷.

Habilidades sociales y gestión emocional en la atención a la diversidad

La atención a la diversidad exige del celador competencias específicas en habilidades sociales y gestión emocional. La empatía es la primera de ellas: ponerse en el lugar del paciente, comprender su vulnerabilidad y responder de

forma sensible. La escucha activa permite detectar necesidades que no siempre se expresan de manera verbal. La asertividad, por su parte, garantiza que se transmitan indicaciones con claridad y respeto, manteniendo la seguridad en los procedimientos.

La gestión emocional es igualmente fundamental. El contacto cotidiano con el sufrimiento, la fragilidad o la exclusión social puede generar desgaste en los celadores, lo que hace necesario el autocuidado y el apoyo institucional. La resiliencia, entendida como la capacidad de afrontar situaciones difíciles sin perder la orientación hacia el cuidado humanizado, debe cultivarse mediante formación y acompañamiento psicológico⁸.

La dimensión ética de la atención a la diversidad

El trabajo del celador está impregnado de valores éticos que cobran especial relevancia en la atención a personas con discapacidad, mayores o colectivos vulnerables. Los principios de la bioética ofrecen un marco para comprender esta dimensión:

Beneficencia. Actuar siempre en beneficio del paciente, facilitando accesibilidad y acompañamiento.

No maleficencia. Evitar daños físicos (caídas, lesiones en traslados) y emocionales (trato despectivo, indiferencia).

Justicia. Garantizar igualdad de trato sin discriminación por discapacidad, edad, origen o condición social.

Autonomía. Respetar las decisiones y la capacidad de participación del paciente, incluso en contextos de limitación funcional.

La ética del cuidado se concreta en acciones diarias: preservar la intimidad al movilizar a un paciente, respetar los tiempos de una persona mayor, utilizar un lenguaje sencillo y respetuoso con una persona con discapacidad intelectual o evitar actitudes paternalistas⁹.

Formación y políticas institucionales

La atención a la diversidad requiere de formación específica para los celadores. No basta con dominar las técnicas de movilización; es necesario adquirir conocimientos sobre accesibilidad, comunicación intercultural, atención a la discapacidad y trato humanizado en geriatría. Programas de formación continua en competencias sociales y éticas mejoran no solo la calidad asistencial, sino también la satisfacción profesional de los celadores.

Asimismo, las instituciones sanitarias deben establecer políticas de humanización que incluyan de manera explícita la figura del celador. La dotación de recursos, la adaptación de infraestructuras y la creación de protocolos inclusivos favorecen una atención hospitalaria más equitativa y respetuosa con la diversidad¹⁰.

Conclusiones

El celador, en su labor cotidiana, se encuentra en la primera línea de la atención a la diversidad en los hospitales. Su papel en el acompañamiento de personas con discapacidad, mayores y colectivos vulnerables es esencial para garantizar la accesibilidad, la dignidad y la humanización de la asistencia sanitaria.

Más allá de la logística, su función se sitúa en la dimensión ética y relacional del cuidado: escuchar, respetar, acompañar y tratar con equidad a cada persona. Fortalecer estas competencias exige formación continua, apoyo institucional y un reconocimiento explícito del valor que los celadores aportan al sistema de salud.

La atención a la diversidad no es un complemento, sino un derecho fundamental de los pacientes y una obligación de los profesionales. En este horizonte, los celadores son agentes indispensables para construir hospitales más inclusivos, seguros y humanos.

Referencias

1. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
2. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: ONU; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
3. Maclachlan M, Mannan H, McAuliffe E. Access to health care of persons with disabilities as an indicator of equity in health systems. Open Med. 2011;5(1):e10-2. Epub 2011 Jan 18. PMID: 22046213; PMCID: PMC3205810.
4. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. Am J Public Health. 2015 Apr;105 Suppl 2(Suppl 2):S198-206. doi: 10.2105/AJPH.2014.302182. Epub 2015 Feb 17. PMID: 25689212; PMCID: PMC4355692.
5. Eurostat. Ageing Europe — Looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>
6. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1653-1660. doi: 10.1093/gerona/gly011. PMID: 29408961.
7. McCartney G, Dickie E, Escobar O, Collins C. Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. Sociol Health Illn. 2021 Jan;43(1):20-39. doi: 10.1111/1467-9566.13181. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33222244; PMCID: PMC7894306.
8. Maslach C, Leiter MP. *Burnout: the cost of caring*. Cambridge: Malor Books; 2016.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". Nurs Ethics. 2022 Mar;29(2):498-510. doi:

10.1177/09697330211050998. Epub 2021 Dec 12. PMID: 34894870;
PMCID: PMC8958643.

Gestión de la información clínica y protección de datos

Noelia Paredes Pelegrín

La información clínica constituye uno de los activos más valiosos del sistema sanitario. No solo porque concentra datos sensibles sobre la salud de las personas, sino porque su adecuada gestión determina la calidad, la continuidad y la seguridad de la atención. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo en sanidad resulta crucial, pues es uno de los profesionales que, desde su función de apoyo, asegura la organización, el acceso y la protección de la documentación clínica.

La historia clínica, ya sea en soporte papel o digital, reúne antecedentes médicos, diagnósticos, tratamientos, pruebas complementarias y evolución del paciente. Se trata de un documento vivo, que debe ser accesible para los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, pero que al mismo tiempo debe estar protegido frente a usos indebidos o vulneraciones de la privacidad. El equilibrio entre disponibilidad y seguridad constituye uno de los grandes retos de los sistemas sanitarios contemporáneos.

Este capítulo analiza el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la información clínica y la protección de datos, subrayando las competencias necesarias, el marco normativo vigente y las implicaciones éticas de esta función en el contexto hospitalario y de atención primaria.

La importancia de la gestión de la información clínica

La correcta gestión de la información clínica es indispensable para garantizar la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios sanitarios. Una historia clínica completa, actualizada y organizada facilita la toma de

decisiones, evita duplicidad de pruebas, mejora la comunicación entre profesionales y contribuye a la trazabilidad de los cuidados¹.

La transformación digital de la sanidad ha potenciado aún más este valor, con la implantación de la historia clínica electrónica (HCE), los sistemas de receta electrónica y las plataformas de interoperabilidad. Estos avances, sin embargo, han multiplicado también los riesgos en materia de seguridad de la información, exigiendo protocolos rigurosos de protección de datos y ciberseguridad².

En este escenario, los auxiliares administrativos se convierten en actores esenciales, al estar directamente implicados en tareas de gestión documental, tramitación de pruebas, citación de pacientes y control de accesos a la información.

Funciones del auxiliar administrativo en la gestión de la información clínica

Las funciones del auxiliar administrativo en contextos sanitarios se centran en tareas de apoyo administrativo y organizativo, pero con una incidencia directa en la seguridad de la información clínica. Entre ellas destacan:

Recepción y registro de datos. El auxiliar administrativo se encarga de recoger información personal y sanitaria de los pacientes en el momento de la admisión, asegurando que quede correctamente incorporada a la historia clínica.

Gestión de agendas y citas. La programación de consultas y pruebas diagnósticas requiere manejar datos sensibles, manteniendo siempre la confidencialidad.

Archivo y custodia de documentos. Aunque la digitalización es cada vez mayor, en muchos centros se conserva documentación en papel cuya custodia debe garantizarse frente a accesos no autorizados.

Atención al paciente y familiares. El auxiliar administrativo actúa como punto de contacto en la gestión de trámites, lo que exige prudencia en el manejo de información clínica y un conocimiento claro de qué datos pueden compartirse y cuáles no.

Acceso y registro en sistemas informáticos. La utilización de aplicaciones de gestión sanitaria requiere cumplir protocolos de seguridad, como contraseñas personalizadas y registros de actividad.

El desempeño de estas funciones exige no solo destreza administrativa, sino también responsabilidad ética y legal frente a la protección de los datos del paciente.

Marco normativo sobre protección de datos en sanidad

El manejo de información clínica está regulado por un conjunto normativo que garantiza los derechos de los pacientes y la responsabilidad de los profesionales.

En España, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que la historia clínica es un instrumento fundamental de la asistencia, y que debe preservarse la confidencialidad de los datos salvo en supuestos expresamente permitidos³.

A nivel europeo, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, configuran el marco legal que regula el tratamiento de datos sensibles, como los relativos a la salud. Estos textos normativos establecen principios de licitud, transparencia, minimización, exactitud, limitación de la finalidad y seguridad⁴.

Para los auxiliares administrativos, este marco normativo implica obligaciones concretas: no divulgar información sin autorización, garantizar la custodia de documentos, limitar el acceso a los datos estrictamente necesario y cumplir con los protocolos de seguridad establecidos en cada institución.

Retos de la digitalización y la interoperabilidad

La implantación de la historia clínica electrónica ha supuesto un avance significativo en términos de accesibilidad y eficiencia, al permitir que distintos profesionales

puedan consultar en tiempo real la información del paciente desde diferentes niveles asistenciales. Sin embargo, también ha multiplicado los riesgos de accesos indebidos, filtraciones y ciberataques.

En este contexto, el auxiliar administrativo debe ser consciente de que cada acceso queda registrado y que la responsabilidad de proteger las credenciales es personal e intransferible. La formación en ciberseguridad, el uso responsable de los sistemas y la alerta ante posibles incidencias son parte esencial de su función⁵.

Además, la interoperabilidad entre comunidades autónomas en España y entre países europeos añade nuevos desafíos, al requerir un equilibrio entre el derecho a la portabilidad de los datos y la garantía de confidencialidad.

La dimensión ética de la protección de datos

Más allá de la normativa, la gestión de la información clínica plantea cuestiones éticas relacionadas con la privacidad, la autonomía y la dignidad de las personas. La confidencialidad constituye uno de los principios básicos de la ética médica desde la Antigüedad, recogido en el Juramento Hipocrático y vigente en los códigos deontológicos actuales.

Para el auxiliar administrativo, la ética de la confidencialidad se traduce en la práctica diaria: no comentar datos en espacios públicos, no facilitar información a personas no autorizadas, y mantener una actitud de respeto hacia el paciente en todo momento. La confianza en el sistema sanitario depende en gran medida de la certeza de que la información personal será tratada con discreción y responsabilidad⁶.

La humanización de la atención se relaciona también con la manera en que se gestiona la información. Un trato burocrático o despersonalizado puede generar desconfianza, mientras que una comunicación empática, clara y respetuosa refuerza la relación entre paciente y sistema sanitario.

Casos prácticos y dilemas frecuentes

Los auxiliares administrativos se enfrentan a menudo a dilemas en la gestión de información clínica. Algunos ejemplos habituales son:

Familiares que solicitan información sin autorización expresa del paciente. En estos casos, el principio de confidencialidad prevalece, y solo se puede facilitar la información con consentimiento o en los supuestos previstos por la ley.

Uso de dispositivos personales en el entorno laboral. La descarga de documentos clínicos en equipos no autorizados supone un riesgo grave de vulneración de datos.

Conservación de documentación en papel. En hospitales donde coexiste la historia clínica electrónica con expedientes físicos, la falta de control en los archivos puede provocar accesos indebidos.

Errores en la identificación del paciente. La introducción incorrecta de datos en los sistemas informáticos puede generar fallos en la asistencia, por lo que se exige máxima precisión en el registro administrativo.

La resolución de estos dilemas requiere combinar el conocimiento normativo con la sensibilidad ética y el criterio profesional.

Formación y competencias del auxiliar administrativo

Para desempeñar adecuadamente su función en la gestión de información clínica, el auxiliar administrativo necesita competencias en varias áreas:

Conocimiento normativo. Familiaridad con la legislación sobre autonomía del paciente y protección de datos.

Habilidades tecnológicas. Manejo seguro de aplicaciones de gestión clínica y sistemas informáticos.

Competencias comunicativas. Capacidad para tratar con pacientes y familiares de forma clara, empática y respetuosa, preservando la confidencialidad.

Conciencia ética. Interiorización de los valores de dignidad, privacidad y equidad.

La formación continua es indispensable, dado que la digitalización, la ciberseguridad y la normativa evolucionan constantemente. Instituciones como la Agencia Española de Protección de Datos y los propios servicios de salud ofrecen guías y programas formativos que deben ser aprovechados por los profesionales⁷.

Políticas institucionales y cultura organizacional

La responsabilidad de proteger la información clínica no recae únicamente en los auxiliares administrativos, sino que debe formar parte de la cultura organizacional de los centros sanitarios. La existencia de protocolos claros, auditorías internas, sistemas de seguridad informática y campañas de sensibilización contribuye a reforzar la protección de datos.

La humanización de la gestión administrativa exige también dimensionar adecuadamente las plantillas y evitar la sobrecarga laboral, ya que el exceso de tareas puede favorecer errores en el registro o descuidos en la confidencialidad. El compromiso institucional con la protección de datos debe traducirse en recursos, formación y supervisión⁸.

Conclusiones

La gestión de la información clínica y la protección de datos constituyen un eje fundamental de la atención sanitaria contemporánea. El auxiliar administrativo, desde su función de apoyo, desempeña un papel clave en garantizar la seguridad, la confidencialidad y la accesibilidad de la documentación clínica.

Su labor combina competencias administrativas, tecnológicas y éticas, y se sitúa en el corazón de la relación entre pacientes y sistema sanitario. La confianza de los ciudadanos en los servicios de salud depende en gran medida de que la información clínica se gestione con rigor, respeto y humanidad.

En un contexto de digitalización creciente y de demandas sociales por una mayor protección de la privacidad, los auxiliares administrativos están llamados a reforzar su formación y a asumir un compromiso activo con la seguridad de los datos. Solo

así será posible construir un sistema sanitario eficiente, ético y centrado en la persona.

Referencias

1. Basil NN, Ambe S, Ekhaton C, Fonkem E. Health Records Database and Inherent Security Concerns: A Review of the Literature. *Cureus*. 2022 Oct 11;14(10):e30168. doi: 10.7759/cureus.30168. PMID: 36397924; PMCID: PMC9647912.
2. Häyrynen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008 May;77(5):291-304. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001. Epub 2007 Oct 22. PMID: 17951106.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. DOUE núm. 119, de 4 de mayo de 2016.
5. Ratwani RM, Savage E, Will A, Fong A, Karavite D, Muthu N, et al. Identifying Electronic Health Record Usability And Safety Challenges In Pediatric Settings. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Nov;37(11):1752-1759. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0699. PMID: 30395517.
6. Piasecki J, Walkiewicz-Żarek E, Figas-Skrzypulec J, Kordecka A, Dranseika V. Ethical issues in biomedical research using electronic health records: a systematic review. *Med Health Care Philos*. 2021 Dec;24(4):633-658. doi: 10.1007/s11019-021-10031-6. Epub 2021 Jun 19. PMID: 34146228; PMCID: PMC8214390.
7. Agencia Española de Protección de Datos. Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Madrid: AEPD; 2021. Disponible en: <https://www.aepd.es/guias/guias-pacientes-usuarios.pdf>
8. Kruse CS, Frederick B, Jacobson T, Monticone DK. Cybersecurity in healthcare: A systematic review of modern threats and trends. *Technol Health Care*. 2017;25(1):1-10. doi: 10.3233/THC-161263. PMID: 27689562.

Coordinación administrativa y eficiencia en los procesos asistenciales: relación con profesionales sanitarios y optimización de recursos

Noelia Paredes Pelegrín

La eficiencia en los procesos asistenciales constituye un objetivo prioritario en los sistemas sanitarios contemporáneos, sometidos a una creciente presión por el aumento de la demanda, la cronicidad de las enfermedades y la limitación de recursos. En este escenario, la coordinación administrativa emerge como un elemento clave para garantizar no solo la sostenibilidad del sistema, sino también la calidad de la atención recibida por los pacientes.

El auxiliar administrativo, a menudo percibido como un perfil de apoyo, desempeña un papel fundamental en la gestión organizativa del hospital y de la atención primaria. Su trabajo asegura la fluidez de los circuitos asistenciales, la correcta comunicación entre profesionales sanitarios y la optimización de recursos materiales y humanos. Este capítulo explora la importancia de la coordinación administrativa en la relación con los equipos sanitarios y su contribución a la eficiencia de los procesos asistenciales.

La coordinación administrativa en el contexto sanitario

El concepto de coordinación en sanidad se refiere a la integración y armonización de acciones entre diferentes profesionales y servicios para alcanzar objetivos comunes. La coordinación administrativa constituye el soporte organizativo que permite que los procesos clínicos se desarrollen de manera ordenada, sin duplicidades y con un aprovechamiento eficiente de los recursos¹.

El auxiliar administrativo actúa como nexo entre la gestión administrativa y la práctica clínica. Sus tareas abarcan desde la gestión de agendas y citaciones hasta la tramitación de pruebas diagnósticas, la elaboración de informes, el archivo de documentación y la atención directa al paciente en trámites administrativos. Cada una de estas funciones incide directamente en la continuidad y la calidad del proceso asistencial.

Relación con los profesionales sanitarios

El trabajo en equipo es una de las señas de identidad de los entornos sanitarios. La relación del auxiliar administrativo con médicos, enfermeras, técnicos y personal de apoyo resulta decisiva para la coordinación de la asistencia.

Una agenda médica bien organizada, la entrega puntual de resultados o la disponibilidad de historias clínicas son elementos que dependen en gran medida de la eficiencia administrativa. El auxiliar administrativo, al garantizar estos procesos, facilita que los profesionales sanitarios centren sus esfuerzos en la atención clínica, reduciendo tiempos de espera y evitando interrupciones innecesarias².

Además, el auxiliar administrativo contribuye a mejorar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales. La derivación de pacientes desde la atención primaria al hospital, o entre especialidades, requiere un flujo ágil y seguro de información que el personal administrativo ayuda a canalizar. De este modo, se reduce el riesgo de pérdida de datos, duplicación de pruebas o retrasos en los tratamientos.

Optimización de recursos y eficiencia organizativa

La eficiencia en los procesos asistenciales depende, en gran medida, de la capacidad de los servicios administrativos para gestionar los recursos disponibles. Los auxiliares administrativos intervienen en la optimización de agendas, el control de citas y la racionalización de circuitos, elementos que impactan directamente en la utilización de los recursos sanitarios.

Por ejemplo, una adecuada gestión de las citas médicas permite reducir listas de espera y aprovechar al máximo la capacidad de los profesionales. La correcta tramitación de pruebas diagnósticas evita repeticiones innecesarias, lo que no solo ahorra costes, sino que también reduce la exposición del paciente a procedimientos invasivos o a radiaciones³.

En este sentido, los auxiliares administrativos son piezas clave en las estrategias de gestión de la demanda, contribuyendo a que los recursos sanitarios se utilicen de forma equitativa y eficiente.

Digitalización y coordinación administrativa

La implantación de la historia clínica electrónica (HCE), la receta electrónica y los sistemas de gestión de pacientes ha transformado la labor administrativa en sanidad. Los auxiliares administrativos son responsables de registrar, actualizar y verificar información en plataformas digitales que centralizan los procesos clínicos y administrativos.

La digitalización ha mejorado la trazabilidad de la atención, permitiendo que los profesionales sanitarios accedan a la información en tiempo real y facilitando la interoperabilidad entre distintos niveles asistenciales⁴. Sin embargo, también ha supuesto un reto en términos de formación, ya que exige a los auxiliares administrativos competencias en el manejo de aplicaciones informáticas, gestión de datos y cumplimiento de protocolos de seguridad.

El correcto uso de estas herramientas digitales es esencial para garantizar la continuidad asistencial y reducir los errores derivados de una gestión deficiente de la información.

Impacto en la seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un objetivo transversal de todos los sistemas sanitarios. Aunque tradicionalmente se asocia a los procesos clínicos, la gestión administrativa también influye de manera directa. Errores en la identificación del

paciente, fallos en la citación de pruebas o retrasos en la entrega de resultados pueden tener consecuencias graves en la asistencia.

El auxiliar administrativo contribuye a la seguridad del paciente mediante prácticas como la verificación de la identidad, la correcta cumplimentación de formularios y el registro preciso en los sistemas informáticos⁵. Estas tareas, aunque aparentemente rutinarias, son esenciales para garantizar que cada paciente reciba la atención adecuada, en el lugar correcto y en el momento oportuno.

Habilidades y competencias necesarias

Para cumplir con eficacia su función en la coordinación administrativa, el auxiliar administrativo debe contar con un conjunto de competencias específicas:

Organización y planificación. Capacidad para gestionar múltiples tareas simultáneamente y priorizar según la urgencia y la importancia.

Comunicación interpersonal. Habilidad para relacionarse con profesionales sanitarios, pacientes y familiares de manera clara, empática y respetuosa.

Manejo de tecnologías de la información. Competencia en el uso de aplicaciones clínicas y administrativas, garantizando la seguridad de los datos.

Resolución de problemas. Capacidad para actuar ante imprevistos, como la ausencia de un profesional o el fallo de un sistema informático, buscando soluciones rápidas y efectivas.

Ética y responsabilidad. Interiorización de los principios de confidencialidad, equidad y respeto a los derechos del paciente⁶.

Ética y humanización en la gestión administrativa

La coordinación administrativa no puede entenderse únicamente en términos de eficiencia, sino también de humanización. El trato del auxiliar administrativo hacia los pacientes y sus familias influye directamente en la percepción de la calidad asistencial.

Explicar con paciencia un trámite, orientar en el recorrido por el hospital o escuchar con empatía las preocupaciones de un paciente son gestos que forman parte de una atención humanizada. El equilibrio entre eficacia organizativa y sensibilidad hacia las personas constituye uno de los grandes retos del trabajo administrativo en sanidad⁷.

La coordinación administrativa en tiempos de crisis

La pandemia de COVID-19 puso de relieve la importancia de la coordinación administrativa en contextos de crisis sanitaria. La gestión de citas para pruebas diagnósticas, la organización de vacunaciones masivas y el control de aforos en centros sanitarios dependieron en gran medida del trabajo de los auxiliares administrativos.

En estas circunstancias, la flexibilidad, la capacidad de adaptación y la colaboración estrecha con los equipos clínicos fueron esenciales para mantener la continuidad asistencial. La experiencia ha demostrado que los auxiliares administrativos son agentes indispensables en la resiliencia de los sistemas de salud ante emergencias⁸.

Conclusiones

La coordinación administrativa constituye un elemento central para la eficiencia en los procesos asistenciales y para la calidad de la atención sanitaria. El auxiliar administrativo, lejos de ser un perfil secundario, actúa como un engranaje imprescindible que conecta la gestión organizativa con la práctica clínica.

Su labor garantiza la fluidez de los circuitos asistenciales, la optimización de recursos y la seguridad del paciente, contribuyendo además a la humanización del sistema de salud. En un contexto de creciente complejidad, la formación continua, el reconocimiento institucional y la incorporación de nuevas tecnologías son claves para fortalecer esta función.

En definitiva, la coordinación administrativa no solo mejora la eficiencia del sistema, sino que también refuerza la confianza de los ciudadanos en una sanidad capaz de responder a sus necesidades con rigor, equidad y humanidad.

Referencias

1. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713. PMID: 25384822; PMCID: PMC4226781.
2. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 33. PMID: 21328739.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759. PMID: 18474969.
4. Häyrynen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008 May;77(5):291-304. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001. Epub 2007 Oct 22. PMID: 17951106.
5. World Health Organization. Patient safety solutions. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
7. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nurs Ethics*. 2022 Mar;29(2):498-510. doi: 10.1177/09697330211050998. Epub 2021 Dec 12. PMID: 34894870; PMCID: PMC8958643.
8. Greenhalgh T, Jimenez JL, Prather KA, Tufekci Z, Fisman D, Schooley R. Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. *Lancet*. 2021 May 1;397(10285):1603-1605. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00869-2. Epub 2021 Apr 15. Erratum in: *Lancet*. 2021 May 15;397(10287):1808. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01008-4. PMID: 33865497; PMCID: PMC8049599.

La sanidad actual exige un abordaje integral en el que convergen múltiples disciplinas y profesionales con un objetivo común: mejorar la calidad de vida de los pacientes. *Salud y cuidados: abordaje multidisciplinar para la mejora de la calidad de vida* reúne una serie de capítulos que reflejan cómo la atención hospitalaria trasciende el ámbito médico y se enriquece con aportes de la nutrición, la labor de los celadores y la gestión administrativa.

El lector encontrará en estas páginas reflexiones y propuestas sobre el papel de la alimentación en la recuperación del paciente, la importancia de dietas adaptadas a patologías específicas, la relevancia ética y humana del trabajo del celador en distintos contextos asistenciales, así como la función esencial de los auxiliares administrativos en la eficiencia y protección de datos en el entorno sanitario.

Una obra colectiva que reivindica la fuerza del trabajo en equipo para lograr una atención más humana, eficaz y centrada en la persona.

